geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 1

Едуард Крайніков

ГЕРОНТОЛОГІЯ

СЛОВНИК-ДОВІДНИК

Київ
Видавець ПАЛИВОДА А. В.
2010

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 2

ББК 28.703я2
К78

Рецензенти:
Л. Ф. Бурлачук, доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України, завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка;
К. О. Малишева, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Крайніков Е. В.
К78 Геронтологія : словник-довідник / Едуард Крайніков. — К. : Паливода А. В., 2010. — 352 с.

ISBN 978-966-437-200-5

Це перший в українській науці словник-довідник, присвячений широкій проблематиці старіння і старості.

У його трьох частинах («Терміни», «Персоналії», «Заклади, організації, видання та документи геронтологічного спрямування») охоплені біологічні, фізіологічні, психологічні, соціологічні та інші аспекти зазначених феноменів.

Книга призначена для фахівців, діяльність яких пов'язана з особами старших вікових груп, а також студентів медичних спеціальностей та спеціальностей «психологія», «соціальна робота».

ББК 28.703я2

ISBN 978-966-437-200-5

© Е. В. Крайніков, 2010
© Видавець ПАЛИВОДА А. В., 2010

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 3

Зміст

Від автора 5
Список скорочень 7
Частина 1. Терміни 9
Частина 2. Персоналії 201
Частина 3. Заклади, організації, видання та документи геронтологічного спрямування 229
Додатки 251
Додаток А. Принципы ООН в отношении лиц пожилого возраста 252
Додаток Б. Декларация ООН по проблемам старения .. 255
Додаток В. Мадридский международный план по проблемам старения 259
Додаток Г. Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE) 321
Додаток Д. Індекс Бартела з оцінки діяльності у повсякденному житті 324
Додаток Е. Індекс задоволеності життям 326
Додаток Ж. М. В. Гоголь «Мертві душі» (уривок) 328
Бібліографія 343
Друковані видання 343
Електронні ресурси 346
Іменний покажчик 347

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 4

Старість — найбільш несподіване,
що чатує на нас у житті.
Л. Д. Бернштейн (Троцький)

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 5

Від автора

Ця книга спочатку була задумана як словник з геронтопсихології, проте заглиблення у предмет із неминучістю примусило автора значно розширити представлену тут тематику. Дійсно, геронтопсихологія, як молода наука, залишається тісно пов'язаною з геронтологією, геріатрією, геронтопсихосоматикою, геронтосоціологією, геронтософією тощо. Такі тісні міждисциплінарні зв'язки й обумовили широке коло проблем, що висвітлюються в цьому словнику.

Книжка складається з трьох неоднакових за обсягом частин. Перша, найбільша, містить предметні статті; друга — присвячена фундаторам наук геронтологічного кола; третя — розкриває діяльність закладів та організацій геронтологічного спрямування, описує галузеву пресу та засадничі документи.

Слід зазначити, що в ряді статей психіатричної тематики розкриваються усталені терміни, що не ввійшли в сучасні системи класифікації психічних розладів (насамперед, DSM-IV-TR), проте широко використовуються вітчизняними фахівцями, вихованими на нозологічному підході класичної німецької психіатрії на противагу симптоматичному американському підходу.

Щоб уникнути повторів і висвітлити зв'язки між науковими поняттями, ми широко використовували посилання на вже наявні у словнику статті. Такі посилання виділені жирним

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 6

накресленням шрифту. Наприклад, у статті **АДАПТАЦІЯ ДО СТАРІННЯ** подані посилання на статті ***Вік пенсійний***, ***Протезування психічне***, ***Мудрість.***

Посилання на окремий підпункт статті ми оформлювали таким чином: ***Теорії старіння органні (системні)*** → ***зміни нейроендокринної системи***. Це означає, що необхідну інформацію читачеві слід шукати в пункті «Зміни нейроендокринної системи» статті «Теорії старіння органні (системні)».

У першій частині («Терміни») посилання поширюються на всі три структурні частини книжки. У двох наступних частинах («Персоналії» та «Заклади, організації, видання та документи геронтологічного спрямування») системи посилань є автономними — переходи від статті до статті здійснені в межах відповідних частин.

Міжнародні документи подаємо в додатках мовою оригіналу (російською як однією з робочих мов ООН).

І останнє. Автор розробляв даний словник, викладаючи курси «Вікова психологія», «Геронтопсихологія» та «Соціальна геронтологія» студентам спеціальностей «психологія» і «соціальна робота» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, тож матеріали видання адаптовані до інтересів фахівців зазначеного профілю.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 7

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

et al. — та інші
АМН — Академія медичних наук
АН — Академія наук
англ. — англійський
бл. — близько
букв. — буквально
ВАК — Вища атестаційна комісія
ВКП(б) — Всесоюзна комуністична партія (більшовиків)
ВНД — вища нервова діяльність
ВР — Верховна Рада
вул. — вулиця
г — грам
год. — година
ГМ — головний мозок
гр. — грецький
дБ — децибел
див. — дивіться
ДНК — дезоксирибонуклеїнова кислота
ін. — інші
кг — кілограм
кГц — кілогерц
л — літр
лат. — латинський
м. — місто
міс. — місяць
млн — мільйон
млрд — мільярд
МОЗ — Міністерство охорони здоров'я
мРНК — мітохондріальна рибонуклеїнова кислота
мс — мілісекунда
мДНК — мітохондріальна дезоксирибонуклеїнова кислота

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 8

НДІ — науково-дослідний інститут
НАН — Національна академія наук
напр. — наприклад
нар. — народився
н. е. — наша ера
НС — нервова система
ООН — Організація об'єднаних націй
р. — рік
РАМН — Російська академія медичних наук
РАН — Російська академія наук
РБ — Республіка Білорусь
РНК — рибонуклеїнова кислота
РСФР — Російська Соціалістична Федеративна Республіка
РФ — Російська Федерація
с — секунда
СРСР — Союз Радянських Соціалістичних Республік
ст. — століття
США — Сполучені Штати Америки
тижд. — тиждень
тис. — тисяч
т. зв. — так званий
УРСР — Українська Радянська Соціалістична Республіка
фр. — французький
ФРН — Федеративна Республіка Німеччина
хв. — хвилина
ч. — частина
яДНК — ядерна дезоксирибонуклеїнова кислота

Українська абетка

Аа Бб Вв Гг Ґґ Дд Ее Єє Жж Зз Ии Іі Її Йй Кк Лл Мм Нн Оо Пп Рр Сс Тт Уу Фф Хх Цц Чч Шш Щщ Ьь Юю Яя

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 9

Частина 1

ТЕРМІНИ

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 10

А

АДАПТАЦІЯ ДО СТАРІННЯ — 1) Пристосування до знижених фізичних та психічних можливостей з метою підтримання сталого рівня продуктивності діяльності, яке відбувається в осіб старших вікових груп в останнє десятиліття перед виходом на пенсію (див. ***Вік пенсійний*** та ***Протезування психічне***).

У процесі А. до с. задіяні механізми компенсації — фізіологічної (перебудова функціональної діяльності) та психологічної (формування мотиваційної домінанти, спрямованої на успішність трудової діяльності).

2) Підготовка індивіда до нових завдань, характерних для пізнього періоду життя, до зміни свого місця в суспільстві та специфічних для ***старості*** важких ситуацій.

За концепцією Е. Х. ***Еріксона***, міра адаптивності (а отже, успішності й продуктивності) життя індивіда у ***віці*** пізньої дорослості залежить від того, як він будував своє життя на попередніх стадіях розвитку. У пізньому віці проявляються раніше приховані особистісні властивості та позиції (див. ***Мудрість***).

Див. також ***Стратегія старіння***.

АКМЕОЛОГІЯ (від гр. *akme* — вершина, квітуча сила; *logos* — вчення) — науковий напрям, що розвивається на стику природничо-наукових та гуманітарних дисциплін (за класифікацією ВАК, А. належить водночас до педагогічної та психологічної галузей знань); вивчає людину в періоді її зрілості, тобто в найбільш продуктивному періоді життя.

У цьому значенні термін уведений у науковий обіг радянським психологом М. А. Рибниковим (1890–1961), який пропонував будувати А. за зразком педології в межах ще ширшого наукового утворення — антропономії (Hunter, 1925).

У вужчому значенні, А. — розділ вікової психології, що вивчає зрілу особистість.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 11

Предметом А. є багатовимірний стан дорослої людини, що охоплює значний етап її життя і показує умови досягнення нею високого рівня продуктивності у професійному та особистісному планах. Стан зрілості («акме») завжди розвивається і не є статичним, тому А. вивчає явища, які перешкоджають зазначеному розвитку, а також механізми, що змогли б допомогти особистості у різних сферах її життєдіяльності.

А. активно розроблялася у 1980-х рр. у працях радянських психологів; у західній психології термін не використовується.

АНДРОПАУЗА (від гр. *andros* — чоловік, *pausis* — припинення) — інволюційне зниження функцій чоловічого організму, що зазвичай наступає між 50 та 60 роками. А. включає згладжування вторинних статевих ознак, послаблення м'язової сили, наростання фізичної та психічної слабкості, збільшення маси тіла та рівня холестерину в крові тощо.

На відміну від жіночої ***менопаузи***, А. менш виражена та розтягнута на триваліший термін, тому чоловіки довше зберігають свій репродуктивний потенціал і мають молодший вигляд. Проте це не стосується істинної життєздатності організму: в чоловіків, порівняно з жінками, більш виражені склеротичні процеси (див. ***Атеросклероз коронарний***), вони мають вищий біологічний вік (див. ***Вік біологічний***), їхня середня тривалість майбутнього життя (див. ***Тривалість майбутнього життя середня***) нижча, ніж у жінок аналогічного ***віку***.

Приблизно із 40 років у чоловіків знижується рівень тестостерону (тому терапія А. передбачає прийом андрогенів), а ще задовго до цього починається послаблення психогенної ерекції. Поступово слабшає лібідо, аж до втрати психогенної ерекції і перших симптомів імпотенції. Для досягнення ерекції чоловік потребує все більш інтенсивної стимуляції з боку партнерші. Серед позитивів А. можна назвати припинення передчасної еякуляції, що заважає повноцінному коїтусу в юнацькому та молодому віці.

А. супроводжується нейровегетативними, серцево-судинними та гормональними розладами, проявляє себе безсонням, послабленням пам'яті, відчуттям страху, зниженням працездатності. Може виникати запаморочення, непритомність, відчуття пульсації в голові, приливи жару до голови та обличчя. Іноді з'являються болі в серці, підвищується артеріальний тиск.

Див. також ***Клімактерій*** та ***Тривалості життя гендерні відмінності.***

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 12

АНЕМІЯ ФАНКОНІ — форма ***прогерії***, описана швейцарським педіатром Ґ. Фанконі (1892–1979),— рідкісне генетичне захворювання, що торкається всіх етнічних груп.

Нині по всьому світу на А. Ф. страждають близько тисячі осіб.

А. Ф. характеризується наявністю дефектів розвитку (низький зріст, гіперпігментація шкіри, вади розвитку нирок та сечових шляхів, мікрофтальмія — недорозвинутість ока, розумова відсталість, аномалії скелету, насамперед променевої кістки та великого пальця кисті), порушеннями функції червоного кісткового мозку, гострою мієлогенною лейкемією та іншими онкологічними формами, що не дозволяють хворому дожити до зрілого ***віку*** (Fankoni, 1937).

Відомо 13 генів, мутації яких викликають А. Ф.

АПОПТОЗ (від гр. *apo* — від; *ptosis* — падіння, опущення) — букв. «відпадання листя» — сукупність клітинних процесів, що призводять до загибелі клітини; явище запрограмованої клітинної ***смерті***.

Явище А. вперше було описане німецьким біологом К. К. Фогтом (1817–1895) (Vogt, 1842); докладніший опис згодом запропонував німецький анатом В. Флемінг (1843–1905), який вважається засновником цитогенетики (Flemming, 1885).

Власне термін А. увів англійський біолог Дж. Ф. Р. Керр (нар. 1934) (Kerr, 1972).

Англійські біологи С. Бреннер (нар. 1927) та Дж. Е. Салстон (нар. 1942) у співавторстві з американським біологом Р. Г. Горвіцем (нар. 1947) отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини за роботу з ідентифікації генів програми А. в хробака нематоди (Brenner, Horvitz & Sulston, 2002). Було з'ясовано, що названі гени кодують білки, які, в свою чергу, запускають складний каскад реакцій, у результаті чого клітина буквально розпадається на шматки; останні використовуються іншими клітинами як будівельний матеріал.

На відміну від некрозу (що може відбуватися внаслідок припинення кровопостачання, дії органічних токсинів, механічного пошкодження тощо), при А. не відбувається руйнування цитоплазматичної клітинної мембрани; відповідно, вміст клітини не потрапляє у позаклітинне середовище. У результаті А. відбувається утворення апоптичних тілець — мембранних везикул, які містять цілісні органели та фрагменти ядерного хроматину. Ці тільця поглинаються сусідніми клітинами або мікрофагами

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 13

в результаті фагоцитозу. Оскільки позаклітинний матрікс не уражається клітинними ферментами, навіть при великій кількості апоптизуючих клітин не відбувається запалення.

В організмі дорослої людини від А. щодня вмирають 50–70 млрд клітин; за рік маса загиблих клітин дорівнює масі тіла індивіда.

Надмірний А. є причиною гіпотрофії, напр., ішемічних уражень, що, своєю чергою, може призводити до неконтрольованої проліферації клітин у випадку онкологічних захворювань.

На думку В. П. ***Скулачова*** (Скулачев, 1977), основним механізмом А. є ***мітоптоз***.

Див. також ***Органоптоз*** та ***Феноптоз***.

АТАКСІЯ-ТЕЛЕАНГІЄКТАЗІЯ — форма ***прогерії***; аутосомно-рецесивне захворювання (контролюється рецесивними алелями аутосомного гена), що характеризується нейрональною дегенерацією, передчасним старінням (див. ***Старіння передчасне***), збільшенням частоти виникнення пухлин. Клітини хворих на А.-т. *in vitro* пришвидшено втрачають тіломіри внаслідок їх оксидантного пошкодження.

АТЕРОСКЛЕРОЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ (атеросклероз судин головного мозку) (від гр. *athērē* — кашка (йдеться про відкладення м'яких речовин у стінках артерій); *sklerōsis* — затвердіння) — сенільноподібна деменція (див. ***Деменція сенільноподібна***), форма судинної ***деменції***, що викликається атеросклеротичними змінами судин ГМ — ліпоїдною інфільтрацією внутрішньої оболонки артерій з подальшим розвитком в їхніх стінках з'єднувальної тканини.

Зазначені зміни обумовлюють втрату еластичності артеріями ГМ, що призводить до погіршення кровопостачання тканин ГМ.

Перебіг А. ц. поступовий, проґредієнтний, з ремісіями.

У початковій стадії спостерігається астенія, що може ускладнюватися додатковою симптоматикою (астено-іпохондричний, астено-фобійний, астено-депресивний синдроми), загострення преморбідних рис характеру.

На наступних етапах наростають зміни у мнемічній сфері — від легких дисмнестичних до пара- і амнестичних. Можливі різкі погіршення стану, зумовлені гострими порушеннями мозкового кровообігу, утворенням ділянок розм'якшення, що, своєю чергою, обумовлює етіопатогенез афатико-апраксичних розладів.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 14

Завершується станом делірію або маразму.

Розвитку А. ц сприяє цукровий діабет, який стає все більш поширеним у сучасному світі. Факторами ризику А. ц. також є нераціональне харчування, тютюнопаління, гіпертензія та гіподинамія. Зміна раціону — зниження частки тваринних жирів та кухарської солі, збільшення частки риби та овочів — може значно знизити ризик розвитку патології (див. ***Геродієтика***).

У *табл. 1* наведено критерії диференціальної діагностики А. ц. та ***деменції альцгеймерівського типу***.

Таблиця 1. Критерії диференціальної діагностики А. ц. та деменції альцгеймерівського типу

Церебральний атеросклероз	***Деменція альцгеймерівського типу***
Наявність фокального патологічного осередку	Відсутність фокального патологічного осередку
Часті колапси та гіпертензія	Рідкісні колапси та гіпертензія
Збережена особистість	Розпад особистості
Збережене усвідомлення хвороби особою (катастрофічні реакції, див. ***Реакція катастрофічна***)	Втрата усвідомлення хвороби особою
Часті афективні симптоми	Сплощення афекту
Спостерігається частіше в чоловіків	Спостерігається частіше в жінок
Відсутність чітких генетичних чинників	У деяких випадках важлива роль генетичних чинників
Відносно раптовий початок хвороби	Поступовий початок хвороби
Сходинковий перебіг хвороби	Поступовий і прогресуючий перебіг
Часті соматичні скарги (іпохондризація)	Рідкісні соматичні скарги

Б

БАЛТИМОРСЬКЕ ЛОНГІТЮДНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НОРМАЛЬНОГО СТАРІННЯ (Baltimore Longitudinal Study of Aging — BLSA) — розпочатий у 1958 р. проект Національного інституту здоров'я (США), в рамках якого проводяться регулярні лонгітюдні дослідження (див. ***Лонгітюд***) здорових індивідів за низкою параметрів. Із 1974 р. проект проводиться під егідою ***Національного інституту старіння***. На момент 2009 р. досліджено понад 1400 добровольців — чоловіків та жінок ***віком*** від 20 до 90 років.

За одним із висновків BLSA, оскільки вікова динаміка показників дуже варіює в різних індивідів, то практично неможливо оцінити міру ***старіння*** окремо взятої людини, вимірюючи один або кілька біохімічних, фізіологічних або фізичних показників. Наслідком такої варіабельності є відсутність на сьогодні універсального набору тестів для вимірювання біологічного віку (див. ***Вік біологічний***), використання якого було б інформативнішим, ніж орієнтація на показник хронологічного віку (див. ***Вік хронологічний***).

Важливим висновком BLSA є й те, що більшість вимірюваних показників змінювалася з віком не стрибкоподібно, а поступово; це дозволяє припустити, що стрибкоподібні зміни більш притаманні розвитку вікозалежної патології (див. ***Старіння патологічне***). Розрізняють 2 типи такої патології: *захворювання, що пов'язані із старінням*; *захворювання, що пов'язані з віком*. Так, деякі генетично детерміновані захворювання (напр., ***хорея Гантінґтона***) належать до залежних від віку, оскільки проявляються у передбачуваному віці й однозначно не можуть бути викликані нормальним старінням (див. ***Старіння нормальне***). Проте вікові зміни, що пов'язані з нормальним старінням, можуть грати суттєву роль у розвитку певної патології. Тому вкрай важливо розрізняти вікові зміни, що не є патологією (напр., посивіння волосся); вікові зміни, що можуть сприяти розвитку одного чи кількох патологічних процесів (напр., накопичення оксидантних

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 16

пошкоджень); вікові зміни, що можуть викликати патологічні процеси або бути їх показником (напр., утворення амілоїдних бляшок у ГМ як фактор ризику ***деменції альцгеймерівського типу***). Розрізнення цих процесів необхідне для визначення пріоритетів при розробці заходів попередження передчасного старіння (див. ***Старіння передчасне***) та розвитку вікової патології.

Див. також ***Берлінське дослідження проблем старості***, ***Боннське лонгітюдне геронтологічне дослідження*** та ***Канзаське дослідження життя дорослих***.

БЕЗСМЕРТЯ — гіпотетичний стан вічного життя, що характеризується зупинкою всіх процесів ***старіння***, мета зусиль алхіміків, які намагалися його досягти за допомогою філософського каменя.

В античній традиції ідея особистісного Б. простежується із VII ст. до н. е.; до цього безсмертними вважалися тільки боги. За свідченням давньогрецького історика Геродота (між 490–480 — бл. 425 р. до н. е.), «єгиптяни […] першими стали вчити про Б. людської душі. Коли вмирає тіло, душа переходить в іншу істоту, що якраз народжується у той момент». У давньогрецькій міфології описані випадки, коли боги дарували Б. смертним людям (напр., Гераклу). Давньогрецькі, давньоримські, давньоєгипетські та східні міфи про богів, які вмирали та воскресали (Озірис, Аттіс, Ваал, Орфей) вплинули на формування уявлень про роздільність душі та тіла (*sōma* (тіло) — *sema* (надгробок)) та про посмертні мандри душі (орфічна та піфагорійська філософії).

У вигляді систематичного вчення поняття про Б. уперше обґрунтоване давньогрецьким філософом Платоном (428 або 427 — 348 або 347 р. до н. е.). Уявлення про посмертні мандри безсмертної душі поширилося й у християнстві та гнозисі як елемент віри у Бога. Юдаїзму концепцію Б. можна приписати лише з певними обмеженнями; софістика, скептицизм та матеріалізм заперечували Б. В Індії віра у Б. прийняла форму метемпсихозу — вчення про переселення душі. Німецький філософ І. Кант (1724–1804), вважаючи неможливим підшукати будь-які теоретичні докази Б. душі, обґрунтував віру в нього на постулатах практичного розуму (Kant, 1788).

З точки зору антропології, віру в Б. слід відрізняти від культу мертвих із притаманним йому похованням разом із небіжчиком предметів домашнього вжитку та зброї, тризнами на могилах.

Див. також ***Безсмертя практичне***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 17

БЕЗСМЕРТЯ ПРАКТИЧНЕ — концепція сучасної ***геронтології*** та ***медицини антистаріння***, згідно з якою вважається можливим досягнення людиною здатності жити необмежено довго. В основі такої здатності — біотичні та соціокультурні фактори (***омолодження***, застосуваня сучасних досягнень генетики тощо).

Концепція Б. п. альтернативна абсолютному ***безсмертю***, напр., безсмертю душі. Відносність Б. п. полягає, по-перше, в усуненні видових меж індивідуального буття людини; по-друге, припускається можливість ***смерті*** від тих чи інших непередбачуваних причин (невідомої хвороби, травми, нещасного випадку тощо) або збою в життєдіяльності організму. При цьому тілесна і духовна життєдіяльність здійснюється на рівні її оптимальних параметрів, що можна характеризувати як збереження молодості.

Хоча поняття Б. п. перебуває в науковому вжитку вже майже півсторіччя, ідеї, що його виражають, постали набагато раніше. Так, російські біокосмісти у 1910–1920-х рр. доповнили концепцію Б. п. концепцією реального воскресіння, вважаючи обов'язком синів та доньок воскресити своїх батьків, застосовуючи досягнення науково-технічного та соціального прогресу.

Зазначені положення яскраво відображені в роботі російського філософа-косміста М. Ф. Федорова (1829–1903) «Філософія спільної справи» («Философия общего дела»; Федоров, 1907). Пізніше проблему Б. п. розробляли, зокрема, білоруський біолог В. Ф. Купревич (1897–1969) та російський філософ І. В. Вішев (нар. 1933).

Див. також ***Імморталізм***, ***Іммортизм***, ***Іммортологія***, ***Концепція другої космічної швидкості*** та ***Стратегія досягнення нехтуваного старіння інженерними методами***.

БЕРЛІНСЬКЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ СТАРОСТІ (Die Berliner Altersstudie — BASE) — міждисциплінарне (залучені аспекти соціології та соціальної політики, психології, психіатрії, медицини та ***геріатрії***) лонгітюдне дослідження (див. ***Лонгітюд***) осіб старших вікових груп (від 70 до 100 років), які мешкали в колишньому Західному Берліні.

В основному дослідженні (BASE I, 1990–1993 рр.) вибірку склали 516 осіб, які були ретельно проаналізовані протягом 14 сесій (параметри фізичного та психічного здоров'я, психологічного функціонування, соціальної та економічної ситуації). Після того дослідження було продовжене як лонгітюдне; учасники, які дожили до його закінчення, пройшли 7 тестувань.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 18

До другого етапу дослідження залучено понад 2200 учасників різного ***віку***; BASE II покликаний доповнити існуючі дані про когнітивний розвиток протягом усього життя інформацією про соціально-економічні та біологічні фактори (вплив поліпшення умов життя та стану здоров'я, генетичні чинники ***довголіття*** тощо).

Див. також ***Балтиморське лонгітюдне дослідження нормального старіння***, ***Боннське лонгітюдне геронтологічне дослідження*** та ***Канзаське дослідження життя дорослих***.

БІОГЕРОНТОЛОГІЯ (від гр. *bios* — життя; *gérōn* — старий; *logos* — учення) — розділ ***геронтології***, що вивчає біологічні аспекти ***старіння***. Одним із засновників Б. був Р. ***Пірл***.

На думку скептиків, старіння є біологічним процесом, що не підвладний контролю. Так, представники консервативної Б. (напр., Л. ***Гейфлік***) середньою тривалістю життя людини (див. ***Тривалість життя середня***) вважають ***вік*** 88 років для жінок і 82 років для чоловіків, хоча нині серед них немає консенсусу щодо того, чи зростатимуть поступово ці показники в майбутньому.

Представники течії т. зв. пропагандистів життя вважають, що середня тривалість життя може бути суттєво змінена вже протягом наступного століття, а то й раніше. За О. ді ***Греєм***, перша людина, яка проживе 1000 років, уже народилася.

Деякі біогеронтологи займають проміжну позицію, підкреслюючи: найбільш перспективним шляхом подовження життя є дослідження, попередження та лікування супутніх хвороб, які супроводжують ***старіння***, не заперечуючи при цьому принципову можливість збільшення максимальної тривалості життя (див. ***Тривалість життя максимальна***).

БІОЛОГІЯ СТАРІННЯ — див. ***Біогеронтологія***.

БІОЛОГІЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ — наука про закономірності тривалості життя організмів, а також про її визначальні механізми.

Найактуальнішими проблемами Б. т. ж. є: успадкування та мінливість тривалості життя, статеві розбіжності тривалості життя (див. ***Тривалості життя гендерні відмінності***), зміни тривалості життя організмів у процесі біологічної еволюції.

Головні завдання Б. т. ж.: з'ясування причин індивідуальних відмінностей у термінах життя, а також причин популяційних та міжвидових відмінностей за цією ознакою. Практичне значення

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 19

досліджень із Б. т. ж. полягає в з'ясуванні можливостей для прогнозування та керування тривалістю життя організмів, насамперед із перспективами подовження життя людини.

ІСТОРІЯ ПИТАННЯ. На основі робіт Дж. ***Ґраунта*** голландський фізик К. Гюйгенс (1629–1695) вирахував для людини середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) й запропонував використовувати подібні таблиці для розрахунку ймовірності дожити до певного ***віку***. Таблиці Ґраунта зараз викликають радше історичний, ніж науковий інтерес, оскільки дослідник не мав змоги оперувати достовірними даними.

Означений недолік був усунутий у працях німецького математика і філософа Г. В. Лейбніца (1646–1716), котрий зібрав дані по м. Бреслау (нині м. Вроцлав, Польща). На основі цих даних англійський астроном Е. Галлей (1656–1742) побудував першу достовірну таблицю тривалості життя. Його метод розрахунку таблиць середньої тривалості життя для стаціонарних популяцій (метод Галлея) використовувався до кінця XIX ст. Метод Галлея доповнений швейцарським математиком Л. Ейлером (1707–1783) у роботі «Загальні дослідження щодо смертності та розмноження роду людського» («Recherches generales sur la mortalite et la multiplication du genre humain»; Euler, 1767).

Французький натураліст Ж. Л. Бюффон (1707–1788), складаючи таблиці тривалості життя, намагався пов'язати тривалість життя з періодом зростання організму. На думку дослідника, тривалість життя живих організмів у 6–7 разів перевищує період їхнього зростання; для людини це складає 90–100 років. Французький математик П. С. Лаплас (1749–1827) розвинув імовірнісну інтерпретацію тривалості життя, що широко застосовується й досі для розрахунку ***таблиць смертності*** лабораторних тварин (Laplace, 1812). Його учень та послідовник бельгійський математик і соціолог А. Кетле (1796–1864) став одним із засновників сучасного методу побудови таблиць тривалості життя.

У XIX ст. накопичення надійних статистичних даних і удосконалення методів їх обробки створило передумови для перших робіт з розрахунку кількісних закономірностей тривалості життя. Англійський актуарій (спеціаліст із страхування життя) Б. Гомперц (1779–1865) опублікував роботу, що стала наріжним каменем Б. т. ж. (Gompertz, 1825). Гомперц довів теоретично й продемонстрував на конкретних прикладах, що інтенсивність смертності (відносна швидкість вимирання популяції) зростає з віком за законом геометричної прогресії. Крім того, він відзначив, що

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 20

поруч з цією ***смертністю*** має існувати й інша, випадкова змінна, що не залежить від віку. Це зауваження було взяте до уваги іншим англійським актуарієм — У. Мейкемом (1823–1891). Так було виведено ***закон Гомперца–Мейкема***, що й досі має велике значення для Б. т. ж. (Makeham, 1860).

Подальші студії проблеми викладені в працях видатного англійського фахівця з математичної статистики, одного із засновників біометрії К. Пірсона (1857–1936). У 1901 р. він заснував журнал «Biometrics», у першому ж числі якого опублікував статтю «Про успадкування тривалості життя та про інтенсивність природного відбору в людини» (Beeton, Pearson, 1901), що започаткувала власне біологічні дослідження тривалості життя. Але як самостійна дисципліна Б. т. ж. зародилася з публікацією книги Р. ***Пірла*** «Біологія смерті» («The Biology of Death»; Pearl, 1922). Усупереч назві, вона майже цілком присвячена проблемам Б. т. ж.

Див. також ***Тривалість життя видова.***

БОННСЬКЕ ЛОНГІТЮДНЕ ГЕРОНТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ (Bonner Gerontologische Langsschnittstudie) — проведене у ФРН лонгітюдне дослідження (див. ***Лонгітюд***) осіб старших вікових груп (Thomae, 1996), в ході якого аналізувалися способи переробки стресових ситуацій досліджуваними зазначеної категорії та були наведені численні приклади притаманних їм когнітивно-емоційних технік. До останніх належать:

- *позитивне тлумачення ситуації* («у моєму житті є й прекрасні речі», «мої справи не такі погані, як може здаватися на перший погляд»);
- *порівняння власної ситуації із ситуацією інших людей* («якщо подивитися на те, як доводиться іншим, то скаржитися мені немає на що — в мене справи йдуть відносно непогано»);
- *ідентифікація з долею дітей та онуків* («радію з того, що зростають мої діти й онуки, це допомагає мені пережити важку годину»);
- *зміна рівня власних вимог* («якщо вже прийшла ***старість***, то треба зважати на неминучі зміни і змиритися з ними»).

Див. також ***Балтиморське лонгітюдне дослідження нормального старіння***, ***Берлінське дослідження проблем старості*** та ***Канзаське дослідження життя дорослих***.

В

ВИБУВАННЯ ВИБІРКОВЕ — основний фактор, що знижує достовірність лонгітюдних досліджень (див. ***Лонгітюд***) осіб старших вікових груп. Полягає в тому, що при дослідженнях інтелекту найчастіше вибувають особи з порівняно низьким рівнем IQ, що призводить до парадоксальної ситуації, коли з кожним новим зрізом загальногрупові показники інтелектуальної продуктивності зростають щодо популяції в цілому.

Феномен В. в. має дві підстави:

- *вихід з дослідження за власним бажанням* (незважаючи на інструкції, що надаються експериментаторами, досліджувані все одно оцінюють тестування як змагання, тому для тих із них, хто рефлексує власну когнітивну неспроможність, ситуація дослідження набуває відтінку фрустрації);
- *вихід з дослідження, що не залежить від волі самого досліджуваного та пов'язаний з погіршенням здоров'я* (див. ***Спад термінальний***) або, в гіршому випадку, ***смертю***.

ВИПАДОК ГОБСЕКА — описаний французьким письменником О. де Бальзаком (1799–1850) в повісті «Гобсек» («Gobseck»; Balzak, 1830) клінічний випадок інволюційного параноїда (див. ***Параноїд інволюційний***), що безпосередньо зумовлений преморбідними особистісними властивостями (патологічною скупістю, емоційною бідністю, обмеженням соціальних контактів, пунктуальністю, ригідністю тощо).

Див. також ***Випадок Плюшкіна***.

ВИПАДОК ПЛЮШКІНА — описаний українсько-російським письменником М. В. Гоголем (1809–1852) у поемі «Мертві душі» («Похождения Чичикова, или Мертвые души»; Гоголь, 1842) клінічний випадок інволюційного психозу (див. ***Психози інволюційні***), що переходить у ***деменцію*** (див. ***Додаток Ж***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 22

На основі опису Гоголя російський психіатр В. Ф. Чиж склав анамнез хворого С. Плюшкіна (Чиж, 1902). У зрілі роки хворий був дбайливим господарем, відрізнявся доброзичливою вдачею, був одружений, мав трьох дітей (двох доньок та сина), підтримував дружні стосунки з сусідами. Родина вела розмірене життя, у ній панувала спокійна та добра атмосфера. Плюшкін активно займався господарством, що приносило пристойні прибутки. Проте вже тоді можна побачити певні преморбідні особистісні властивості («мудра скупість», брак сильних почуттів тощо), з яких потім візьме початок патологія.

Значущою подією стала ***смерть*** дружини. Пережитий у зв'язку з цим стрес спровокував початок захворювання: Плюшкін став відчувати неспокій, з'явилися підозрілість і скупість. Другою стресогенною подією стала втеча старшої доньки з військовим офіцером — батько цілковито пориває з нею будь-які стосунки. Пацієнт став ще скупішим, звільнив учителя та гувернантку дітей, сина відправив на чиновницьку службу в губернське місто, де, всупереч волі батька, той пішов до війська. Порвавши з ним також усі стосунки, пацієнт переживає смерть молодшої доньки й опиняється в повній самотності — вже ніщо не стримує розвиток безконтрольної скупості.

Посилюються хворобливі симптоми, відбувається зміна особистості, втрачаються природні людські почуття. Страждає мнемічна сфера — хворий не пам'ятає, яким майном і в якій кількості володіє, остаточно перестає дбати про свій зовнішній вигляд. Додається маячня збитку: хворий боїться бути пограбованим своїми ж селянами, не довіряє навіть останній близькій до нього людині — ключниці. Збирає і складає в кутку кімнати мотлох і сміття, знайдені на вулиці. Поступово формується класичний інволюційний параноїд (див. ***Параноїд інволюційний***).

Див. також ***Випадок Гобсека***.

ВІК — тривалість життя особини. Можливі такі тлумачення поняття «В.»:

1) *Час, що минув від народження до теперішнього часу або іншого певного моменту часу*; зазвичай вимірюється кількістю років, що виповнилися в останній рік народження. Розрізняють біологічний (див. ***Вік біологічний***), морфологічний (див. ***Вік морфологічний***), соціальний (див. ***Вік соціальний***), хронологічний (див. ***Вік хронологічний***), психологічний (див. ***Вік психологічний***) В. тощо.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 23

2) *Конкретний період біологічного та соціально-психологічного розвитку особистості* (напр., В. пізньої дорослості).

ВІК БІОЛОГІЧНИЙ — міра відповідності (невідповідності) морфофункціонального статусу даного індивіда певному середньому рівню розвитку в тій чи іншій референтній групі (віково-статевій, етнотериторіальній тощо).

В. б. дає оцінку індивідуального вікового статусу, виступаючи показником рівня зношування структури та функції певного структурного елемента організму, групи елементів та організму в цілому. Показник В. б. виражається в одиницях часу шляхом зіставлення значень заміряних біомаркерів з еталонними середньопопуляційними кривими залежності змін цих біомаркерів від календарного віку (див. ***Вік хронологічний***).

ПОКАЗНИКИ РІЗНИХ КЛАСІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ В. Б.:

1) *Показники патології*: посивіння волосся (бали); облисіння (бали); розтяжність сухожиль (градуси); карієсний зубний індекс (див. ***Вік зубний***).

2) *Морфологічні показники*: вага; зріст; зріст у сидячому положенні; ширина носа; довжина вух; ширина плечей; глибина живота; складка шкіри (на плечі).

3) *Фізіологічні функції у спокої*: аудіометрія — верхня частотна межа чутності (кГц); аудіометрія — поріг чутності за гучністю (дБ), зазвичай на висоті 4 кГц; гострота зору; відстань ближньої точки зору; сила кисті домінуючої руки; частота серцевих скорочень у спокої; систолічний артеріальний тиск; діастолічний артеріальний тиск; пульсовий тиск; артеріальний тиск кисню; життєва ємність легенів; антефлексія (нахил уперед) хребта (градуси); ретрофлексія (назад) хребта (градуси); нахил хребта убік (градуси); вібраційна чутливість; еластичність шкіри (с).

4) *Психологічні і нервово-психічні показники*: статистичне балансування на лівій нозі (с); тест розпізнавання малюнків; категоріальний малюнковий тест (час і кількість помилок); субтести «Кодування» та «Лабіринти» з тесту інтелекту Д. Векслера; тести на концентрацію уваги (коректурні проби Б. Бурдона та Е. Ландольта); тест на швидкість рухів пальців (час зафарбовування десяти кружечків); час реакції вибору (з 4-х малюнків); тест на точність рук (номер кружечка з ряду, що звужується, з точним попаданням); тест постукування; світлова екстинкція (послаблення умовного рефлексу, в разі

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 24

відсутності його підкріплення) (с); координаційна проба «рука — око»; кольоровий тест; час звукової реакції (мс); час світлової реакції (мс).

5) *Тести навантаження*: максимальна ерґометрія (Вт); час виконання фізичних вправ; частота дихання при фізичному навантаженні; частота серцевих скорочень (через 30 с, 1, 2, 3, 4 хв. після фізичних вправ); відношення частоти серцевих скорочень при стандартному навантаженні до показників стану спокою; максимальний систолічний тиск (при фізичних вправах); максимальне поглинання кисню (при велоерґометрії); форсована життєва ємність легенів; екскреція фенолсульфонфталеїна за 15 хв.; адаптація до темряви (с); цукрове навантаження; швидкість кисневого обміну.

6) *Біохімічні та клінічні показники*: кількість еритроцитів; швидкість осідання еритроцитів; гемоглобін; загальний білок; азот сечовини крові; лужна фосфатаза крові; холестерол крові; кальцій крові; альбумін крові; визначення активності трансаміназ крові; відношення альбуміну до глобуліну в крові; визначення активності глутаміл оксалоацетат трансферази; фібриноген крові; тригліцериди крові; фосфоліпіди крові; креатинин крові; сечова кислота крові.

Різні наукові школи використовують перелічені показники в різних комбінаціях й у різній кількості (напр., від 37 показників у Лейпцизькому університеті (ФРН) до трьох — в Університеті Йювяскюля (Фінляндія)). Найбільш оптимальним може бути набір тестів, які охоплюють різні органи та системи організму: тести на вікову фізіологію; тести на вікову хронічну патологію; тести навантаження, що демонструють межі адаптації та функціональні резерви; тести навантаження, що демонструють фізичну та нервово-психічну працездатність; тести, що виявляють характеристики найважливіших систем; самооцінку стану.

ВІК ЗУБНИЙ — ***вік***, що визначається на основі кількості молочних зубів, що прорізалися або знаходяться в стані заміни у дитини; в дорослих — за станом стертості постійних зубів.

Див. також ***Вік морфологічний***.

ВІК ІСТИННИЙ — інтегральний показник, що поєднує показники хронологічного (див. ***Вік хронологічний***), біологічного (див. ***Вік біологічний***), соціального (див. ***Вік соціальний***) та психологічного (див. ***Вік психологічний***) віку.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 25

ВІК КАЛЕНДАРНИЙ — див. ***Вік хронологічний***.

ВІК МОРФОЛОГІЧНИЙ (соматичний вік) — ***вік***, що оцінюється за морфологічними ознаками: вага тіла та зріст, стан зубів (див. ***Вік зубний***), міра закостеніння скелету, розвиток вторинних статевих ознак, міра еластичності та зморшкуватості шкіри, стан волосяного покрову тощо.

Див. також ***Старіння фізіологічне*** → ***зовнішні ознаки С. ф***.

ВІК ПЕНСІЙНИЙ (від лат. *pensio* — платіж) — законодавчо встановлений ***вік***, з досягненням якого індивід має право на отримання пенсії за віком.

Державні програми, покликані допомагати особам старших вікових груп, існували ще в Давньому Римі. Перший закон про відповідальність держави перед особами старших вікових груп був прийнятий у Великій Британії у 1601 р. Власне В. п. уперше встановлений у Німеччині у 1880 р. стараннями канцлера О. фон Бісмарка (1815–1898) на рівні 55 років для жінок та 60 років для чоловіків при середній тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня***) на рівні 40 років.

У *табл. 2* (с. 26) порівнюється В. п. та демографічне навантаження (див. ***Навантаження демографічне***) в європейських країнах (джерело: Інститут демографії та соціальних досліджень НАНУ).

Зазвичай індивід намагається підготуватися до виходу на пенсію. Процес такої підготовки можна умовно поділити на 3 етапи, в кожному з яких реалізуються певні мотиви поведінки (Thompson, 1977):

1) *Збавляння обертів*. Проявляється в бажанні індивіда звільнитися від певних трудових обов'язків, звузити сферу відповідальності з метою уникнути раптового спаду активності при виході на пенсію.

2) *Перспективне планування*. Проявляється в намаганні індивіда уявити своє життя на пенсії, окреслити певний план тих дій та занять, якими він буде займатися в цей період свого життя.

3) *Життя в очікуванні пенсії*. Індивідом оволодівають турботи про завершення роботи та оформлення пенсії. Він фактично вже живе тими цілями й потребами, що мотивуватимуть його до дій в наступному періоді життя.

Див. також ***Вік пороговий*** та ***Криза виходу на пенсію***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 26

Таблиця 2. Порівняльна таблиця В. п. та демографічного навантаження в європейських країнах

	Співвідношення кількості осіб, старших 60 років, до працездатного населення	***Пенсійний вік***	
		Чоловіки	***Жінки***
Данія	35,8	67	67
Естонія	34,6	63	63
Іспанія	34,0	65	65
Італія	39,5	65	60
Німеччина	39,3	65	65
Норвегія	31,6	67	67
Польща	25,8	65	60
Росія	26,8	60	55
Румунія	29,8	65	60
Словаччина	23,8	65	60
Словенія	30,0	63	61
Угорщина	32,5	62	62
Україна	***31,8***	***60***	***55***
Фінляндія	35,5	65	65
Франція	34,1	60	60
Швеція	40,0	65	65

ВІК ПОРОГОВИЙ — ***вік***, що знаменує початок ***старості*** (Decker, 1980; Kermis, 1983; Ward, 1984; Rebok, 1987; Bromley, 1988). Відповідає періоду 60–65 років. Зазвичай ототожнюється з початком пенсійного віку (див. ***Вік пенсійний***). Однак виділення чітких хронологічних меж В. п. утруднене, оскільки наштовхується на

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 27

достаньо серйозні заперечення, адже не існує одного певного моменту часу, коли індивід стає старим; крім того, мають місце суттєві індивідуальні розбіжності у стані органів та систем організму. Також хронологічні межі В. п. напряму залежать від ***геронтополітики*** держави, прямим вираженням якої є відповідний пенсійний вік.

Див. також ***Закон про соціальний захист***.

ВІК ПСИХОЛОГІЧНИЙ — за російськими психологами Є. І. Головахою та О. О. Кроніком (Головаха, Кроник, 1984), міра психологічного минулого людини, що має такі специфічні особливості:

- *інтраіндивідуальність* (В. п. є змінною, що вимірюється у внутрішній системі відліку часу індивіда);
- *зворотність* (індивід може «помолодшати» за рахунок збільшення психологічного майбутнього, зменшення психологічного минулого або збільшення очікуваної тривалості власного життя);
- *багатовимірність* (В. п. може різнитися в різних сферах життєдіяльності).

Зіставляючи між собою В. п. та ***вік хронологічний*** (В. х.), отримуємо такі варіанти їх співвідношення:

- В. п. = В. х. (показник зрілості особистості, адекватності індивіда та його життєвих планів);
- В. п. < В. х. (показник надмірного оптимізму, впевненості індивіда в можливостях досягнення своїх цілей; плани та очікування розраховані на ширший діапазон часу, ніж той, яким індивід володіє насправді);
- В. п. > В. х. (показник невиправданого песимізму; індивіду варто більше уваги приділяти формуванню планів на майбутнє).

Якщо людина незадоволена своїм хронологічним віком, вона схильна змінювати свій В. п.

ВІК СОЦІАЛЬНИЙ — показник соціальної активності та зрілості особистості, міра реалізації індивідом своїх соціальних установок і програм (останнє залежить від того, яку поведінку суспільство очікує від індивіда в тому чи іншому хронологічному віці (див. ***Вік хронологічний***)).

В. с. відображає зміни в психіці, що відбуваються під впливом соціуму; він вимірюється співвідношенням рівня соціального розвитку із статистичною нормою. Маються на увазі, з одного боку,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 28

такі життєві події, як вибір професії, шлюб, народження дітей; просування кар'єрними сходами, з іншого — вікові зміни, що визначають світогляд, ставлення до життя, тобто все багатство індивідуального людського досвіду.

Див. також ***Старіння соціальне***.

ВІК ТРЕТІЙ — період активного життя, який розпочинається з виходом індивіда на пенсію (див. ***Вік пенсійний***); поняття В. т. активно використовується західною соціологією та демографією.

Особи третього віку активно подорожують, відвідують виставки та концерти, мають різноманітні хобі, розширюють коло своїх інтересів, займаються волонтерською діяльністю, навчаються (див. ***Геронтогогіка***).

Унаслідок дії певних соціально-історичних та економічних факторів, сучасне українське суспільство не характеризується численним прошарком осіб третього віку (це характерно також для російського та більшості пострадянських суспільств). Безпосередні причини цього становища такі:

- вихід на пенсію для більшості пенсіонерів є вимушеним кроком — зумовленим станом здоров'я, тиском з боку керівництва та молодших колег, сімейними обставинами тощо, тож у пенсіонера вже не залишається ані фізичних, ані моральних сил на активне дозвілля;
- матеріальний стан пенсіонера ставить його на межу виживання, що не дозволяє йому витрачати гроші на те, що із власне виживанням не пов'язане; той, хто живе на саму пенсію, поставлений на межу ексклюзії — бідності, що переживається як безнадійна.

Див. також ***Вік четвертий***, ***Довголіття активне*** та ***Криза виходу на пенсію***.

ВІК ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ — різновид біологічного віку (див. ***Вік біологічний***), що відображає зміни фізіологічних функцій і визначається, головним чином, особливостями життя, перенесеними хворобами, стресовою насиченістю життя, фізичною, психічною та інтелектуальною активністю.

ВІК ХРОНОЛОГІЧНИЙ — астрономічний час, що минув із дня народження індивіда; визначається на основі документально підтвердженої дати народження (свідоцтво про народження, паспорт, інші документи).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 29

Чим значніше В. х. випереджає біологічний вік (див. ***Вік біологічний***) індивіда, тим повільніші темпи його ***старіння*** та більша тривалість життя.

ВІК ЧЕТВЕРТИЙ — заключний період життя індивіда, що характеризується його залежністю від оточуючих. Порівняно з третім віком (див. ***Вік третій***), В. ч. є періодом уже не такої активної, проте мудрої та шляхетної ***старості***.

Поняття В. ч. почало активно використовуватися західною соціологією та демографією відносно недавно — внаслідок зростання середньої тривалості життя (див. ***Життя середня тривалість***) у розвинутих країнах світу та суттєвим поліпшенням якості життя.

Див. також ***Мудрість***.

ВІТАУКТ (від лат. *vita* — життя, *auctum* — збільшення) — центральне поняття розробленої В. В. ***Фролькісом*** адаптаційно-регуляторної теорії вікового розвитку, процес стабілізації життєдіяльності організму, що підвищує його адаптаційні можливості. В. протилежний ***старінню*** — він спрямований на підвищення надійності організму, збільшення тривалості його життя (за Фролькісом, радше старіння є антивітауктом, оскільки руйнує, розгойдує механізми вихідної життєдіяльності організму).

Подібні до В. поняття широко відомі в історії науки. Давньогрецький філософ Арістотель (384–322 до н. е.) писав про уроджене тепло, давньогрецький лікар Гіппократ (бл. 460 — бл. 370 до н. е.) — про природний жар; із XVII ст. в ужитку з'являються поняття життєвої сили, життєвого запасу, життєвої енергії тощо. Відлуння таких поглядів можна знайти й в австрійського психіатра З. Фрейда (1856–1939) з його дихотомією життєдайного Ероса і руйнівного Танатоса. В усіх цих випадках йдеться про певне нематеріальне начало, що є квінтесенцією загального життєвого двигуна.

На думку Фролькіса, слід виділяти 2 прояви В. — генотиповий та фенотиповий. Важливим *генотиповим* механізмом В. є репарація ДНК, що проявляється у розпізнаванні групою спеціальних ферментів пошкоджень ДНК та усуненні дефекту. *Фенотипові* механізми В. мобілізуються по ходу життєдіяльності організму й проявляються на кількох рівнях — молекулярному, клітинному, тканинному тощо. Їхньою основою є механізм зворотнього зв'язку від об'єкту регуляції до центру регуляції.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 30

На початку виникнення життя на Землі В. проявлявся в механічному зміцненні макромолекул; стабілізації клітинних мембран; вибірковому, згодом активному транспорті речовин; відновленні порушених ланок обміну тощо. Вирішальне значення мало виникнення поділу клітин, що стало основою еволюції. Таким чином, В. виник одночасно із старінням, разом із формуванням усього живого, він притаманний усьому живому. Разом із змінами в біологічній організації змінювалися й конкретні механізми старіння та В.: на суто клітинні накладалися ті, що діють у межах цілісного організму.

Уявлення про антистаріння стають дедалі популярнішими в світовій науці (див. ***Медицина антистаріння***).

Див. також ***Довголіття гени***.

ВМИРАННЯ — процес необоротного згасання і припинення діяльності життєво важливих функцій організму, що призводить до його ***смерті***. При нормальному ході онтогенетичного розвитку В. є закономірним закінченням людського життя, що наступає, як правило, у віці пізньої дорослості (див. ***Старість***).

Див. також ***Вмирання стадії***.

ВМИРАННЯ СТАДІЇ — описані Е. ***Кюблер-Рос*** послідовні емоційні реакції індивіда на неминучість скорої ***смерті***. Концепція В. с. має багато прихильників у сучасному медичному середовищі.

Усього виділено 5 В. с.:

1) *Заперечення* — хворий не може повірити, що це справді має трапитися саме з ним.

2) *Гнів* — хворий обурений роботою лікарів, відчуває ненависть до здорових людей.

3) *Спроба укласти угоду з долею, Богом або лікарями*: хворі вірять, що залишаться жити, якщо монетка випаде певним чином; обіцяють Богові вести праведне життя або лікарям — ретельно виконувати всі їхні настанови.

4) *Депресія* — відчай і жах, утрата інтересу до життя.

5) *Прийняття* — усвідомлення того, що прожите довге та щасливе життя, яке дає можливість гідно померти (зазначену стадію переживає не більше 2 % хворих). Див. ***Ортобіоз***.

Див. також ***Вмирання***.

ВТРАТА КРИТИЧНА — достатньо різкий спад (порівняно з попереднім розвитком) когнітивних функцій індивіда, що зазвичай є

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 31

індикатором його ***смерті*** в найближчий час (протягом кількох місяців). Поняття В. к. розвиває концепцію критичного спаду (див. ***Спад термінальний***): якщо протягом низки років (10 років, за працями Л. Ф. Джарвіка та А. Фалека (Jarvik & Falek, 1963; Jarvik, 1983)) здібності до виконання інтелектуальних тестів надмірно знижуються, то вірогідність смерті протягом короткого проміжку часу різко зростає.

Критичний рівень, до якого можуть знижуватися інтелектуальні функції, неоднаковий для різних функцій. Так, здатність до знаходження вербальних асоціацій може знижуватися до 10 %, тоді як будь-яка втрата обсягу словника розглядається як критична.

За іншими дослідниками, напр., Дж. Ботвінніком, Р. Вестом та М. Сторандом (Botwinnick, West & Storandt, 1978), зміни у вербальних показниках не означують останнього спаду, тоді як про нього сигналізують порушення асоціативного запам'ятовування пар і психомоторики.

Існує й інша думка, викладена Ґ. Рейманісом та Р. Ф. Ґріном (Reimanis & Green, 1971): найточнішим прогностичним показником є загальний результат за Тестом інтелекту Д. Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale, 1955).

Г

ГЕРАСКОФОБІЯ — див. ***Геронтофобія***.

ГЕРІАТРИЧНА ДОПОМОГА — див. ***Допомога геріатрична***.

ГЕРІАТРИЧНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ — див. ***Фармакотерапія геріатрична***.

ГЕРІАТРІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *iatreia* — лікування) — розділ клінічної медицини, що вивчає хвороби пізнього ***віку*** та особливості перебігу хвороб в осіб старших вікових груп, а також методи лікування та профілактики цих хвороб. Метою Г. є збереження фізичного та психічного здоров'я людини до глибокої ***старості*** (див. ***Довголіття***, ***Довголіття активне*** та ***Довголіття професійне***). Г. також є клінічним розділом ***геронтології***.

Унаслідок змін демографічної структури суспільства (див. ***Старіння демографічне*** та ***Старіння населення***) зростає потреба в збільшенні медичної допомоги особам старших вікових груп. Питання організації медичної допомоги цій категорії населення вирішуються, як правило, в тісному контакті з органами соціального забезпечення (див. ***Допомога геріатрична***).

Для розв'язання завдань, що стоять перед Г., необхідне не тільки знання притаманних старості патологічних процесів, але й чітке розуміння ***біології старіння*** організму (див. ***Старіння фізіологічне***).

Особливо актуальні проблеми Г.: взаємозв'язок атеросклерозу судин ГМ (див. ***Атеросклероз церебральний***)та віку, етіопатогенез склеротичної артеріальної гіпертензії, цукровий діабет (зокрема вивчення вікових особливостей функціонування підшлункової залози, обміну інсуліну, реакції тканин на інсулін тощо), механізми вікових змін опорно-рухового апарату (див., напр., ***остеопороз*** та ***остеохондроз***), роль вікового фактора в розвитку онкологічних

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 33

захворювань (порівняльні дослідження генетичного апарату, особливостей ділення клітин, біосинтезу білка в різному віці). Специфічні наукові та практичні проблеми геріатричного кола мають хірургія, урологія, офтальмологія, отоларингологія, стоматологія, психіатрія (див. ***Геронтопсихіатрія***) тощо.

Розділом Г., що безпосередньо пов'язує її з іншими розділами медицини, є геріатрична фармакотерапія (див. ***Фармакотерапія геріатрична***).

ГЕРОГІГІЄНА (від гр. *gérōn* — старий; *hygieinos* — цілющий, той, що приносить здоров'я) — розділ ***геронтології***, що вивчає вплив середовищних факторів (соціальних, побутових, природних) на процес ***старіння*** людини.

Г. розробляє заходи, спрямовані на попередження патологічного старіння (див. ***Старіння патологічне***) шляхом усунення впливу несприятливих факторів та створення таких умов природного та соціального середовища, які б забезпечили людині тривале, дієздатне, здорове життя (див. ***Довголіття активне***) та високу працездатність (див. ***Довголіття професійне***).

Соціальна Г. вивчає вплив соціально-економічних факторів на стан здоров'я осіб старших вікових груп.

Комунальна Г. вивчає житлово-побутові проблеми осіб старших вікових груп.

Г. праці вивчає вплив виробничих факторів на організм працюючих та непрацюючих пенсіонерів, розробляє рекомендації з питань праці та передпенсійної підготовки осіб старших вікових груп, що сприяла б активізації їхньої життєвої позиції.

Г. харчування вивчає кількісний та якісний склад раціонів харчування, режиму харчування з урахуванням особливостей обмінних процесів та енерговитрат організму, що старішає (див. ***Геродієтика***).

Серед проблем Г. значну роль відіграють соціологічні проблеми: місце та авторитет осіб старших вікових груп у суспільстві, в сім'ї, на робочому місці (див. ***Геронтосоціологія***). Вирішення багатьох проблем Г. безпосередньо обумовлене політикою держави (див. ***Геронтополітика***) в питаннях встановлення пенсійного віку (див. ***Вік пенсійний***), пільг та компенсацій працюючим пенсіонерам, правового регулювання їхньої праці та соціального захисту, матеріального забезпечення ***старості*** та медичної допомоги (див. ***Допомога геріатрична***) в цілому.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 34

Першим досвідом систематизованої розробки герогігієнічних заходів була праця Г. Андре «Гігієна старечого віку» (російський переклад «Гигиена старческого возраста»; Андре, 1891), в якій автор узагальнив усі тогочасні дані, що стосуються цієї проблеми. Так, знайшли відображення питання гігієни психічного та статевого життя (див. ***Геронтосексологія***), догляду за тілом, фізичних вправ та навантаження, профілактики хвороб пізнього ***віку***.

ГЕРОДІЄТИКА (від гр. *gérōn* — старий; *diaita* — спосіб життя, режим) — наука про особливості раціонального харчування осіб старших вікових груп.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ Г.:

• Відповідність енергоцінності раціону фактичним затратам організму. У пізньому ***віці*** знижуються енерговитрати та основний обмін, зменшується фізична активність, знижується м'язова маса тіла, що закономірно призводить до зниження потреб у харчах та енергії в цілому. Рекомендована калорійність складає 2000–3000 ккал для чоловіків у віці 60 років та старше та 1900–2000 ккал для жінок того ж віку.

• Відповідність хімічного раціону віковим змінам обміну речовин та функцій органів і систем.

• Розмаїття харчового набору для забезпечення збалансованого вмісту всіх незамінних речовин. Так, слід обмежувати здобні та листкові мучні вироби, насичені м'ясні та рибні бульйони, жирне м'ясо, м'ясні субпродукти та яйця, жирні молочні продукти, рис, макаронні вироби, бобові, копчені та солоні продукти, цукор, кондитерські та кремові вироби, шоколад. Припустимим є вживання розведених соків, слабких і знежирених бульйонів, лимонної кислоти та оцту, зокрема яблучного, зелені та прянощів. Велике значення в раціоні мають продукти, що нормалізують шлунково-кишкову мікрофлору: кисломолочні продукти; свіжі, квашені та мариновані овочі та фрукти; продукти, що багаті на волокна (див. *табл. 3*).

• Використання легкотравних продуктів і страв, у сполученні з продуктами та стравами, що стимулюють секреторну та рухову функцію органів травлення, нормалізують стан кишкової мікрофлори.

• Належний режим харчування з рівномірнішим, порівняно з молодшим віком, розподілом їжі протягом дня. Особливого значення набуває регулярне харчування без тривалих проміжків між прийомами їжі, відмова від переїдання. Сніданок має

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 35

містити 25 % добової енергоцінності раціону, другий сніданок — 15–20 %, обід — 30–35 %, вечеря — 20–25 %. На ніч бажано вживати кисломолочні продукти або сирі фрукти чи овочі. За рекомендацією лікаря можливі розвантажувальні дні (фруктові, овочеві, кефірні, сирні тощо), але не голодування. При хворобі бажаний 5-разовий режим харчування: сніданок — 25 % добової енергоцінності раціону, другий сніданок — 15 %, обід — 30 %, вечеря — 20 %, друга вечеря — 10 %.

• Індивідуалізація харчування з урахуванням особливостей обміну речовин та стану окремих органів та систем певної людини. Цей принцип передбачає також врахування довголітніх звичок у харчуванні.

Таблиця 3. Приблизний добовий набір продуктів (г) для осіб старших вікових груп

Продукти	***До 65 років***		***Після 65 років***	
	чол.	жін.	чол.	жін.
Хліб житній	100	100	100	100
Хліб пшеничний	200	150	150	120
Борошно пшеничне	10–20	10–20	10–20	10–20
Макаронні вироби	10	10	10	10
Крупи та бобові	30	30	25	25
Картопля	250	200	200	150
Овочі свіжі	400	400	350	350
Фрукти та ягоди свіжі	300	300	250	250
Сухофрукти	25	25	25	25
Цукор	50	50	50	50
М'ясо нежирне	100	75	100	75
Риба нежирна	75	75	60	60
Молоко	150	150	150	150
Кефір	150	150	150	150
Сир	100	100	100	100
Олія	20–30	20–30	20–30	20–30
Масло	10	10	10	10
Яйця	2–3 шт. на тжд.	2–3 шт. на тжд.	2–3 шт. на тжд.	2–3 шт. на тжд.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 36

ОКРЕМІ НУТРІЄНТИ В РАЦІОНІ ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП:

• *Білки*. У старіючому організмі знижений синтез гормонів, різноманітних білкових структур, ферментів (зокрема тих, що розщеплюють білково-ліпідні комплекси); при цьому зростають процеси розпаду білків та втрати їх організмом. Разом з тим, хоч обмежене споживання білків знижує імунну активність у молодому віці, в старшому викликає зворотну дію — зростання клітинного та гуморального імунітетів. За оцінками фахівців, добова доза білків має становити від 0,9–1,0 г/кг маси тіла здорового організму до 1,0–1,5 г/кг маси тіла у випадку хвороби. Таке збільшення добової дози білків покликане, зокрема, зберегти м'язову масу пацієнтів з іммобілізацією (прикутих до ліжка) або, принаймні, знизити темпи її втрати. При значному дефіциті білків у добовому раціоні харчування осіб старших вікових груп (0,8 г/кг маси тіла та менше) знижуються регенераційні процеси, наростає інтоксикація, погіршуються функції печінки та підшлункової залози, активізується передчасне старіння (див. ***Старіння передчасне***).

- Серед *тваринних білків* перевагу слід надавати рибі та молочним продуктам. М'ясо, особливо старих тварин, субпродукти, жирні сорти риби, багаті на пуринові основи,— джерело утворення в організмі сечової кислоти, що сприяє виникненню сечокислого діатезу та подагри. При варінні м'яса, риби та птиці пуринові основи переходять у бульйони, що обумовлює небажаність цієї страви у раціоні осіб старших вікових груп. Обмежувати вживання м'яса у пізньому віці необхідно ще й тому, що воно сприяє появі в організмі надмірної кількості продуктів азотистого походження (азотемії) внаслідок послаблення метаболічних процесів; крім того, жирні сорти м'яса містять значну кількість холестерину.

- *Рослинні білки* мають складати половину білкової частки раціону. Організм отримує їх, в основному, із зернових культур та бобових рослин, однак ці продукти часто погано переносяться особами старших вікових груп, оскільки викликають відрижку, підвищене газоутворення, печію, розлади випорожнення тощо. Бобові культури, крім того, містять велику кількість пуринових основ. Із зернових культур найкориснішими є гречана та вівсяна крупи, а додавання до них молока наближує їхній амінокислотний склад

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 37

до оптимального. За умови відсутності індивідуальних протипоказань у раціон включають пшоняну та перлову каші. Зважаючи на закріплюючі ефекти рису, його вживання необхідно обмежувати; манну крупу рекомендують пацієнтам, які потребують помірної дієти.

• Зниження вживання *жирів* (до 30 % від загальної калорійності раціону) є основою т. зв. здорової дієти, що сприяє профілактиці атеросклерозу (див. ***Атеросклероз церебральний***); при цьому дефіцит жирів (< 20 % від добової калорійності раціону) негативно впливає на якість харчування. Важливим є баланс між жирами тваринного та рослинного походження.

- *Тваринні жири* мають складати не більше 10 % від загального добового раціону жирів. Для осіб старших вікових груп серед тваринних жирів передовсім рекомендується вершкове масло: воно легко засвоюється, і в ньому міститься вітамін А. Зазвичай рекомендують 15 г масла на добу, не піддаючи його термічній обробці.

- *Рослинні жири* вкрай важливі, з огляду на наявність у них поліненасичених жирних кислот, фосфатидів (лецитин) та фітостеринів, які, в сукупності, сприятливо впливають на обмін холестерину. Рослинні олії містять токофероли, що мають антиоксидантну дію, нівелюють вільнорадикальні реакції (див. ***Теорія вільнорадикальна***), поліпшують обмін ДНК, знижують дегенеративні зміни старіючих органів. Окрім того, рослинні жири мають липотропну дію, оскільки ненасичені жирні кислоти, вибірково взаємодіючи з насиченими жирними кислотами, запобігають надмірному накопиченню ліпідів та їх метаболітів у тканинах. Фосфоліпіди, завдяки таким їхнім особливостям, відносять до засобів профілактики та лікування передчасного старіння, атеросклерозу, жирової дистрофії печінки, підшлункової залози, інших органів. За дефіциту рослинних жирів у раціоні в суб'єкта може формуватися т. зв. «жирна печінка» (стеатоз та стеатогепатит). Проте безконтрольне збільшення в раціоні їхньої частки має послаблюючий ефект і може негативно вплинути на загальний стан індивіда.

• Кількість *вуглеводів* у раціоні осіб старших вікових груп має обмежуватися, що продиктовано, насамперед, загальним зниженням енерговитрат. Більшість дієт містять 45–50 % добової калорійності у вигляді вуглеводів, що складає приблизно 300 г.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 38

- Доцільно обмежити вживання *простих вуглеводів* за рахунок цукру та солодощів, тоді як овочі, фрукти та зернові культури мають бути представлені в раціоні у достатній кількості. Цукор слід вживати помірно (30–50 г на добу), інакше можливе перенавантаження підшлункової залози (що сприяє розвитку цукрового діабету), збільшення концентрації тригліцеридів та ліпопротеїдів високої щільності (що підвищує рівень холестерину у крові), надмірне накопичення жирової маси. У багатьох осіб старших вікових груп розвивається недостатність кишкового ферменту лактази, в результаті чого виникають здуття живота і діарея,— як наслідок, хворі відмовляються від молочних продуктів, що несприятливо впливає на цінність їхнього раціону.
- Вживання *складних вуглеводів* та харчових волокон слід збільшити. Розчинні волокна, зокрема пектин, розпадаються на коротколанцюжкові жирні кислоти (напр., ацетат і бутират), які є важливими нутрієнтами для слизової оболонки товстої кишки, від якої залежить здатність цього органу всмоктувати сіль і воду. Нерозчинні харчові волокна залишаються неперетравленими й сприяють збільшенню маси стулу, що запобігає закрепу. Активізація моторної діяльності кишечника є також профілактикою дивертикульозу, дисбактеріозу та злоякісних новоутворень товстої кишки. Завдяки своїм фізико-хімічним якостям харчові волокна адсорбують токсини й поліпшують бактеріальний вміст кишечника, сприяють зниженню рівня холестерину в крові та жовчі.

• В осіб старших вікових груп часто спостерігаються субклінічні дефіцити *вітамінів* унаслідок фізіологічних стресів при хворобах. Дефіцит вітамінів може також обумовлюватися віковими порушеннями обміну речовин, за яких значно утруднюються процеси всмоктування вітамінів, а зміни мікрофлори знижують її здатність до синтезу вітамінів. Роль вітамінів для осіб старших вікових груп важко переоцінити, оскільки вітаміни С, Р, групи В, Е тощо є стимуляторами і регуляторами обмінних процесів; вітаміни С і Р вибірково впливають на проникність судинної стінки; вітамін С позитивно впливає на обмін холестерину; вітамін А здійснює специфічний вплив на стан шкіри, слизової оболонки та органів зору. Із віком потреби в деяких вітамінах змінюються: так, ретинилові ефіри затримуються в печінці й можуть здійснювати токсичну дію,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 39

тому норма вживання вітаміну А може бути знижена. Потреби у вітаміні D можуть підвищуватися з віком, оскільки зростає ризик його дефіциту. Також із віком дещо підвищуються потреби організму у вітаміні В12 та В6, а потреба у фолієвій кислоті, навпаки, може знижуватися. Хоча потреби у вітамінах Е і К не змінюються з віком, на рівень вітаміну К може впливати вживання сірковмісних антибіотиків або антагоністів вітаміну К.

• *Мінерали*. З віком відбувається накопичення в організмі певних мінеральних речовин та зниження рівня інших. Уміст міді (Cu), хрому (Cr), йоду (I), заліза (Fe) падає (брак Fe, напр., призводить до залізодефіцитної анемії), тоді як уміст цинку (Zn), свинцю (Pb), натрію (Na) збільшується. Неоднозначною є ситуація з калієм (K): з одного боку, старіючий організм накопичує його у стінках судин, з іншого — дефіцит K є однією з причин розвитку ***остеопорозу***. Співвідношення K та Na в осіб старших вікових груп необхідно змінювати на користь K, чому сприяють овочі та фрукти — продукти, в яких низький вміст натрію сполучається із високим вмістом калію. Вельми багатими на вміст K є сухофрукти: чорнослив, родзинки, курага. Добова доза кухарської солі (NaCl) у раціоні осіб старших вікових груп не повинна перевищувати 3–5 г. Морська капуста та різноманітні морепродукти (кальмари, креветки тощо) не тільки зменшують дефіцит I, але й поліпшують показники ліпідного обміну, зменшують здатність крові до згортання, спричиняють антисклеротичну дію.

• *Рідина*. Вода є особливо важливим нутрієнтом для осіб старших вікових груп унаслідок їхньої схильності до швидкого зсуву в рідких середовищах організму. Добова потреба зазначеної категорії осіб у воді складає близько 1 мл/ккал вжитої їжі або 30 мл/кг маси тіла. Зазвичай фізіологічна потреба в рідині оцінюється в 1,5 л, і зменшення цієї дози допускається тільки за приписом лікаря. Рекомендується вживати соки, компоти, відвар шипшини, слабкий чай з молоком або лимоном, уникати міцного чаю або кави.

ГЕРОКОМІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *com* — взаємодія) — вчення давньогрецького лікаря Гіппократа (бл. 460–бл. 377 до н. е.), згідно з яким старіючий чоловік омолоджується (див. ***Омолодження***), вступаючи у статевий зв'язок з молодими дівчатами. Послідовники цього вчення стверджували, що навіть дотик до молодого

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 40

тіла, змішування дихання з диханням дівчини має омолоджувальну дію.

У Давній Греції існувало також релігійне вчення, щоправда малопоширене, адепти якого притримувалися тих самих поглядів на Г. стосовно жінок. Так, до заможних матрон приводили хлопчиків, не старших 14 років, які не мали жодного сексуального контакту (у т. ч. гомосексуального, що було вельми розповсюджено в античні часи). Вважалося, що хлопчик, як «ліки від старіння», зберігав свою дієвість протягом 10 діб, причому тільки стосовно своєї першої жінки. По закінченні цього терміну хлопчика з подарунками відпускали додому. Цнотливі хлопчики були в ціні, і багато батьків вважали абсолютно природним віддати свого сина на 10 днів до заможної пані. Траплялися навіть анекдотичні випадки «рекламацій», коли замовниця з'ясовувала наявність у свого хлопчика певного сексуального досвіду — і негайно відправляла його додому з порожніми руками.

Г. була відома і біблійним персонажам. Так, у Старому Заповіті (1 Цар., 1: 1–4) читаємо: «А Давид постарів, увійшов у літа. І покривали його одежами, та не було йому тепло. І сказали йому його раби: "Нехай пошукають для пана царя молоду дівчину — і стане вона перед царем, і буде йому за доглядачку. І буде вона лежати при лоні твоїм, і буде тепло панові цареві!" І шукали дівчину вродливу по всій Ізраїлевій границі, та й знайшли шунаммітку Авішаґ, і привели її до царя. А та дівчина була дуже вродлива. І була вона цареві доглядачкою, і прислуговувала йому, та цар не пізнав її».

У Новий час нідерландський лікар та хімік Г. Бургаве (1668–1738), засновник лейденської медичної школи, порадив старому амстердамському бургомістру спати поміж двома дівчатами, що, як запевняв сам лікар, значною мірою повернуло його пацієнту сили та веселість.

Його сучасник німецький учений та лікар Й. Г. Кохаузен (1665–1750) видав сатиричну працю про римлянина Герміппіуса («Hermippus redivivus», Cohausen, 1742), який усе своє життя вчителював у жіночій школі і помер у ***віці*** 115 років. Посилаючись на цей приклад, автор радив вдихати вранці та ввечері дихання молодих дівчат, вважаючи, що це безмежно сприяє підтримці і зміцненню життєвих сил.

І. І. ***Мечников*** запропонував таке пояснення ефекту Г.: «Близькість молодих дівчат має викликати виділення соку передміхурової залози, що, всмоктуючись у кров, спричиняє збуджувальну дію на нервову систему» («Этюды оптимизма»; Мечников, 1907).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 41

Сучасні адепти Г. доводять, що за тілесної близькості, при взаємному сексуальному збудженні, виникають специфічні біотоки, що сприятливо діють на тіло чоловіка.

ГЕРОНТ (від гр. *gérōn* — старий) — в доелліністичному періоді в Греції Г. називали найстарших, знатних за походженням людей, які були радниками царів у керуванні країною. Пізніше в Спарті так називали членів ***герусії***, які обиралися з найповажніших старих.

Г. розглядали найважливіші державні справи та карні процеси, готували ухвали народних зборів. Наймолодшому з Г. мало бути не менше 60 років.

ГЕРОНТИЗМ (*gerontismus* від гр. *gérōn* — старий) — послаблення розумових здібностей в осіб старших вікових груп.

Див. також ***Гіпотеза загального уповільнення***, ***Старіння інтелекту класичний паттерн***, ***Старіння когнітивне*** та ***Теорія невикористання***.

ГЕРОНТОГЕНЕЗ (від гр. *gérōn* — старий; *genesis* — виникнення, формування) — букв. «становлення старості» — сучасна модель ***старіння***, що постулює стадіальний характер вікових змін; запрограмований природнім відбором заключний період онтогенезу, що складається з кількох періодів і закінчується ***смертю***.

Процес Г. включає разом із згасанням, руйнуванням, пошкодженням ще й важливі адаптаційні механізми, спрямовані на стабілізацію живих систем, зниження темпів старіння, а отже, на збільшення тривалості життя (див. ***Вітаукт***). Згідно з моделлю Г., розуміння сутності старіння можливе тільки на основі вивчення цілісного життєвого циклу (див. ***Етагенез***).

Див. також ***Інволюція***.

ГЕРОНТОГЕНИ (від гр. *gérōn* — старий; *genos* — походження) — гени, що відповідають за ***старіння*** організму. З метою локалізації і дослідження Г. вивчають родини ***довгожителів***, а також довгожителів-близнюків.

Група дослідників Бостонського університету (США) займається пошуком Г. у довгожителів Нової Англії; її керівник Т. Перлс вважає, що за старіння відповідає лише близько десятка генів, розташування яких скоро стане відомим (Perls, 2001).

Див. також ***Довголіття гени***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 42

ГЕРОНТОГОГІКА (від гр. *gérōn* — старий; *gōgik* — друга частина слова *paidagōgikē* — наука про виховання та навчання підростаючого покоління) — наука про освіту осіб старших вікових груп, розділ андрогогіки — науки про освіту дорослих.

Г. бере свої витоки у працях М. Т. ***Цицерона***, Л. А. Сенеки (4 р. до н. е. — 65; «Моральні листи до Луцилія»), М. де Монтеня (1533–1592; «Проби»), Я. А. ***Коменського***, Ф. Шлейєрмахера (1768–1834; «Молодь та похилі люди»), А. Шопенгауера (1788–1860) та ін.

Основні принципи андрогогіки та Г.:

- провідна роль належить тому, хто навчається (саме тому його не називають тим, кого навчають);
- той, хто навчається, прямує до самореалізації, самостійності, самокерування;
- той, хто навчається, володіє життєвим досвідом (побутовим, соціальним, професійним тощо), який має бути джерелом навчання і для нього самого, і для його колег по навчанню;
- доросла людина навчається заради вирішення низки професійних проблем та досягнення конкретних цілей;
- той, хто навчається, розраховує на невідкладне застосування отриманих в ході навчання нових знань, умінь та навичок; якщо нові знання він може накопичувати в режимі самостійної роботи, то вміннями та навичками він воліє оволодівати під керівництвом компетентного фахівця-викладача;
- навчання дорослого має бути організоване як спільна діяльність того, хто навчає, й того, хто навчається, на всіх етапах цього процесу: психолого-андрогогічної діагностики, планування, реалізації, оцінювання та корекції.

На думку російського фахівця з педагогіки С. Г. Вершловського, в системі освіти дорослих викладач є, насамперед, організатором навчання, який поєднує в своїй професійній діяльності й інші функції, грає такі «ролі»:

- *«лікаря-психотерапевта»*, що здійснює допомогу у відновленні мотивації до освітньої та професійної діяльності та сприяє зниженню рівня тривожності в суб'єктів навчання;
- *«експерта»*, який володіє змістом як андрогогічної, так і професійної діяльності тих, хто навчається;
- *«консультанта»*, який володіє методологією андрогогічного супроводу процесу самоосвіти дорослих (цільове підвищення кваліфікації, випереджаюче навчання основ науково-дослідницької роботи, допомога в розробці проектів професійного та особистісного розвитку тощо).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 43

Особи старших вікових груп схильні недооцінювати свої когнітивні можливості, насамперед щодо навчання та пам'яті. Проте у багатьох дослідженнях вдалося підвищити показники навчання та пам'яті вже завдяки тому, що досліджуваних інформували про фактично отримані позитивні результати, що допомагало їм більш реально оцінювати свої сили та можливості.

На думку російського психолога Л. І. Анциферової (нар. 1924), безперервна освіта є фактором посилення структурної узгодженості, гармонійного поєднання інтелектуальних та інших властивостей особистості. Навчальна діяльність сприяє взаємній узгодженості різнорівневих та різнорідних форм мислення, роблячи всю інтелектуальну систему більш гнучкою та рухливою. У свою чергу, зростаюча гнучкість мислення дає змогу зрілій особистості перетворювати звичну ситуацію в проблемну, звільнятися від стандартних стратегій розв'язання соціальних проблем. Крім того, з якісним зростанням пізнання відбувається включення до кола емоціогенних факторів нових сфер життя. Тому важливою стороною безперервної освіти є безперервне формування емоцій індивіда, виховання культури почуттів, а отже, сприяння успішному розв'язанню ***кризи виходу на пенсію*** (Анцыферова, 2004).

ГЕРОНТОГРУПА (від гр. *gérōn* — старий; нім. *Gruppe* — окрема сукупність) — одиниця вимірювання в ***геронтосоціології*** — специфічна соціально-демографічна група (включає осіб, які знаходяться у посттрудовій фазі, див. ***Вік пенсійний***), із своїми психологічними властивостями, з тяжінням до ретрокультури (див. ***Геронтокультура 2***), з внутрішньою диференціацією на підгрупи (вікові: літні, старі, ***довгожителі***; територіальні: городяни, селяни; суспільні: працюючі, власне пенсіонери тощо).

Див. також ***Геронтосередовище***.

ГЕРОНТОКРАТІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *kratos* — влада) — букв. «влада старців» — форма державного устрою, в якій влада знаходиться в руках тих, хто за своїм ***віком*** перевищує основний вік працездатного населення країни.

Термін уведений англійським психологом та етнографом У. Г. Ріверсом (1864–1922) у праці «Історія меланезійського суспільства» («History of Melanesian Society»; Rivers, 1914). Він вважав, що Г. притаманна аборигенам Австралії та деяким народам Океанії. Г. досить часто зустрічається в різноманітних політичних струк-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 44

турах, коли політична влада всередині панівного класу накопичується з віком, так що найвища влада зосереджується в руках старих. Ті, що мають найвищу владу, не обов'язково посідають формальні посади лідерів, проте часто керують останніми.

Проте, ще до Ріверса, давньогрецький філософ Платон (428 або 427 — 348 або 347 р. до н. е.) вважав, що в ідеальній державі правителями мають бути старі, які навчені життєвим досвідом та мають природні задатки до керування людьми і країною. Ідею Г. він обґрунтовує у діалогах «Держава», «Закони», «Політика», «Листи». Філософ вважає, що ***старість*** уособлює собою досконалість людини: старий розуміється на людях і подіях, здатний прогнозувати майбутнє, завдяки своїй поміркованості та ***мудрості*** може бути справедливим. Стара людина зберігає закони, традиції та історію.

Геронтократичні суспільства асоціюються з традиціями, консерватизмом та нездатністю до змін. Історичними прикладами Г. можна вважати владу ***геронтів*** у Спарті та інших дорічних державах; суспільний устрій комуністичного Китаю (Мао Цзедун (1893–1976) та Ден Сяопін (1904–1997) до кінця свого життя виконували владні повноваження); СРСР періоду застою (у 1980 р. середній вік членів Політбюро складав 70 років; для порівняння: у 1952 р. він складав 55 років, у 1964 р. — 61 рік); сучасні теократичні держави (Ватикан, Іран).

У розширеному розумінні термін Г. означає суспільство, де особи старших вікових груп користуються найбільшою повагою (див. ***Шанобливість до старших***).

ГЕРОНТОКУЛЬТУРА (від гр. *gérōn* — старий; лат. *cultus* — оброблення) — букв. «культура старості». Можливі такі трактування терміна:

1) Сформовані у певному суспільстві набори правил, життєвих принципів, норм ставлення до осіб старших вікових груп та ***старості***. У ширшому розумінні Г. можна назвати філософією життя та ***старіння*** (див. ***Геронтософія***), що допомагає індивіду зберегти свій життєвий тонус та оптимізм, упевненість у розумності, громадській доцільності власних дій.

2) Прийнята ***геронтогрупою*** система переконань, цінностей і норм, що в панівній системі цінностей сприймається як застаріла. Див. ***Геронтосоціологія***.

ГЕРОНТОЛОГІЧНА ПОЛІТИКА — див. ***Геронтополітика***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 45

ГЕРОНТОЛОГІЧНИЙ АППЕРЦЕПТИВНИЙ ТЕСТ (Gerontological Apperception Test — GAT) — проективна методика дослідження особистості, розроблена американськими психологами Р. Л. Уолком та Р. Б. Уолк (Walk & Walk, 1971) на основі Тематичного апперцепційного тесту (ТАТ) Г. А. Мюрея (1893–1988) та К. Д. Морган (1897–1967) (Murray & Morgan, 1935). Тематика таблиць-малюнків відображає проблеми, притаманні особам старших вікових груп: міжособистісні, пов'язані із здоров'ям, внутрішньоособистісні.

GAT (як і подібний до нього ***Похилого віку осіб апперцепції тест***) не виправдав покладених на нього розробниками сподівань, оскільки з'ясувалося, що зображення на таблицях-малюнках осіб старших вікових груп не підвищує діагностичної цінності інструментарію.

ГЕРОНТОЛОГІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *logos* — вчення) — наука про ***старіння*** та стани осіб старших вікових груп; частково перекриває ***геріатрію***, охоплюючи набагато ширшу проблематику. Сучасна Г. досліджує механізми старіння від молекулярного та клітинного рівнів до цілісного організму. Розвиток Г. здійснюється у трьох напрямах: експериментальному, клінічному та соціальному.

Розділи Г.: ***біологія старіння***, ***геріатрія***, ***герогігієна***, ***геронтопсихологія***.

У передісторії Г. виділяють кілька основних напрямів:

1) *Філософсько-онтологічний* — осмислення аксіологічних аспектів старіння, цінності тривалого життя, самого життя, чеснот ***старості*** (М. Т. ***Цицерон***, Л. А. Сенека (бл. 4 до н. е.–65), Ф. Бекон (1561–1626), Конфуцій (бл. 551–479 до н. е.); див. - ***Геронтософія***).

2) *Геронтоклінічний* — розробка проблем старості та ознак, що визначають ***довголіття***, проблем цілісності і фазності життя; природні, фізіологічні якості людини (Гіппократ (бл. 460–бл. 370 до н. е.), К. Гален (бл. 130–бл. 200), Авіценна (бл. 980–1037));

3) *Геронтогігієнічний* — розробка індивідуальних гігієнічних та дієтичних заходів (Л. ***Корнаро***, апологет крайньої поміркованості в харчуванні, автор вислову «Хто їсть мало, той їсть багато»; К. В. ***Гуфеланд***, І. І. ***Мечников***; див. ***Герогігієна*** та ***Геродієтика***).

Історія вітчизняної Г. пов'язана з іменами С. П. ***Боткіна***,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 46

І. П. ***Павлова***, М. С. Мільмана, О. В. ***Нагорного***, М. Д. ***Стражеска***, З. Г. ***Френкеля***, В. В. ***Фролькіса*** та ін.

Теоретична Г. займається фундаментальними дослідженнями та розробкою ***теорій старіння***.

Прикладна Г. надає необхідну допомогу особам старших вікових груп безпосередньо або опосередковано (шляхом проведення оціночних обстежень, розробки та реалізації соціальної політики, програм оздоровлення та соціального забезпечення).

Прикладом проблеми, що об'єднує теоретичні дослідження та прикладну роботу, є вихід на пенсію (див. ***Вік пенсійний***).

Г. є міждисциплінарною наукою, оскільки переважна більшість біологічних (біологія клітини, генетика, імунологія, молекулярна біологія та біохімія, морфологія, нейробіологія, дієтологія та фізіологія) і медичних (кардіологія, онкологія, ревматологія, ортопедія, дерматологія, ендокринологія, гастроентерологія, гінекологія, гематологія, нефрологія, неврологія, офтальмологія, отоларингологія, фармакологія, психофармакологія й урологія) наук безпосередньо стосуються старіння та осіб старших вікових груп. Значною мірою Г. залучає дані соціальних (соціологія, демографія) та психологічних (клінічна психологія, психологія розвитку, ***геронтопсихологія***) наук. По суті, будь-яка ділянка або предмет біологічних, медичних, соціальних та психологічних наук, за винятком специфічних для інших вікових груп, надається до геронтологічних досліджень.

Найважливіше питання, що постає в усіх суто геронтологічних дослідженнях — ідентифікація змін, обумовлених старінням як таким, а не соціальними, культурними, професійними факторами тощо.

Див. також ***Біогеронтологія***.

ГЕРОНТОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНА — наука, що вивчає закономірності особистісних змін, поведінки та діяльності людей, обумовлених їхньою участю в соціальних групах; зміни, що обумовлені ***старінням*** членів цих груп; психологічні характеристики самих цих груп. Термін запропонований Р. Дж. ***Хевігхерстом*** та Р. Альбрехтом (Havighurst, Albreht, 1953).

Див. також ***Геронтосоціологія***.

ГЕРОНТОМОРФОЗ (від гр. *gérōn* — старий; *morphē* — форма) — еволюція шляхом змін, що виникають на пізній стадії ***етагенезу***.

Поняття Г. близьке до введеного російським біологом О. М. Сєверцовим (1866–1936) терміна анаболія — різновид

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 47

еволюційних змін ходу індивідуального розвитку організмів, за якою зміна ознак дорослих особин відбувається внаслідок додавання нових стадій у кінці періоду формоутворення, який при цьому подовжується. Ознаки, що виникають на пізніх стадіях етагенезу предків, в їхніх нащадків проявляються на тих самих стадіях або зсуваються на більш ранні (Северцов, 1912).

ГЕРОНТОНАСИЛЛЯ — див. ***Насилля геронтологічне***.

ГЕРОНТООСВІТА — див. ***Геронтогогіка***.

ГЕРОНТОПОЛІТИКА — складова соціальної політики держави, що спрямована на пом'якшення наслідків суспільних змін для осіб старших вікових груп, на подолання соціальної напруженості, на задоволення життєвих потреб представників старшого покоління, на підвищення рівня та якості їхнього життя. У вужчому розумінні, Г. — система заходів допомоги особам старших вікових груп з боку держави.

Г. є важливою детермінантою соціально-економічного становища та соціального самовідчуття осіб старших вікових груп; вона сприяє розвитку соціальної суб'єктності зазначеної категорії осіб, стимулюванню їхнього трудового та суспільного потенціалу, забезпеченню умов, що дозволяють відтворювати життєві сили громадян похилого ***віку***, долати негативні стереотипи ***старості***, що існують в суспільстві (див. ***Ейджизм***).

Необхідність окремої Г. пояснюється тим, що ***геронтогрупа***, незважаючи на свою чисельність, відносно високу електоральну активність, кваліфікацію та досвід, не має у суспільстві достатніх важелів впливу та не є суб'єктом соціальної політики.

Крім того, на всьому пострадянському просторі геронтологічне споживання послуг залишається на вкрай низькому рівні, а споживацька поведінка осіб старших вікових груп характеризується «недоспоживанням», причому за межами доступного залишаються товари тривалого використання, а також товари, що забезпечують рух інформаційних потоків (підключені до Інтернету комп'ютери, iPod-плеєри, супутникові антени, кабельне телебачення тощо).

Втілення Г. має чітко виражений територіальний характер — вона будується на специфіці регіональних потреб осіб старших вікових груп. Саме на муніципальному рівні найбільшою мірою можливий вияв самоорганізації, самодіяльності населення,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 48

залучення зусиль недержавних організацій та об'єднань. Додатковим ресурсом здійснення Г. на місцевому рівні є активізація потенціалу самодопомоги та взаємодопомоги осіб старших вікових груп.

ГЕРОНТОПСИХІАТРІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *psychē* — душа; *iatreia* — лікування) — розділ психіатрії та ***геріатрії***, що вивчає клініку, етіопатогенез, лікування, соціальну реабілітацію при психічних розладах пізнього ***віку***.

Поруч із захворюваннями, що розпочинаються у більш ранні періоди ***етагенезу***, Г. вивчає специфічні для пізнього віку психічні захворювання (церебральний ***атеросклероз***, ***деменції***, ***параноїди***, ***парафренію*** тощо).

Див. також ***Психопатологія пізнього віку***.

ГЕРОНТОПСИХОЛОГІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *psychē* — душа; *logos* — учення) — галузь ***геронтології*** та психології розвитку; наука, що використовує загальнопсихологічні методи та інструментарій для дослідження психологічних особливостей і поведінки осіб старших вікових груп.

Першою монографією з Г. вважають роботу патріарха американської психології Г. С. Холла (1844–1924) «Старіння» («Senescence»; Hall, 1922). Як наукова дисципліна Г. цілком оформилася у другій половині XX ст. Завдяки своїм медичним, неврологічним, психіатричним та фізіологічним акцентам вона тісно пов'язана з біологічними, соціальними та психологічними науками.

Практична Г. займається проблемами страху самотності в ***старості***, переживань осіб старших вікових груп із приводу можливих хвороб або життя в притулку, занепокоєності фінансовим станом, конфліктом поколінь тощо. Г. виходить з того, що ***старіння*** не є синонімом хвороби, а сама хвороба не є неминучою ознакою старості. Важливий аспект Г. — сексуальність осіб старших вікових груп (див. ***Геронтосексологія***).

Сучасна Г. досліджує вразливість осіб старших вікових груп до хвороб, атитюди та установки щодо здоров'я та хвороби, взаємозв'язки між пацієнтом пізнього ***віку*** та особами, що здійснюють його лікування і доглядають за ним. Не менш важливою є проблема імунологічного стану осіб старших вікових груп.

Дослідження здорового способу життя осіб старших вікових груп мають враховувати не тільки соціальні умови, але й фізичні та психологічні зміни, що відбуваються з віком. На окремий

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 49

інтерес заслуговує внутрішньоіндивідна та міжіндивідна варіабельність фізіологічних змін. Тому основний принцип Г. — принцип індивідуалізації, втілення якого в життя передбачає окремий підхід до кожної людини пізнього віку.

Загальною метою Г. є пошук засобів подовження активного й повнокровного життя людини (див. ***Довголіття активне***).

ГЕРОНТОПСИХОСОМАТИКА (від гр. *gérōn* — старий; гр. *psychē* — душа; *sōma* — тіло) — наука про психосоматичні аспекти ***старості***; концепція Г. уперше була сформульована у 1989 р. (Heuft, 1990; Lamprecht, 1990).

Г. вивчає психічні наслідки нормального процесу старіння (див. ***Старіння нормальне***) та ставлення до нього; особливу феноменологію та симптоматику психічних і особистісних порушень у старості; функціональні та соматичні порушення в осіб старших вікових груп; наслідки психічної травматизації, що відбулася у більш ранньому періоді життя; сомато-психічні взаємозв'язки при важких органічних захворюваннях; адаптивні процеси в контексті набутків («пізня свобода») і втрат (утрата колишньої ролі, загроза соціальному статусу) пізнього ***віку***.

Г. користується як геронтолого-психологічними методами досліджень (у тому числі біографічним методом), так і соматобіологічними методами вимірювань. Психотерапія психосоматичних пацієнтів старших вікових груп базується на методах глибинної (психоаналіз) та когнітивно-поведінкової парадигм, що доповнені техніками релаксації (див. ***Геронтопсихотерапії загальні цілі*** та ***Геронтопсихотерапії специфічні цілі***).

ГЕРОНТОПСИХОТЕРАПІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *psychē* — душа; *therapeia* — турбота, догляд, лікування) — розділ психотерапії, спрямований на роботу з особами старших вікових груп.

З огляду на специфіку зазначеного контингенту осіб, Г. відрізняється власними цілями (див. ***Геронтопсихотерапії загальні цілі*** та ***Геронтопсихотерапії специфічні цілі***) та процедурами, відмінними від прийнятих у загальній психотерапії.

Див. також ***Інтерв'ювання літніх пацієнтів*** та ***Контрансфер стосовно літніх пацієнтів***.

ГЕРОНТОПСИХОТЕРАПІЇ ЗАГАЛЬНІ ЦІЛІ — спільні для шкіл усіх теоретичних орієнтацій цілі психотерапевтичної роботи з особами старших вікових груп.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 50

Виділяють такі Г. з. ц. (Heuf & Marschner, 1994):

- сприяння самостійності та відповідальності пацієнта;
- покращення соціальних здібностей;
- посилення уваги до свого тіла як у стані здоров'я, так і під час хвороби;
- з'ясування труднощів у стосунках із представниками свого покоління та інших поколінь;
- визнання власного прожитого життя та примирення з ним (підбиття підсумків і ретроспекція);
- розгляд питань, пов'язаних із втратами;
- обговорення питань ***старіння*** та ***смерті***;
- сприяння зверненню до цього світу та сучасності; вироблення практичних рішень.

Див. також ***Геронтопсихотерапії специфічні цілі***, ***Інтерв'ювання літніх пацієнтів***, ***Контртрансфер стосовно літніх пацієнтів*** та ***Старіння стереотипи***.

ГЕРОНТОПСИХОТЕРАПІЇ СПЕЦИФІЧНІ ЦІЛІ — специфічні для шкіл різних теоретичних орієнтацій цілі психотерапевтичної роботи з особами старших вікових груп.

ПСИХОАНАЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ: *переробка конфліктів* (старих та актуальних; внутрішньо- та міжособистісних — інтрагенераційних і міжгенераційних); *вироблення почуття власної відповідальності* (тривалого й по можливості високого); *відновлення комунікаційних здібностей*; *самоприйняття*; *підбиття життєвих підсумків* (визнання свого попереднього життя, примирення з невирішеністю проблем у стосунках з партнерами, сібсами та дітьми); *редукція нарцисизму* (у випадку нарцисичних неврозів) — визнання власної обмеженості, потреби в людському спілкуванні, зміна пов'язаних із собою очікувань; *психологічний самоаналіз* (корекція та переоцінка обумовлених ***віком*** фрустрацій, зокрема пов'язаних із старими образами, психотравмами та депривациями) з метою їх інтеграції в «Я».

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ: *зміна людської поведінки*, під якою маються на увазі всі процеси у людині — як ті, що можна зовнішньо спостерігати, так і ті, що не підлягають зовнішньому спостереженню (відчуття, почуття, тілесні стани, мовленнєві та немовленнєві експресивні засоби, моторика, мотивація, бажання, спогади, мислення, плани, переконання, скарги та дії). Ірраціональні переконання та неадаптивні форми поведінки корегуються шляхом розвитку самоконтролю та вироблення

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 51

навичок подолання особистісних труднощів. Підкреслюється орієнтація на сучасність і вирішення актуальних проблем, відбувається розподіл комплексних цілей на конкретні та навчання швидкого досягнення успіху.

МОВЛЕННЄВА ТЕРАПІЯ: зіставлення суб'єктивної концепції світобачення пацієнта з його фактичними переживаннями, враженнями та досвідом організму. Такий розширений досвід дає змогу пацієнту скорегувати систему своїх поглядів та оцінок з метою вироблення нового розуміння себе та підвищення самоповаги. Увага пацієнта фокусується на актуальних подіях, а цілі психотерапії (стосовні актуальних криз і конфліктів, скарг і стресових подій) формулюються з акцентом на даному моменті. У процесі психотерапевтичного діалогу обговорюються розбіжності між уявленнями та життєвим досвідом, що стає доступним для пацієнта через *самоаналіз* та *самовираження*.

СИСТЕМНА ТЕРАПІЯ: за допомогою техніки циркулярного опитування визначається світорозуміння членів родини різних поколінь, досліджується взаємодія між ними, пропонується поновому подивитися на речі, поставити під сумнів сталі погляди і стереотипи поведінки, робиться спроба виробити нові уявлення та способи дій. Завдяки цьому літній пацієнт та його оточення можуть шляхом лише незначного корегування по-іншому організувати своє життя та взаємини з оточуючими. Нові уявлення породжують нові реальності, відтак, інші способи розв'язання проблем, відмінні від тих, що стали причиною етіопатогенезу.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ: *репарація та інтеграція минулого досвіду*; *збереження наявного потенціалу*; *розвиток нових здібностей*, або *особистісне зростання*. Зазначене означає переробку важких переживань у зв'язку із втратами; підбиття життєвих підсумків; розвиток соціальних здібностей і почуття власної відповідальності; тренінг нових зразків поведінки; роздуми на теми ***старіння***, ***старості*** і ***смерті***. Літнім пацієнтам надаються когнітивні підказки для кращого розуміння ними питань, що обговорюються, їх спонукають до участі у психотерапевтичному процесі та інтерпретації свого власного стану.

Див. також ***Геронтопсихотерапії загальні цілі***, ***Інтерв'ювання літніх пацієнтів***, ***Контртрансфер стосовно літніх пацієнтів*** та ***Старіння стереотипи***.

ГЕРОНТОСЕКСОЛОГІЯ (від гр. *gérōn* — старий; лат. *sexus* — стать) — розділ сексології, що досліджує сексуальність в пізньому ***віці***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 52

Нормальні зміни сексуальної сфери в осіб старших вікових груп включають у себе ***менопаузу*** в жінок (окрім припинення репродуктивної функції призводить до зниження кількості піхвової змазки, через що статевий акт може здаватися болісним) та ***андропаузу*** в чоловіків (основним симптомом якої є зниження потенції — процес, що починається достатньо рано, ще з проходженням у 27 років точки оптимальної зрілості, після чого починає послаблюватися психогенна ерекція). До позитивних надбань зазначених процесів відносять розкриття жінок для сексу внаслідок відсутності ризику завагітніти (що ілюструється російським прислів'ям «В сорок пять — баба ягодка опять») та ліквідацію проблеми передчасної ерекції, актуальної для чоловіків молодшого віку.

Див. також ***Гіпертрофія простати доброякісна*** та ***Довголіття сексуальне***.

ГЕРОНТОСЕРЕДОВИЩЕ — у ***геронтосоціології***: соціальні за своєю природою місця, де локалізується життєдіяльність осіб старших вікових груп. Г. притаманні нестійкість та мінливість. Термін уведений російським соціологом Л. Я. Сорокіною (Сорокина, 2002).

Г. сучасної України та інших пострадянських країн включає прибудинкові території та сквери, органи соціального забезпечення, поліклініки, сільськогосподарські ринки, дачні ділянки, приміські електропоїзди тощо.

Див. також ***Геронтогрупа*** та ***Геронтокультура***.

ГЕРОНТОСОФІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *sophia* — мудрість) — філософія ***старості***. Значну роль у становленні Г. зіграли праці М. Т. ***Цицерона***, Ф. Петрарки та М. Е. де Монтеня.

Італійський поет та літописець Ф. Петрарка (1304–1374), хоча й не створив цілісної філософії старості, висунув щодо пізнього ***віку*** низку ідей, які й досі актуальні. Це тези про продуктивне, творче життя до самої старості, повагу до прожитих років, відповідальність старих за збереження національної культури тощо.

У «Пробах» французького письменника і філософа М. Е. де Монтеня (1533–1592) стверджується, що ***старість*** є часом дозвілля, розваг, звільнення від тягаря турбот та обов'язків. Старий, час якого стискується, знає ціну кожній миті. У старості «ми переживаємо наше людське призначення як дещо цілісне, а не тільки якусь одну, урізану його частину»; в цьому віці можна «законно насолоджуватися тим, що живеш».

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 53

Наприкінці XIX — на початку XX ст. філософське осмислення феномену старості можна знайти у працях авторів природничонаукової парадигми І. І. ***Мечникова***, К. Е. Ціолковського (1857–1935), О. О. ***Богомольця***, А. В. ***Нагорного***, І. П. ***Павлова*** та ін.

В останні десятиліття тематику Г. розробляють, зокрема, російські автори Т. В. Карсаєвська (нар. 1927) та А. Т. Шаталов (Карсаевская, Шаталов, 1978).

Див. також ***Геронтокультура 1***.

ГЕРОНТОСОЦІОЛОГІЯ (від гр. *gérōn* — старий; лат. *societas* — суспільство) — розділ соціології, що виник на початку XX ст. з метою дослідження комплексу проблем, пов'язаних із демографічними, соціально-економічними, політичними, релігійними та іншими аспектами ***старіння***. Одиницею вимірювання в Г. є ***геронтогрупа***.

Зміст Г. досить близький до соціальної геронтології (див. ***Геронтологія соціальна***), проте якщо остання покликана вирішувати демографічні та соціально-економічні проблеми населення, то предметом Г. є дослідження об'єктивних законів старіння через поведінку взаємодіючих людей. Предмет Г. при цьому постає на 3 рівнях:

1) *індивіда* (дослідження еволюції особистості в ході старіння, вплив попередніх етапів біографії та фахової діяльності на особистісні характеристики у літньому ***віці***, поведінка індивіда в адаптаційному та постадаптаційному періодах життя, його реакції в конфліктних ситуаціях, зміни потреб, інтересів та ціннісних орієнтацій);

2) *малої групи* (дослідження місця і ролі літньої людини у виробничому колі, у співтоваристві сусідів, родичів та знайомих);

3) *соціальної структури* (дослідження включеності геронтогрупи у громадські процеси, впливу політично-значущих подій, геронтологічної політики (див. ***Політика геронтологічна***) держави.

Див. також ***Геронтосередовище***.

ГЕРОНТОФІЛІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *philia* — любов, потяг) — букв. «любов до ***старості***». Виділяють 2 значення терміна Г.:

1) Статеве збочення, що проявляється в сексуальному потягу до осіб старших вікових груп; при цьому сексуальний потяг до ровесників та осіб, молодших за самого суб'єкта, або зовсім відсутній, або недостатній.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 54

2) Протилежність ***геронтофобії 3*** — позитивний стереотип сприйняття старості, основою якого є визнання досвіду і ***мудрості*** осіб старших вікових груп, повага до них та опіка.

ГЕРОНТОФОБІЯ (від гр. *gérōn* — старий; *phobos* — страх) — букв. «страх старості». Можна виділити 3 основні значення терміна Г.:

1) У психіатрії: нав'язливий страх спілкування з особами старших вікових груп.

2) Побоювання власної ***старості*** та ***старіння*** (див. ***Ейджизм доброякісний***). Негативні думки про майбутню старість можуть спричинити шкоду для здоров'я. Так, за даними лонгітюдного дослідження (1968–2007) американського психолога Б. Леві та її колег з Єльського університету (США), 25 % осіб, які демонстрували геронтофобічні тенденції в молодості, в старості статистично частіше страждали на серцево-судинні захворювання та інсульти. У досліджуваних, які не демонстрували в молодості геронтофобічних тенденцій, така симптоматика спостерігалася набагато рідше.

3) Протилежність ***геронтофілії 2*** — форма дискримінації, що виражається у неприязні до осіб старших вікових груп (див. ***Ейджизм злоякісний***), ставленні до них як до зайвих і некорисних; у цьому сенсі Г. можна назвати поглядом на старість з точки зору молодості. Див. ***Геронтоцид***.

ГЕРОНТОЦИД (від гр. *gérōn* — старий; лат. *caedo* — вбивати) — фізичне знищення осіб старших вікових груп як некорисних споживачів обмежених засобів для існування; крайнє вираження ***геронтофобії 3***.

Виділяють такі форми Г.:

- *патріцид* (убивство батька);
- *парентицид* (убивство котрогось із батьків);
- *паріцид* (убивство котрогось із батьків або близького родича).

Витоки Г. можна знайти у первісному суспільстві (внаслідок особливостей його економічного та технологічного розвитку та моральних підвалин), вижити в якому вдавалося тільки фізично сильним та здоровим індивідам. Про звичаї давніх кочових племен щодо Г. писали французькі філософи П. А. Гольбах (1723–1789) та К. А. Гельвецій (1715–1771). За свідченням візантійського письменника П. Кесарійського (між 490 та 507 — після 562), ще в VI ст. в одному з германських племен існував звичай вбивати осіб старших вікових груп.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 55

Адигейські традиції (Черкесія, РФ) передбачали ритуальну підготовку найстаршого (отже, найбезпораднішого) члена суспільства до Г., що полягала у виконанні йому колискових пісень (!) та влаштуванні останнього бенкету. В адигейських фольклорних джерелах ***дряхлість*** (а, отже, готовність до Г.) чоловіка визначалася за такими параметрами: він уже не міг «витягнути на три чверті ніж з піхов, сісти без сторонньої допомоги на коня, натягнути лук, натягнути на ноги ногавиці, тримати граблі в руках, щоб скласти копицю сіна, не дрімати, охороняючи стадо». Спосіб Г. варіювався від побиття камінням до вбивства холодною зброєю, отруєння вином або спускання жертви з гори Старості у спеціальному кошику на кам'яних колесах. Ініціатива Г. при цьому могла виходити як з боку самого кандидата на ***смерть***, так і з боку його оточення (Нальчикова, 2007). Суттєвим моментом є те, що в адигейських традиціях Г. не виключав ***шанобливості до старших***.

Протилежністю Г. є ***геронтократія***.

ГЕРОПРОТЕКТОР (від гр. *gérōn* — старий; лат. *protector* — покровитель, захисник) — біологічно активна речовина, що попереджає процеси ***старіння***; Г. розрізняються за способом дії. Г. не є засобами ***омолодження***, вони призначені насамперед для здорових осіб і спрямовані на попередження таких асоційованих з похилим ***віком*** захворювань, як гіпертонічна хвороба, атеросклероз (див. ***Атеросклероз церебральний***), цукровий діабет, порушення сольового обміну.

Розробкою фармакологічних Г. займається геріатрична фармакотерапія (див. ***Фармакотерапія геріатрична***). До природних Г. належать не тільки адаптогени (елеутерокок, женьшень, лимонник), а й більш поширені — цибуля, часник, черемша, плоди шипшини, ягоди малини, суниці, смородини, яблука, листя брусниці, чорниці, меліси, шпинату, кропиви.

Крім того, в меню ***довгожителів*** входять страви, приготовані з рибних порід, що мають великий вміст Омега-3 поліненасичених жирних кислот. Серед них — страви з лосося, сардини, скумбрії та форелі (медики навіть рекомендують приймати щоденно риб'ячий жир у вигляді капсул). Ці кислоти також можна знайти у волоських горіхах, гарбузовому насінні, соєвих бобах.

Серед напоїв найдієвішим Г. вважається зелений чай. До Г. відносять також біологічно активні речовини — біогенні стимулятори, що утворюються в ізольованих рослинних і тваринних тканинах.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 56

ГЕРОПРОТЕКЦІЯ КОСМЕТИЧНА — комплексна терапія інволюційних змін шкіри, що має на меті якісне перетворення її морфофункціонального стану, стійке закріплення її клітинного та тканинного гомеостазу на оптимальному фізіологічному рівні. Результатом ефективної Г. к. є збереження притаманних молодій шкірі якісних характеристик, які визначають її естетичну привабливість, поліпшення якісних та естетичних показників шкіри.

Діяльність з Г. к. здійснюється за такими напрямами:

- збереження або відновлення єдиного зубного ряду;
- ремодулювання овалу обличчя, компенсація дефіциту обсягу м'яких тканин обличчя;
- відновлення рельєфу шкіри у проблемних зонах обличчя, шиї і декольте; нормалізація тонусу м'язів обличчя і шиї;
- укріплення епідермального бар'єру;
- реструктурування дермального шару.

Г. к. передбачає такі процедури:

- заміщення клітинних структур, що кволо оновлюються, на такі, що активно проліферують у межах природного, генетично обумовленого алгоритму клітини;
- відновлення фізіологічної регуляції життєдіяльності клітин і темпу їхньої проліферації;
- заміщення дистрофічно та атрофічно змінених міжклітинних утворень на якісно кращі;
- елімінацію мутованих та нежиттєздатних клітин;
- підвищення адаптаційних можливостей шкіри, включаючи захист від окислювального стресу.

Див. також ***Гормезис***.

ГЕРУСІЯ (гр. *gerusia* — рада старійшин) — вищий державний орган у Спарті; складалася з тридцяти ***геронтів*** (включаючи обох царів) та заможних громадян, котрі обиралися довічно.

Див. також ***Сенат***.

ГЕТЕРОКАТЕФТЕННІСТЬ (від гр. *heteros* — інший, *katephtensis* — напрямок) — особливість процесу ***старіння***, що полягає в різноспрямованості вікових змін у системах та органах, коли, напр., пригнічуються одні та активізуються інші життєві процеси.

ГЕТЕРОКІНЕТИЧНІСТЬ (від гр. *heteros* — інший, *kinētikos* — той, що стосується руху) — особливість процесу ***старіння***, що полягає в неоднаковій швидкості розвитку вікових змін.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 57

ГЕТЕРОТОПНІСТЬ (від гр. *heteros* — інший, *topos* — місце) — особливість процесу ***старіння***, що полягає в його неоднаковій вираженості у різних органах та структурах певного організму.

ГЕТЕРОХРОННІСТЬ (від гр. *heteros* — інший, *chronos* — час) — особливість процесу ***старіння***, що полягає в різних термінах його початку в окремих тканинах органів та самих органах. В. М. ***Нікітін*** називав Г. різним «почерком» старіння тих чи інших структур та функцій організму.

Див. також ***Закон гетерохронності***.

ГІПЕРТРОФІЯ ПРОСТАТИ ДОБРОЯКІСНА — не пов'язане з онкологічним захворюванням збільшення простати, що зазвичай діагностується в чоловіків після 50 років.

Симптоми подібні до симптомів раку простати, який діагностують зазвичай у чоловіків до 40 років: біль у тазовій порожнині, болісна еякуляція, біль без ерекції, проблеми із сечовипусканням, погіршення якості життя в цілому. Симптоматика варіює від безсимптомного перебігу та легкої форми до важкої. В останньому випадку набряклість може знаходитися на внутрішній частині простати, стискаючи отвір сечовивідного каналу.

Побічними ефектами хірургічного втручання або радіаційного опромінювання, показаних при Г. п. д., можуть бути нетримання сечі, імпотенція, суха еякуляція чи виділення сечі під час еякуляції, зменшення пеніса. В останньому випадку деякі урологи рекомендують вакуумну помпу як засіб відновлення ерекції.

Див. також ***Геронтосексологія***.

ГІПОТЕЗА ЗАГАЛЬНОГО УПОВІЛЬНЕННЯ (гіпотеза швидкості) — геронтопсихологічна (див. ***Геронтопсихологія***) гіпотеза, що пояснює вікове зниження інтелекту загальним уповільненням процесів передачі нервових імпульсів.

Наслідком Г. з. у. є теза про те, що час реакції (насамперед час реакції вибору) — це індикатор стану інтелектуальних здібностей індивіда.

Г. з. у., однак, не може вичерпно пояснити співвідношення швидкості реакції між особами старших вікових груп та молодшими досліджуваними, оскільки перші часто застосовують різноманітні компенсуючі стратегії, сформовані на основі багаторічного досвіду (напр., досвідчений гросмейстер пам'ятає десятки тисяч можливих комбінацій фігур та впізнає ці комбінації на дошці).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 58

Унаслідок цього деякі сфери інтелектуальної діяльності можуть зазнавати меншого впливу уповільнення, ніж інші.

Див. також ***Геронтизм***, ***Старіння інтелекту класичний паттерн***, ***Старіння когнітивне*** і ***Теорія невикористання***.

ГІПОТЕЗА КОНТИНУУМУ — геронтопсихіатрична (див. ***Геронтопсихіатрія***) гіпотеза, згідно з якою ***деменції***, особливо ***деменція альцгеймерівського типу***, знаходяться на одному континуумі з нормальним старінням (див. ***Старіння нормальне***), не утворюючи окремої нозологічної одиниці. Г. к. близька до концепції єдиного психозу, за якою всі психічні розлади вкладаються у континуум — депресія, маніакально-депресивний психоз, шизоафективний психоз, шизофренія.

На користь Г. к. свідчить той факт, що більшість біологічних і когнітивних змін, пов'язаних із деменцією альцгеймерівського типу, є просто більш вираженими змінами, які спостерігаються при нормальному старінні (див. ***Старіння фізіологічне***). Так, амілодні бляшки та клубки ***нейрофібрил*** — основа патолого-анатомічного діагнозу хвороби Альцгеймера — наявні також у ГМ психічно здорових осіб старших вікових груп, і кількість цих утворень збільшується з ***віком***. При деменції ж їх кількість просто більша. Такі ж закономірності характерні для багатьох нейротрансміттерних змін, а також когнітивного функціонування.

Прийняття Г. к. призводить до таких наслідків:

- важкість встановлення діагнозу деменції, особливо на ранніх її стадіях, оскільки хвороба не буде чітко відрізнятися від норми і доведеться встановлювати між ними довільну межу (як і при артеріальній гіпертензії);
- кожна людина захворіє на деменцію, якщо проживе достатньо довго (остання теза спростовується даними про зниження відсотка хворих на деменцію в глибокому старечому віці).

Протилежністю Г. к. є *модель хвороби,* на користь якої — явні якісні відмінності між хворими на деменцію та практично здоровими особами.

ГІПОТЕЗА ПОДВІЙНОГО РИЗИКУ — стверджує, що нерівноправний стан етнічних меншин посилюється в ***старості*** (Rosenwaike, 1985). За Г. п. р., на етнічну та похідні від неї соціальну та майнову нерівності накладається нерівність, пов'язана із початком старості.

Протилежністю Г. п. р. є ***концепція віку як вирівнювача***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 59

ГІПОТЕЗА СТАРІННЯ РЕДУСОМНА — уточнена біологічна ***теорія старіння***, запропонована О. М. ***Оловниковим*** (Оловников, 2003), замість розробленої ним же раніше тіломірної гіпотези старіння (див. ***Гіпотеза старіння тіломірна***). Г. с. р. покликана пояснити механізм ***ліміту Гейфліка***.

Згідно з Г. с. р., причиною ***старіння*** вважається порушення в процесі ділення клітин особливих гіпотетичних ДНК-часток (редусом). Редусома — це періхромосомна ядерна частка, що розташована на тілі хромосоми й вкорочується внаслідок вкорочування її вкритої білками лінійної молекули ДНК. Разом із зменшенням ДНК у редусомі зменшується й кількість різних генів, що містяться в ній.

Редусоми бувають двох типів — хроносоми та принтосоми. Лінійні молекули ДНК у двох типах редусом називаються хрономерами та принтомерами відповідно. *Хроносоми* відповідають за вимірювання біологічного часу в клітинах ЦНС, що не діляться. *Принтосоми* запам'ятовують позиції клітин при інтерпретації позиційної інформації в морфогенезі та згідно з позицією клітини у морфогенетичному полі змінюють її якості й запам'ятовують зроблені зміни; окрім того, вони беруть участь у підтримці стану клітинного диференціювання.

За Г. с. р., вкорочення тіломір є лише свідченням старіння клітин, тоді як справжньою його причиною виступає вкорочення ДНК редусом.

Див. також ***Теорії старіння генетичні***.

ГІПОТЕЗА СТАРІННЯ ССАВЦІВ АСТРОЦИТАРНА — біологічна ***теорія старіння***, запропонована українським біологом О. Г. Бойком (Бойко, 2000, 2004, 2007).

За Г. с. с. а., ***старіння*** ссавців є генетичною хворобою з летальними наслідками, причиною якої виступає набуття хребетними в процесі еволюції певної суттєвої ознаки. Сутність такої ознаки — трансформації клітин радіальної глії у зірчасті астроцити у постнатальному періоді розвитку, тобто щезання ембріональних радіальних шляхів міграції нейронів із проліферативних зон до місць їх кінцевої локалізації у ГМ дорослих особин. Зазначений процес є причиною постмітотичності ГМ ссавців. Щезання клітин радіальної глії індукує каскад системних процесів, що можуть бути описані як механізм залежного від ***віку*** самознищення ссавців.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 60

Г. с. с. а. пояснює феноменальне ***довголіття*** птахів, порівняно із ссавцями аналогічних розмірів, оскільки в птахів ембріональна радіальна мережа міграції нейронів зберігається протягом усього онтогенезу, тому гіпотетично має місце фізіологічна регенерація нервової тканини. Із Г. с. с. а. постає висновок про видоспецифічні механізми старіння, що навряд чи можна звести до певної загальної теорії старіння.

Див. також ***Клітини нейрогенні стволові*** і ***Теорії старіння генетичні***.

ГІПОТЕЗА СТАРІННЯ ТІЛОМІРНА (теорія маргінотомії) — біологічна ***теорія старіння***, запропонована О. М. ***Оловниковим*** (Оловников, 1971).

Тіломіри — спеціалізовані структури на кінці кожної хромосоми, вкрай важливі для підтримання стабільності ДНК та її реплікації. Вважається, що за довжиною тіломір можна передбачити потенційну кількість поділів клітини (див. ***Ліміт Гейфліка***), а тіломірна ДНК може грати роль мітотичного годинника, що відміряє кількість поділів клітини. Із досягненням критичної довжини тіломірної ДНК запускаються процеси зупинки клітинного циклу. Експериментально доведене зменшення довжини тіломір із збільшенням ***віку*** організму *in vivo*. А втратою термінальних ділянок тіломір лімфоцитів людини *in vivo* та *in vitro* можна частково пояснити процеси ***старіння*** імунної системи в осіб старших вікових груп.

Цій гіпотезі суперечить той факт, що довжина тіломір мишей, життя яких відносно коротке, більша, ніж у людини, а самі тіломіри не вкорочуються протягом життя тварини.

Див. також ***Гіпотеза старіння редусомна*** і ***Теорії старіння генетичні***.

ГОРЕ АНТИЦИПАТОРНЕ (від лат. *anticipatio* — передбачення) — емоційна реакція родичів на ***смерть*** особи, що наступила внаслідок тривалої хвороби або втрати дієздатності. У такому випадку родичі мають можливість заздалегідь підготувати себе до смерті близької людини.

Г. а. не усуває горювання, воно навіть не знижує його інтенсивності, хоча психологічно переноситься легше, оскільки смерть близької людини не стає несподіванкою для її близьких. З іншого боку, якщо хвороба триває понад 1,5 року, тягар догляду за хворим перевищує значення підготовки до смерті; у випадку тривалої хво-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 61

роби близькі можуть навіть прийти до переконання, що така ситуація буде вічною — і смерть тоді сприймається як несподіванка.

Див. також ***Поведінка подолання***.

ГОРМЕЗИС (від гр. *hormāein* — приводити в рух, спонукати, примушувати) — феномен поліпшення фізіологічного стану організму та подовження його життя внаслідок підпорогового впливу на нього стресових факторів.

Термін уведений С. М. Саудемом та Д. Ерліхом (Southam & Ehrlich, 1943). Раніше схожі положення висувалися швейцарським лікарем та алхіміком Парацельсом (1493–1541): «Усе є отрута, і ніщо не позбавлене отруйності: тільки доза робить речовину отрутою або ліками». Німецький психіатр Р. Арндт (1835–1900) стверджував, що слабкий подразник злегка прискорює життєву активність, середньої сили подразник збільшує її, сильний пригнічує життєву активність і дуже сильний зупиняє її. Німецький фармаколог Х. П. Ф. Шульц (1853–1932) опублікував різні приклади стимуляції росту дріжджів за допомогою близьким до токсичних концентрацій різних отрут (бром, йод, миш'як та ін.). Шульц припустив, що позитивний вплив малих доз токсичних речовин є частиною загального фармакологічного закону. Закон Арндта–Шульца, який став основою гомеопатичної парадигми, було сформульовано так: «Кожен подразник живої клітини викликає активність, яка обернено пропорційна інтенсивності подразника» (Schulz, 1877, 1888). Через кілька років після публікацій Шульца, німецький бактеріолог Ф. Хюппе (1852–1938) підтвердив попередні відкриття, сформулювавши Правило Хюппе (Huеppe, 1896).

Найбільш досліджені агенти Г. — вино, спеції, температурні впливи, медитація (останню називають «ментальним Г.»). Деякі з відомих антиейджингових речовин (див. ***Геропротектори***), напр., кінетин, що використовується у косметології (див. ***Геропротекція косметична***), також діє за ефектом Г. Відкриття все більшої кількості таких речовин, які вже називають «гормегинами», відкриває можливості для суттєвого прориву в подовженні середньої тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня***).

Д

ДЕЛІРІЙ СТАРЕЧИЙ (лат. *delirium* — маячня) — стан затьмарення свідомості, що спостерігається при ***деменції***, особливо у випадку перебігу на соматично несприятливому ґрунті.

Настає у нічний час, характеризується малорухливими, позбавленими чуттєвої яскравості галюцинаціями. За С. Г. Жисліним (Жислин, 1960), у когнітивних порушеннях провідну роль відіграє загальна дефектність сприйняття та орієнтування. Має місце амнестичне дезорієнтування, зсув ситуації в минуле. Хворі демонструють підвищену активність, позірну діловитість, метушливість. Уранці не пам'ятають про свій нічний неспокій, а вдень поводять себе спокійно, часто сонливо. Часті парамнезії.

Див. також ***Пресбіофренія*** та ***Пресбіофренія гостра***.

ДЕМЕНЦІЯ (лат. *dementia* — божевілля) — набута розумова слабкість; стійке, малозворотне зниження рівня психічної, насамперед інтелектуальної, діяльності з втратою тою чи іншою мірою раніше засвоєних знань і практичних навичок, утрудненням або неможливістю набуття нових.

Ризик етіопатогенезу Д. значно підвищується в пізньому ***віці***. Термін уперше використаний французьким психіатром Ф. Пінелем (1755–1826) у 1800 р. (Pinel, 1800).

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ Д.:

1) порушення короткотривалої та довгочасної пам'яті (за даними клінічного інтерв'ю, суб'єктивного та об'єктивного анамнезів, нейро- і патопсихологічної діагностики);

2) як мінімум, одне з такого: порушення абстрактного мислення; порушення критики, що проявляється як нездатність будувати реальні плани стосовно оточуючих, родичів та пов'язаних з роботою питань;

3) нейропсихологічні симптоми і синдроми (три «А»: афазія (порушення мовлення, що має органічну природу), апраксія

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 63

(порушення цілеспрямованих рухів і дій при збереженні елементарних рухів, що є їхніми складовими), агнозія (порушення різних видів сприйняття при збережених чутливості та свідомості); порушення оптико-просторових функцій та конструктивної діяльності);
4) особистісні зміни;
5) соціальна дезадаптація в сім'ї та на роботі; відсутність проявів делірію у період Д.;
6) наявність органічного фактору в історії хвороби (за результатами лабораторних досліджень, аналізів тощо).
ДЕЗАДАПТИВНІ ОСОБИСТІСНІ РЕАКЦІЇ ПРИ Д.:
1) заперечення та псевдонезалежність (хворі виснажені, нехтують порядком у домі та особистою гігієною, проте немотивовано відмовляються від будь-яких пропозицій допомоги);
2) параноїдні реакції (імітують картину органічного психозу, див. ***Параноїд інволюційний***);
3) обмеження та припинення контактів, зниження активності (хворий обмежує коло ситуацій, де ризикує продемонструвати свою неспроможність у контактах з оточуючими і тривогу, що її супроводжує; обмежуються насамперед прості та звичні види активності).
ТИПОЛОГІЯ Д.:
1) за типами:
- *судинні Д.* (атеросклероз судин ГМ, див. ***Атеросклероз церебральний***);
- *атрофічні Д.* (***деменція альцгеймерівського типу***, ***хвороба Піка***);
- *змішані Д.*;
2) за локалізацією:
- *коркові Д.* — переважно уражають кору ГМ (деменція альцгеймерівського типу, лобно-скронева лобарна дегенерація, алкогольна енцефалопатія);
- *підкоркові Д.* — переважно уражають підкоркові структури (прогресуючий над'ядерний параліч, ***хорея Гентінгтона***, ***хвороба Паркінсона***, мультиінфарктні Д. (ураження білої речовини ГМ));
- *корково-підкоркові Д.* (***деменція з тільцями Леві***, корково-базальна дегенерація, судинна Д.);
- *мультифокальні Д.* — множинні осередки ураження (***хвороба Кройтцфельдта–Якоба***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 64

Для діагностики ступеня когнітивних порушень при Д. використовують, зокрема, ***Коротку шкалу оцінки ментального статусу***.

ДЕМЕНЦІЯ АЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТИПУ (хвороба Альцгеймера) — найбільш розповсюджена форма сенільної деменції (див. ***Деменція сенільна***), невиліковне нейродегенеративне захворювання, що вперше було описане у 1906 р. А. ***Альцгеймером***. Як правило, діагностується в осіб, старших 65 років, проте виявлена і більш рання форма. На момент 2006 р. у світі на Д. а. т. страждало 26,6 млн осіб, до 2050 р. їх кількість може вирости вчетверо.

ПЕРЕБІГ. Д. а. т. поділяють на 4 стадії, що характеризуються прогресуючою картиною когнітивних і функціональних порушень:

1) *Переддеменція* (або стадія м'якого когнітивного порушення). Перші симптоми схожі з проявами нормального старіння (див. ***Старіння нормальне***) або реакцією на стрес. Детальне нейрокогнітивне тестування може виявити перші ознаки когнітивних порушень ще за 8 років до постановки діагнозу Д. а. т. Ці перші симптоми включають насамперед розлади пам'яті, що проявляються в утрудненому пригадуванні нещодавно завчених фактів та у нездатності засвоювати нову інформацію. До ранніх симптомів відносять також зниження можливостей зосередження, планування, когнітивної гнучкості, абстрактного мислення, семантичної пам'яті. З'являється апатія, що залишається найстійкішим нейропсихіатричним симптомом протягом усього захворювання.

2) *Рання деменція*. Прогресуюче зниження пам'яті та агнозія дозволяють підтвердити діагноз Д. а. т (у деяких пацієнтів на перше місце можуть виступати не мнемічні розлади, а порушення мовлення, виконавчих функцій, сприйняття, апраксія). Епізодична пам'ять (спогади про власне життя), семантична (факти, що давно засвоєні) та імпліцитна (пам'ять тіла про послідовності дій) меншою мірою піддані розладу, порівняно з пам'яттю на нові факти і події (див. ***Закон Рібо***). Спостерігається зубожіння словникового запасу та зниження темпу мовлення, що заважає словесному та письмовому вираженню думок. Індивід виглядає незграбним унаслідок проблем із тонкою моторикою, координацією та плануванням рухів.

3) *Помірна деменція*. Унаслідок погіршення стану хворого знижується його здатність до незалежних дій. Стають очевид-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 65

ними розлади мовлення, оскільки із втратою доступу до словникового запасу індивід усе частіше добирає на заміну забутим неправильні слова (парафразія). Відбувається втрата навичок мовлення та письма. Із часом усе більше порушується координація при виконанні складних послідовних рухів, що знижує здатність хворого до виконання повсякденних завдань. Посилюються проблеми з пам'яттю, у т. ч. довготривалою, що призводить до проблем з упізнаванням близьких родичів. Звичайними є дратівливість та емоційна лабільність, вечірнє загострення стану; приблизно 30 % пацієнтів демонструють параноїдальні симптоми (див. ***Параноїд інволюційний*** та ***Параноїди житла***); також можуть проявлятися симптоми хибної ідентифікації та інші маячні симптоми, знижується контроль за сечовиділенням та дефекацією.

4) *Важка деменція*. Пацієнт цілковито залежний від сторонньої допомоги. Мовленнєва активність скорочується до одиничних фраз і навіть слів, проте пацієнти часто здатні розуміти емоційні звернення до них й відповідати взаємністю. Агресія поступається місцем апатії та виснаженню. Хворий втрачає м'язову масу, важко пересувається; на певному етапі хвороби не здатний полишити ліжка, а згодом самостійно приймати їжу. У фінальній фазі розвивається кахексія (виснаження організму, що характеризується загальною слабкістю, різким зниженням ваги, спадом активності фізіологічних процесів, змінами психічного стану хворого): хворі лежать у позі ембріона, знаходяться у дрімотному стані, не реагують на оточуючих, іноді щось нерозбірливо бурмочуть (див. ***Спад термінальний***). Зазвичай спостерігаються оральні автоматизми (напади жування, прицмокування, облизування, ковтання). ***Смерть***, як правило, наступає внаслідок стороннього фактору (напр., пролежнева виразка або пневмонія).

НЕЙРОПАТОЛОГІЯ. Д. а. т. характеризується втратою нейронів та синаптичних зв'язків у корі ГМ і певних субкортикальних ділянках. Загибель нейронів призводить до вираженої атрофії уражених ділянок, у т. ч. до дегенерації скроневих і тім'яних часток, ділянок фронтальної кори та поясної звивини. У ГМ у великій кількості наявні амілоїдні бляшки (щільні, як правило, нерозчинні, відкладення бета-амілоїда та клітинного матеріалу всередині та ззовні нейронів) і клубки ***нейрофібрил***. Хоча певна кількість амілоїдних бляшок та клубків нейрофібрил наявна в ГМ здорових осіб старших вікових груп (див. ***Гіпотеза континууму***), у хворих

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 66

на Д. а. т. їхня кількість значно вища й зосереджені вони більшою мірою у скроневих ділянках.

ЕТІОЛОГІЯ. Історично старшою є *холінергічна гіпотеза*, згідно з якою Д. а. т. обумовлена зниженням синтезу нейромедіатора ацетилхоліну. У 1991 р. була висунута *амілоїдна гіпотеза*, за якою основою етіології Д. а. т. є відкладення бета-амілоїду, що запускає процес нейтронної дегенерації. Відкладення порушують гомеостаз іонів кальцію в нейроні і провокують ***апоптоз***. Ген, що кодує білок, з якого утворюється бета-амілоїд, розташований на кінці 21-ї хромосоми. Дану гіпотезу підтверджує той факт, що в усіх осіб, котрі страждають на ***синдром Дауна*** і дожили до 40 років, розвивається альцгеймер-подібна патологія. Експериментальна вакцина очищує мозок від амілоїдних бляшок, проте значно не впливає на симптоматику Д. а. т. Окрім того, не виявлено значущої кореляції між накопичуванням амілоїдних бляшок та апоптозом нейронів, що свідчить на користь *тау-гіпотези*, згідно з якою каскад порушень запускається відхиленнями у структурі тау-білка. Нитки гіперфосфорильованого тау-білка починають об'єднуватися, утворюючи нейрофібрилярні клубки всередині нейронів, що викликає дезінтеграцію мікротрубочок та колапс транспортної системи нейрону, призводячи до порушення синаптичної передачі, а згодом і до загибелі клітин.

ПРОФІЛАКТИКА. Хоча на сьогоднішній день немає переконливих даних про ефективність тих чи інших профілактично-превентивних заходів, численні епідеміологічні дослідження все ж таки свідчать про існування деяких факторів, що підлягають контролю та можуть знижувати ризик розвитку Д. а. т.

• *Дієта*. Фрукти, овочі, хліб та крупи, оливкова олія, риба, червоне вино здатні окремо або сукупно знижувати ризик розвитку Д. а. т. та пом'якшувати її перебіг. Існують суперечливі дані щодо ефективності прийому деяких вітамінів, у т. ч. В12, В3 та фолієвої кислоти. У дослідженні на мишах свою ефективність показав куркумін, що міститься у поширеній індійській спеції (див. ***Геродієтика***).

• *Препарати*. Фактори ризику серцево-судинних захворювань (високий рівень холестерину, артеріальна гіпертензія, діабет, паління) асоціюються з підвищеним ризиком та важчим перебігом Д. а. т., хоча прийом статинів (засоби, що знижують рівень холестерину) не запобігає Д. а. т. та не полегшує її перебігу. Тривалий прийом нестероїдних протизапальних засобів асоціюється із зниженим ризиком розвитку Д. а. т.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 67

• *Спосіб життя*. Інтелектуальні заняття — читання, настільні ігри, робота над кросвордами, заняття музикою тощо — здатні уповільнити початок хвороби або пом'якшити її перебіг. Володіння двома мовами асоціюється з пізнішим початком Д. а. т. Див. також ***Гіпотеза континууму***.

ДЕМЕНЦІЯ З ТІЛЬЦЯМИ ЛЕВІ — різновид сенільної деменції (див. ***Деменція сенільна***) — хронічне зниження коркових функцій, що супроводжується наявністю клітинних включень (тілець Леві) у цитоплазмі кортикальних нейронів. Посідає третє місце за поширеністю серед різних форм сенільних деменцій, поступаючись лише ***деменції альцгеймерівського типу*** та змішаній деменції (комбінація деменції альцгеймерівського типу та цереброваскулярної деменції, див. ***Атеросклероз церебральний***).

Дебют Д. т. Л. припадає на ***вік*** близько 60 років; Д. т. Л. є прогресуючим захворюванням, прогнози невтішні.

СИМПТОМАТИКА. Первинний когнітивний дефіцит при Д. т. Л. схожий на первинний когнітивний дефіцит при інших формах ***деменції***. Проте мнемічні розлади відбуваються радше внаслідок дефіциту уваги, ніж унаслідок первинних порушень (напр., відтворення нещодавно почутої інформації страждає меншою мірою, ніж арифметична пам'ять). Серед когнітивних порушень слід назвати такі:

• загальмованість, уповільненість, неуважність;
• труднощі в переході від одного завдання до іншого;
• труднощі у виконанні комплексних послідовних завдань;
• порушення контролю над діяльністю та плануванням;
• виражені зорово-просторові розлади (діагностуються тестом на малювання годинників або на копіювання фігур), що виявляються більшою мірою, ніж інші когнітивні порушення.

Характерним симптомом є підвищена сонливість. У багатьох хворих спостерігаються розлади швидкого сну — парасомнія, що характеризується яскравими сновидіннями без звичайного фізіологічного паралічу скелетної мускулатури під час REM-періоду. У результаті такі сновидіння можуть бути втілені в реальність — супроводжуватися спричиненням тілесних пошкоджень партнера під час сну.

Хворі протягом тривалого часу зірко вдивляються у простір; характерними також є зорові галюцинації загрозливого змісту.

Слухомовленнєва пам'ять на ранніх стадіях хвороби є відносно збереженою.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 68

Для Д. т. Л. характерна наявність флуктуацій свідомості, що можуть проявлятися з проміжком у кілька тижнів, днів або протягом однієї бесіди. Одночасно з когнітивним дефіцитом або після проявів його симптомів з'являється вегетативна дисфункція. Маячні ідеї трапляються у 50–65 % хворих, й виражені вони яскравіше, ніж при деменції альцгеймерівського типу.

ДЕМЕНЦІЯ СЕНІЛЬНА (стареча розумова слабкість) — спільна назва для ***деменцій***, що починаються переважно у пізньому ***віці***. Д. с. проявляється поступово наростаючим розпадом психічної діяльності до ступеня тотальної розумової слабкості з розладом пам'яті, що розвивається за типом прогресуючої амнезії. На частку Д. с. припадає від 12 до 34,4 % усіх випадків психічних хвороб в осіб старших вікових груп.

ЕТІОЛОГІЯ. При Д. с. ***старіння*** ГМ відбувається швидше та більш виражене, ніж при нормальному старінні (див. ***Старіння нормальне*** та ***Старіння патологічне***). Свою роль тут відіграють і генетичні фактори: ризик захворювання вищий у 4,3 разу в тих індивідів, у родинах котрих уже були випадки Д. с.

Соматичні хвороби здатні виявити симптоми Д. с., що раніше мали м'який характер, видозмінити їхню клінічну картину, пришвидшити темпи розвитку психопатології. Тому своєчасне усунення соматичних хвороб здатне призвести до подальшого більш м'якого розвитку Д. с.

Див. також ***Гіпотеза континууму***, ***Деменція альцгеймерівського типу***, ***Деменція з тільцями Леві***, ***Деменція сенільноподібна***, ***Пресбіофренія***, ***Псевдодеменція***, ***Хвороба Кройтцфельдта–Якоба***, ***хвороба Паркінсона***, ***хвороба Піка***, ***Хорея Гентінгтона***.

ДЕМЕНЦІЯ СЕНІЛЬНОПОДІБНА — форма розумової слабкості, клінічна картина якої нагадує сенільну деменцію (див. ***Деменція сенільна***), напр., загостренням преморбідних рис характеру.

Найчастіше спостерігається в похилому ***віці*** й обумовлена віковим патопластичним фактором, хоч етіологічно захворювання, перебіг яких асоціюється з Д. с., до сенільної деменції не відносять. Такі стани мають місце, напр., при церебральному атеросклерозі (див. ***Атеросклероз церебральний***), при соматогенних та інфекційних психозах в осіб старших вікових груп. Власне розумова слабкість у таких випадках не є глобарною, а розлади пам'яті носять характер не амнестичних, а дисмнестичних.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 69

ДЕМЕНЦІЯ СУДИННА, ДЕМЕНЦІЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНА — див. ***Атеросклероз церебральний***.

ДЕПРЕСІЯ ІНВОЛЮЦІЙНА (інволюційна меланхолія) — різновид інволюційних психозів (див. ***Психози інволюційні***) — затяжна тривожна або тривожно-маячна депресія, що вперше розвинулася в пізньому ***віці***. Найчастіше спостерігається в жінок у віці 50–65 років.

Російський психіатр М. Ф. Шахматов (Шахматов, 1996) виділяє 3 основні варіанти прояву Д. і.:

• *Інволюційна фіксація на хворобливих відчуттях* певною мірою виступає захисною реакцією особистості, оскільки дозволяє, зосередившись на окремих хворобах (які апріорі передбачають можливість одужання), не помічати власну ***старість*** (яка незворотня) — таким чином досягається заперечення старості. Індивід постійно прислухається до хворобливих симптомів, жваво обговорює їх з оточуючими. Можливе надцінне ставлення до медичних препаратів та способів лікування; обраний спосіб лікування при цьому заповнює весь зміст психічного життя.

• *Ідеї про утиски* супроводжуються зниженням критичності, тому не підлягають раціональній терапії. Ставлення оточуючих здається несправедливим, основним почуттям стає образа за те, що «всі хочуть мене позбутися» (див. ***Параноїд інволюційний*** та ***Параноїди житла***).

• *Тенденція до домислів, що засвідчують власну значимість*. Індивід або розповідає реальні епізоди із свого життя, перебільшуючи міру своєї участі в певних подіях, або цілком вигадує їх.

СИМПТОМАТИКА. Клінічна картина захворювання складається з пригніченого настрою з тривогою, страхом, розгубленістю. Хворі перебувають у стані рухового неспокою, метушливості, що часом переходить у тривожно-сумне збудження. Вони не знаходять собі місця, голосять, повторюють одні й ті ж самі слова. У такому стані можливі суїцидальні спроби. Стан може ускладнюватися за рахунок слухових ілюзій: у розмові оточуючих хворі чують осуд, докори, звинувачення (див. ***Парафренія*** → ***П. еротична***). Додаються маячні ідеї самозвинувачення, осуду, зубожіння, іпохондричного змісту тощо. Іпохондричні ідеї полягають у впевненості хворого в наявності важкого соматичного захворювання (онкологічного, коронарного, шлунково-кишкового тощо), яке не підтверджується даними об'єктивних досліджень.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 70

Хворобливі побоювання можуть приймати форму заперечення функціонування окремих органів і навіть систем організму («гниє шлунок», «відсутній стул і не виділяється сеча», «зупинилася кров» тощо). Чуття безпросвітності та тривожного очікування може проявлятися у фантастично грандіозній формі («все гине, відбувається справедливе покарання за мою гріховність…»).

ПЕРЕБІГ. Д. і. характеризується тривалим перебігом (від кількох місяців до кількох років). Завершення хвороби також може бути різним — від повного одужання (за умов своєчасного та правильно підібраного лікування) до монотонної тривоги, фіксації на стані свого здоров'я, зниження активності в плані підтримки зовнішнього вигляду (див. ***Синдром Діогена***), побуту, спілкування з оточуючими тощо. У будь-якому випадку зберігається працездатність, хворі можуть обслуговувати себе, вести домашнє господарство, виховувати онуків, спілкуватися із сусідами та родичами. Випадки злоякісного перебігу при наростаючих симптомах загального виснаження нині є вкрай рідкісними.

Див. також ***Криза виходу на пенсію*** → ***віково-ситуативна депресія*** та ***Суїцид інволюційний***.

ДИСКЕРАТОЗ УРОДЖЕНИЙ — рідкісна форма ***прогерії***, зустрічається майже виключно в чоловіків. Існує в 2 формах:

- *Х-зчеплена форма* (викликана мутацією гена білка дискерина, що бере участь у забезпеченні функції тіломірази);
- *аутосомно-домінантна форма* (викликана дефектом у гені РНК компонента тіломірази).

Пацієнти з Д. у. мають низьку активність тіломірази та короткі тіломіри, помирають у ***віці*** ранньої зрілості від порушень у червоному кістковому мозку, раку або легеневих ускладнень. Скорочення тіломір є фактором, що сприяє онкологічній етіопатології, внаслідок чого деякі пацієнти з Д. у. характеризуються високою частотою карцином.

ДИСКРИМІНАЦІЯ ВІКОВА — обмеження в правах або позбавлення прав особи за ознакою ***віку***. Негативна Д. в. проявляється насамперед при влаштуванні на роботу або спробах її зберегти.

Російський дослідник Е. В. Кирюхін виділяє такі аспекти відкритої та опосередкованої Д. в. у сфері праці:

1) *Відкрита дискримінація*:

- встановлення певного віку при наймі на роботу;
- створення перешкод для працівників старших вікових груп в їхньому просуванні по службі;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 71

• вікові обмеження при наймі жінок;
• встановлення межового віку при наймі на роботу;
• заміна працівників старших вікових груп молодою робочою силою у випадках, коли заробітна платня підвищується з віком.

2) *Опосередкована дискримінація*: створення роботодавцем таких умов, які змушують працівників старших вікових груп раніше виходити на пенсію, напр., пропозиції «добровільних» варіантів виходу на пенсію, що супроводжуються завуальованим тиском.

За даними досліджень, проведених Ж. Вітторі на французьких підприємствах (Vittory, 2002), захист прав осіб старших вікових груп рідко стає предметом уваги з боку керівництва. Це можна пояснити тією обставиною, що керівництво зазвичай демонструє набагато негативнішу думку про співробітників старших вікових груп (особливо тих, котрі досягли пенсійного віку, див. ***Вік пенсійний***), порівняно з молодшими співробітниками (30 років): вважається, що перші важче пристосовуються, мають обмежені здібності, менш гнучкі, повільніші (фізично і психічно), менш здатні приймати нові ідеї (Rosen & Jerdee, 1976). Особи старшого віку (59 років) сприймаються керівництвом як такі, котрі мають менші міжособистісні навички, менш вигідні для організації, менш вірогідні кандидати на проведення відбіркового інтерв'ю, ніж молодші кандидати (28 років) (Finkelstein, 1997).

Див. також ***Ейджизм*** та ***Ейджизм автоматичний***.

ДИСТАНЦІЮВАННЯ (відсторонення) — узагальнена копінг-стратегія, що використовується особами старших вікових груп.

Д. полягає в здатності людини з великим особистісним досвідом піднятися над складними життєвими обставинами і над собою, подивитися в обличчя складній ситуації, не дозволяючи при цьому собі бути поглинутим некерованими емоціями, що дезорганізують свідомість. Суб'єкт при цьому підпорядковує собі події свого життя, відсторонюючи їх від себе та роблячи об'єктом осмислення, оцінки, перетворення; він прокладає нейтральну смугу між собою як суб'єктом та виділеним ним об'єктом, яким може стати навіть усе його життя. Д. передбачає усвідомлення драматичності життя, розуміння того, що втручання (навіть із добрими намірами) може іноді погіршити ситуацію, що будь-який її наслідок є неоднозначним.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 72

Психологічне відсторонення, уособлення дозволяє побачити багатовимірність складних ситуацій, знизити рівень їхньої серйозності, розпізнати в них елементи комічного; отже, Д. базується на почутті гумору. Справді, в осіб старших вікових груп здатність до доброзичливого кепкування над іншими та над власними вадами є індикатором їхнього благополучного старіння (див. ***Старіння нормальне***), ознакою інтелектуальної гнучкості суб'єкта, збереження його позитивної самооцінки та інтегративної ідентичності.

Див. також ***Мудрість***.

ДОВГОЖИТЕЛІ — особи, які досягли ***віку***, що значно перевищує середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***). Д. вважають осіб у віці 90 років та старше.

Д., як правило, притаманні сильний врівноважений тип НС, екстравертованість, ювенільні емоційні реакції. Вони контактні, доброзичливі, цікавляться подіями та явищами оточуючого світу, демонструють високу стресову толерантність, добре адаптовані, не схильні до інфекційних захворювань. Д. мають добру пам'ять, демонструють високу фізичну та розумову активність та працездатність. Тривалий час у них збережена репродуктивна функція, внаслідок чого вони, як правило, мають багато дітей (див. ***Довголіття сексуальне***).

Більшість Д. ведуть розмірене, помірковане життя, не мають шкідливих звичок (зловживання алкоголем, тютюнопаління, нераціональне харчування тощо), демонструють сімейне благополуччя. Коло їхніх обов'язків та занять зазвичай значно не змінюється протягом тривалого часу. Понад 50 % Д. мешкають у сільській місцевості (див. ***Довголіття показник***), половина з них продовжують працювати до глибокої ***старості***, вважаючи працю невід'ємною складовою свого життя.

Див. також ***Довголіття***, ***Міф про старіння допотопний***, ***Міф про старіння північний*** та ***Тривалість життя максимальна***.

ДОВГОЖИТЕЛІ МІФІЧНІ — див. ***Міф про старіння допотопний***.

ДОВГОЛІТТЯ — соціально-біологічне явище, що полягає в досягненні індивідом ***віку***, який значно перевищує середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 73

Феномен Д. пояснюють за допомогою біологічних, соціально-економічних, екологічних, індивідуально-особистісних, етнопсихологічних, професійних факторів тощо.

ФАКТОРИ Д.:

• *Біологічні фактори*. Про роль генетичного фактора у феномені Д. свідчать дослідження, проведені близнюковим та генеалогічним методами. Так, особи, чиї батьки прожили понад 81 рік, мають статистично значущу більшу ймовірність прожити на 6 років довше тих осіб, чиї батьки померли до 60-річного віку.

Заслуговує на увагу й той факт, що ***довгожителі*** статистично значуще частіше мають групу крові I, ніж загалом по популяції. Хоча це може й обумовлюватися роллю групи крові у формуванні особистісних властивостей: так, особам із групою крові I притаманні риси, пов'язані із життєвою силою (енергійність, воля), вони демонструють значну витривалість і здоров'я.

Важливу роль може мати і фактор темпу ***етагенезу***. Так, адаптивні механізми довгожителів працюють таким чином, що процеси фізіологічного старіння (див. ***Старіння фізіологічне***) в довгожителів характеризуються значно повільнішим перебігом (див. ***Теорії старіння стохастичні*** → ***гіпотеза рівня життєдіяльності***). Вікові зміни основних фізіологічних систем розвиваються плавно, стан ряду органів та систем організму за багатьма параметрами схожий із станом цих органів та систем у молодших осіб (напр., морфологічний та біохімічний склад крові, деякі показники стану серцево-судинної, ендокринної та центральної нервової систем; див. ***Вік біологічний***).

• *Соціально-економічні фактори*. На сьогодні «старими» країнами (див. ***Старіння демографічне*** та ***Старіння населення***) є всі розвинуті країни; в них збільшується й відсоток індивідуального Д. Це є результатом низки соціально-економічних факторів: високий добробут населення, економічна незалежність пенсіонерів, доступність якісної медичної та соціальної допомоги (див. ***Допомога геріатрична***). У деяких країнах (зокрема в США) пенсіонери за віком мають можливість самостійно визначати час свого виходу на пенсію (див. ***Вік пенсійний***), продовжуючи за бажанням свою трудову діяльність.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 74

• *Екологічні фактори*. Сполучення сприятливих природно-географічних факторів (екологічно чисті повітря, вода, продукти тощо) сприяють Д. і можуть компенсувати «слабку» спадковість. Навіть самі генотипи Д. формувалися свого часу під впливом сприятливих екологічних умов (див. ***Міф про старіння північний***).

• *Індивідуально-особистісні фактори*. На думку російських дослідників В. А. Туєва та С. С. Курапова (Туев, Курапов, 1996), для більшості довгожителів притаманні: врівноваженість, спокійна вдача, несхильність до метушні, емоційна стабільність, низький рівень особистісної тривожності, стресостійкість, високий життєвий тонус; чуття гумору, доброзичливість, добре пристосування до свого мікросередовища, відсутність чуття самотності, порівняно низький рівень домагань; здатність стійко переносити життєві негаразди, адекватне самосприйняття та внутрішня безконфліктність, несхильність до дратівливості та невдоволення, психологічна гнучкість (добре пристосування до життєвих обставин, що змінюються); безконфліктність та несхильність до наклепництва; більш поверховий, ніж у звичайних людей, характер переживань.

• *Етнопсихологічні фактори* визначаються традиційною культурою невеликих та достатньо однорідних в культурному плані етносів, гіпотетичні риси яких створюють особливий психологічний клімат, що характеризується високою повагою до довгожителів та геронтократичними (див. ***Геронтократія***) тенденціями. У таких суспільствах спостерігається т. зв. «соціальна імплікація» — довгожителі є впливовими та цінними членами групи. Усе сприяє престижу ***старості*** та активному Д. (див. ***Довголіття активне***).

• *Професійні фактори*. Для трудової діяльності довгожителів типовими є ранній початок та пізнє закінчення (див. ***Довголіття професійне***). Показники витривалості у працюючих чоловіків-довгожителів 75–79 років відповідають віковому рівню 20–29-річних, у жінок-довгожительок того ж віку вони навіть перевищують показники 20–29-річних.

Дослідження французького демографа А. Сові (1898–1990) продемонстрували залежність середньої тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня***) від професійного статусу: різнороби — 53 роки, кваліфіковані робітники — 61–63 роки, конторські службовці — 67–68 років, викладачі — 73 роки (Sauvy, 1955).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 75

• *Інші фактори*. Важлива складова Д. — традиційне харчування, основою якого є продукти землеробства та скотарства (див. ***Геродієтика***); довгожителям притаманні помірність у їжі (див. ***Корнаро*** Л.), неквапливість, застільні ритуали; певний тип дієти складається в них у ранньому дитинстві та зберігається протягом усього життя.

Більшість довгожителів займаються фізкультурою (напр., російський письменник Л. М. Толстой (1828–1910) у 65 років навчився їздити на велосипеді, а в 75 років катався на ковзанах); крім того, суттєвими факторами Д. є здоровий режим сну та неспання, відсутність шкідливих звичок тощо.

Див. також ***Довголіття кавказького феномен*** та ***Міф про старіння допотопний***.

ДОВГОЛІТТЯ АКТИВНЕ — ***старість***, що сповнена різноманітною діяльністю: професійною роботою (див. ***Довголіття професійне***), домашніми справами, улюбленими заняттями і хобі.

Д. а. запобігає розвитку віково-ситуативної депресії, пов'язаної з досягненням пенсійного віку (див. ***Криза виходу на пенсію*** → ***віково-ситуативна депресія***).

Див. також ***Вік третій*** та ***Довголіття соціальне***.

ДОВГОЛІТТЯ ГЕНИ — гени, дія яких суттєво підвищує середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) організму.

Концепція Д. г. базується на гіпотезі, відповідно до якої сімейство генів, що відповідають за стресову резистентність організму (гіпо- або гіпертемпературний режим, харчову або водну депривацію тощо), забезпечують також дію захисних механізмів та систем регенерації, незважаючи на хронологічний вік (див. ***Вік хронологічний***). Оптимізуючи функціонування організму з метою виживання, такі гени підвищують його шанси на подолання кризи. І якщо вони залишаються активними достатньо тривалий час, то роблять суттєвий внесок у підтримку організму в робочому стані та збільшення тривалості його життя (див. ***Довголіття***).

Багато з відкритих в останні роки генів (напр., daf-2, pit-1, amp-1, clk-1 і p66Shc) впливають не тільки на здатність лабораторних тварин долати стрес, а й на тривалість їхнього життя. Більш того, група дослідників із Гарвардської медичної школи під керівництвом Д. Сінклера (Sinclair, 2009) висуває припущення про те, що такі гени можуть бути складовими фундаментальної системи, яка дозволяє організму опиратися несприятливим впливам

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 76

середовища. Основним регулятором механізму виживання вважаються гени сімейства *Sirtuin*. Серед висновків гарвардської групи привертає увагу теза про те, що тривала стресова реакція організму може сприяти підвищенню тривалості його життя і допомагає долати різноманітні хвороби (див. ***Теорії старіння стохастичні → гіпотеза рівня життєдіяльності***).

Див. також ***Вітаукт*** та ***Геронтогени***.

ДОВГОЛІТТЯ КАВКАЗЬКОГО ФЕНОМЕН — стосується спостережень, за якими в гірських районах Кавказу було встановлено найбільшу кількість осіб, які перетнули сторічну межу.

Пропонувалися різноманітні пояснення Д. к. ф., насамперед такі, що стосувалися здорової їжі (див. ***Геродієтика***) та здорового способу життя. Але ґрунтовніші дослідження показали набагато прозаїчнішу правду: місцеві жителі часто використовували свідоцтва про народження своїх померлих батьків, щоб уникнути призову на військову службу під час I та II Світових воєн. Тим самим їхній хронологічний вік (див. ***Вік хронологічний***) збільшувався на 20–30 років.

Див. також ***Тривалість життя максимальна***.

ДОВГОЛІТТЯ ПОКАЗНИК — в демографії: відношення кількості населення у ***віці*** понад 80 років до кількості населення у віці понад 60 років.

В Україні на початок 2005 р. Д. п. становив для чоловіків міських населених пунктів — 6,8 %, сільських — 8,1 %; для жінок — 11,7 % та 15,2 % відповідно.

Див. також ***Довголіття***.

ДОВГОЛІТТЯ ПРОФЕСІЙНЕ — феномен збереження індивідом високої працездатності та продовження виконання ним професійних обов'язків у ***віці***, що далеко перевищує пенсійний (див. ***Вік пенсійний***), встановлений у тій чи іншій країні.

Д. п. обумовлене працелюбством, упертістю, організованістю, розсудливістю, життєвою ***мудрістю***, критичністю та ювенільністю емоційних реакцій.

ПРИКЛАДИ Д. П.:

• *Наука*. Німецький природознавець А. Гумбольдт (1769–1859) писав свою 5-томну працю «Космос», перебуваючи у віці від 76 до 89 років. Німецький історик Л. фон Ранке (1795–1886) почав публікувати свою 9-томну «Всесвітню історію» у 85 років —

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 77

і писав її до кінця свого життя. Американський інженер Т. А. Едісон (1847–1931) винайшов диктофон, фонограф, лампу розжарювання у 80 років. Англійський філософ та математик Б. Рассел (1872–1970) свою останню роботу опублікував у 98 років.

• *Мистецтво*. Італійський художник В. Тіціан (1477–1576) досяг вершин майстерності в останні 25 років свого життя. Італійський композитор Дж. Верді (1813–1901) створив оперу «Фальстаф» у 79 років, «Король Лір» — у 81 рік. Російський письменник Л. М. Толстой (1828–1910) написав роман «Воскресіння» у 71 рік, «Живий труп» — у 72 роки, «Хаджи Мурат» — у 76 років. Англійський письменник У. С. Моем (1874–1965) написав книгу «Точки зору» у 84 роки. Французький художник П. Пікассо (1881–1973) працював до самої своєї ***смерті***, тобто до 92 років.

• *Політика*. Німецький політик К. Аденауер (1876–1967) був обраний депутатом Бундестагу в 90 років, а пост канцлера ФРН посідав протягом 14 років і полишив його у 87 років. Голова Конгресу українських націоналістів Я. Й. Стецько (1920–2003) втретє була обрана депутатом ВР України у 82 роки.

• *Подорожі*. Американський астронавт Дж. Гленн (нар. у 1921 р.) здійснив 7-денний космічний політ у 78 років. Японець Ю. Міура (нар. у 1933 р.) піднявся на г. Еверест у 75 років.

ДОВГОЛІТТЯ СЕКСУАЛЬНЕ — тривале збереження особами старших вікових груп сексуальних потягів та здатності до коїтусу.

Поняття застосовується переважно до чоловіків, оскільки повноцінна ерекція є головною передумовою успішного коїтусу.

Останні дослідження пов'язують Д. с. із кількістю гострих респіраторних захворювань, які індивід переніс протягом життя. За цією концепцією, послаблений застудою організм не може виробляти гормони, необхідні для нормального розвитку сперматозоїдів. На якість сперми негативно впливає й висока температура, що зазвичай супроводжує застуду. Оскільки до застуди схильні насамперед люди з послабленим імунітетом, фактором, що сприяє Д. с., є здоровий спосіб життя (зокрема заняття спортом, див. ***Герогігієна*** та ***Довголіття активне***) та вживання необхідної кількості вітамінів (див. ***Геродієтика***).

Сучасна медицина пропонує чоловікам, які в пізньому ***віці*** не відрізняються сильною сексуальною конституцією, різноманітні збуджувальні препарати (серед яких найвідомішим є Viagra®) та

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 78

фалопротезування. Сучасні фалопротези мають гідравлічну конструкцію і нічим не видають своєї наявності. Незважаючи на достатньо високу ціну імплантації (до 5 тис. дол.), у світі щорічно проводиться близько 30 тис. таких операцій.

Див. також ***Геронтосексологія***.

ДОВГОЛІТТЯ СОЦІАЛЬНЕ — оптимальна реалізація суто людських сутнісних сил, обумовлена біопсихосоціальною природою людського єства. Передбачає активну участь осіб старших вікових груп у соціальних процесах, як на макро-, так і на мікрорівнях.

Див. також ***Довголіття активне***.

ДОПОМОГА ГЕРІАТРИЧНА — вид медичної допомоги особам старших вікових груп, актуальність якої зумовлена змінами демографічної структури розвинутих країн (див. ***Старіння населення***).

Актуальність Д. г. обумовлена також тим, що рівень захворюваності осіб старших вікових груп приблизно вдвічі вищий, ніж осіб, молодших 40 років. Крім того, особам старших вікових груп притаманне сполучення хвороб різної етіології, як правило, тісно пов'язаних із розвитком вікових процесів у старіючому організмі.

Одним із шляхів удосконалення медичного обслуговування осіб старших вікових груп є підвищення кваліфікації лікарів усіх клінічних спеціальностей із питань ***геронтології*** та ***геріатрії***. Фахівці-геріатри здійснюють організаційно-методичну та консультативну допомогу лікарям-клініцистам, котрі лікують пацієнтів старших вікових груп; консультують самих пацієнтів зазначених вікових груп з метою уточнення терапевтичного плану та використання специфічних геріатричних методів лікування, визначення оптимального режиму праці та відпочинку, оздоровчої фізкультури (див. ***Герогігієна***), раціону харчування (див. ***Геродієтика***); здійснюють диспансерне спостереження за працюючими пенсіонерами та контроль за диспансеризацією осіб старших вікових груп. Див. ***Державний навчально-методичний геріатричний центр***.

Важливим наслідком процесу демографічного старіння (див. ***Старіння демографічне***) є збільшення кількості самотніх осіб старших вікових груп — т. зв. групи підвищеної залежності. До неї належать також подружні пари, якщо обидва партнери знаходяться у ***віці*** пізньої ***старості***.

Тож у зв'язку із зазначеним необхідно вирішувати проблеми соціально-медичного характеру, у т. ч. розвитку системи соціаль-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 79

ної роботи, відкриття нових будинків-інтернатів для осіб старших вікових груп та удосконалення вже існуючих. Усе це, однак, не повинно ігнорувати прагнення осіб старших вікових груп до самостійності (див. ***Інфантилізація*** та ***Поведінка патернальна***).

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАРОСТІ ЛОНГІТЮДНІ — див. ***Балтиморське лонгітюдне дослідження нормального старіння***, ***Берлінське дослідження проблем старості***, ***Боннське лонгітюдне геронтологічне дослідження*** та ***Канзаське дослідження життя дорослих***.

ДРЯХЛІСТЬ СТАРЕЧА — стан загальної зношеності органів та систем організму, що проявляється в швидкій утомлюваності, м'язовій слабкості, швидко прогресуючому ***остеопорозі***; результат процесів ***одряхління***.

За умов нормального старіння (див. ***Старіння нормальне***), Д. с. зазвичай наступає у ***віці*** пізньої ***старості*** та є індикатором скорої ***смерті*** (див. ***Спад термінальний***).

За висновками групи американських дослідників під керівництвом Х. Н. Шмальц (Schmaltz, 2005), досліджувані у віці 70–79 років, у котрих була діагностована вірусна інфекція та підвищений рівень інтерлейкіну-6 (IL-6), були більш дряхлими, ніж ті, в кого був діагностованіий лише один із цих показників.

Див. також ***Старіння цикл*** → ***одряхління***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 80

Е

ЕЙДЖИЗМ (від англ. *age* — вік) — сукупність різноманітних стереотипів, забобонів та форм дискримінації (див. ***Дискримінація вікова***) стосовно осіб старших вікових груп.

Термін запропонований американським соціологом Р. Батлером (Butler, 1969), який згодом (Butler, 1980) запропонував розрізняти доброякісний (див. ***Ейджизм доброякісний***) і злоякісний (див. ***Ейджизм злоякісний***) Е.

Е. проявляється не тільки в негативних, але й у псевдопозитивних установках стосовно осіб старших вікових груп. Це поблажлива мова (див. ***Мова вторинна дитяча***), поблажлива поведінка (див. ***Поведінка патернальна***), ігнорування прагнення осіб старших вікових груп до самостійності та випадків успішного подолання ними повсякденних труднощів тощо.

Виділяють такі джерела Е.:

- *вікова стратифікація сучасного суспільства*, що передбачає неявні та явні очікування та норми відносно людей різного ***віку*** (див. ***Теорія вікової стратифікації***);
- *кількісне та відносне збільшення прошарку осіб старших вікових груп*, яке почалося з XIX ст. та невпинно набирає обертів, що перетворило зазначену категорію осіб на тягар для суспільства (див. ***Старіння демографічне*** та ***Старіння населення***);
- *безперервна модернізація технологій*, що позбавила сенсу цінність носіїв традиційних знань, якими зазвичай виступали особи старших вікових груп;
- *ідеалізм та вимога рівних прав для всіх*, без огляду як на привілеї, так і вік, що було проголошено під час Великої французької революції 1789–1799 рр.

Див. також ***Геронтофобія***, ***Ейджизм автоматичний***, ***Ейджизм позитивний***, ***Ейджизм професійний*** та ***Синдром інвестиційний***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 81

ЕЙДЖИЗМ АВТОМАТИЧНИЙ — полегшення розпізнавання досліджуваними негативних рис особистості, якщо їм пред'являється слово «старий» як праймінг (Perdue & Gurtman, 1990). Е. а. означає, що ***вік*** є категорією, що автоматично активується при обробці досліджуваними соціальної інформації. Як наслідок, інформація про вік суттєво впливає на соціальне сприйняття, соціальну категоризацію, стереотипізацію та самосприйняття.

Феномен Е. а. пояснюється мережевою моделлю поширення активації (Collins & Quillian, 1969), згідно з якою пам'ять організована в мережу або павутиння асоційованих понять — т. зв. вузли. При активації вузла усвідомлена або неусвідомлена думка активує також пов'язані з ним поняття. Чим сильніший асоціаціативний зв'язок між вузлом та пов'язаним із ним поняттям, тим швидше активується останнє.

Див. також ***Дискримінація вікова*** та ***Ейджизм***.

ЕЙДЖИЗМ ДОБРОЯКІСНИЙ — різновид ***ейджизму***; тип неявних забобонів, що виникає в результаті усвідомлених і неусвідомлених страхів та тривоги молодших поколінь перед власною ***старістю*** та пов'язаною з нею неміччю (див. ***Геронтофобія 2***).

Протилежністю Е. д. є злоякісний ейджизм (див. ***Ейджизм злоякісний***).

Див. також ***Ейджизм позитивний***.

ЕЙДЖИЗМ ЗЛОЯКІСНИЙ — різновид ***ейджизму***; набір стереотипів, згідно з якими особи старших вікових груп розглядаються як непотрібні (див. ***Геронтофобія 3***). Унаслідок своєї відвертості є менш поширеною формою ейджизму, ніж ***ейджизм доброякісний*** та ***ейджизм позитивний***.

ЕЙДЖИЗМ ПОЗИТИВНИЙ — різновид ***ейджизму***; набір забобонів та дискримінація (див. ***Дискримінація вікова***) на користь осіб старших вікових груп. Е. п. передбачає, що ця категорія осіб потребує особливого догляду, лікування та економічної допомоги.

Американський психолог Е. Палмор (Palmor, 1990) виділив позитивні стереотипи, стосовні осіб старших вікових груп: старі люди є добрими, щасливими, мудрими (див. ***Мудрість***), заслуговують на довіру, заможні, обізнані в політиці, володіють значною свободою, намагаються зберегти молодість. Проте в суспільстві домінує радше негативна, ніж позитивна, думка про представників зазначеної категорії осіб, а реалізація зазначених позитивних

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 82

стереотипів набуває форми псевдопозитивних установок і виливається у поблажливе ставлення до осіб старших вікових груп (див. ***Мова вторинна дитяча***), що, своєю чергою, може призводити до втрати ними самоповаги. Крім того, насправді йдеться про парадоксальну ситуацію: носії надто позитивних стереотипів, стосовних осіб старших вікових груп, спілкуються з останніми у відповідності з негативними стереотипами. Такі негативні стереотипи приймають форму ***надакомодації***.

Ще одним наслідком псевдопозитивних установок є патернальна поведінка (див. ***Поведінка патернальна***), що базується на стереотипі ***інфантилізації*** осіб старших вікових груп — упевненості в тому, що вони подібні до дітей унаслідок знижених (порівняно з особами молодого та середнього ***віку***) фізичних та психічних здібностей. У суспільстві домінує думка про те, що самі особи старших вікових груп вітають подібне ставлення до себе; дані досліджень натомість показують, що нав'язлива допомога може бути неправильно сприйнята адресатом — як натяк на його безпорадність.

Див. також ***Ейджизм доброякісний*** та ***Ейджизм злоякісний***.

ЕЙДЖИЗМ ПРОФЕСІЙНИЙ — різновид ***ейджизму***; упереджене ставлення до осіб старших вікових груп, притаманне фахівцям, які здійснюють безпосередню роботу з цим контингентом осіб.

Е. п. проявляється в дискримінації за віковою ознакою. Так, вірогідність бути направленими на психіатричне обстеження (за умови однакової симптоматики) вища саме в осіб старших вікових груп, порівняно з молодшими пацієнтами. Для терапії депресії пацієнтам старших вікових груп, порівняно з молодшими пацієнтами, статистично значуще частіше призначають медикаментозну терапію, а не психотерапію.

ЕКСПЕРИМЕНТ «ПОДОЛАННЯ СТАРІННЯ» — див. ***Амосов*** М. М.

ЕТАГЕНЕЗ (від гр. *aetas* — вік; *genesis* — виникнення, формування) — весь віковий розвиток індивіда, включаючи всі вікові періоди. Термін уведений В. В. ***Фролькісом***.

Можливе виділення 3 основних періодів Е.:

1) *онтогенез* — період реалізації генетичної програми, період зростання та становлення репродуктивної здатності; таке розуміння онтогенезу узгоджується з визначенням автора цього

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 83

терміна німецького природодослідника та філософа Е. Геккеля (1834–1919), який розумів під ним саме період зростання організму (Haeckel, 1866);

2) *мезогенез* — відносно стабільний період балансу процесів ***старіння*** та ***вітаукту***;

3) *геронтогенез* — період переваги процесів старіння над вітауктом, неухильного зниження працездатності, адаптаційних можливостей організму.

Таким чином, отримуємо формулу:

Е. = онтогенез + мезогенез + геронтогенез.

Звідси випливає теза про те, що зусилля ***геронтології*** мають бути спрямовані на всі етапи Е., а не виключно на його завершальний період — ***геронтогенез***.

ЕФЕКТ ПЛАТО — полягає в уповільненні експоненціального (тобто в геометричній прогресії) характеру ***смертності*** у найстарших вікових категоріях (Vaupel et al., 1998).

Найбільш вірогідне пояснення феномену Е. п. полягає не в тому, що уповільнюється власне ***старіння***, а в тому, що це уповільнення відображає гетерогенність самої популяції (тобто найслабші індивіди вмирають раніше, порівняно з більш міцними). Цікавим є той факт, що Е. п. спостерігається не тільки в популяції людини, але й у деяких популяціях комах (Vaupel et al, 1998; Kirkwood, 2002).

З

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ЖИТТЯМ — за даними численних досліджень, слабо корелює з ***віком***. Більшість осіб старших вікових груп, погоджуючись із тим, що «для людей, старших 65 років, життя дійсно не є легким», себе та своїх друзів вважають виключенням із цього правила.

За С. Д. Хайдрихом і К. Д. Риффом (Heidrich & Ryff, 1992, 1993), факторами, які обумовлюють З. ж. усупереч здоров'ю, що погіршується, є *соціальне порівняння* (полягає в порівнянні індивідом свого стану із станом інших осіб старших вікових груп) та *соціальна інтегрованість* (збереження індивідом значимих ролей, нормативних орієнтирів та референтних груп).

Крім того, саме поняття психологічного благополуччя більшість респондентів старших вікових груп визначає з точки зору орієнтації на іншого; таким чином, психологічно благополучною є турботлива, співчутлива людина, яка має хороші стосунки з оточуючими (Ryff, 1989).

ЗАКОНИ ГЕРОНТОГЕНЕЗУ — виділені О. В. ***Нагорним*** (Нагорный, 1950) загальні закономірності розвитку на пізній стадії ***етагенезу***: ***закон гетерохронності***, ***закон специфічності***, ***закон різноманітності***.

ЗАКОН ГЕТЕРОХРОННОСТІ — один із загальних законів ***геронтогенезу***.

За О. В. ***Нагорним***, «триваліше за все зберігаються в онтогенезі ті структури (і функції), які найтісніше пов'язані із здійсненням основного життєвого процесу — власне обміну речовин в його найширших, не вузько спеціалізованих проявах» (Нагорный, 1950).

Див. також ***Гетерохронність***, ***Закон різноманітності***, ***Закон специфічності***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 85

ЗАКОН ГОМПЕРЦА—МЕЙКЕМА — математична модель, що описує інтенсивність ***смертності*** залежно від ***віку***. Вірогідність ***смерті*** має експоненціальну (тобто в геометричній прогресії) залежність від віку індивіда. Так, статистичні дані свідчать про подвоєння вірогідності смерті кожні 8 років в інтервалі життя від 30 до 80 років. Будучи універсальним, З. Г.–М. може бути застосований не тільки стосовно людини, а й до інших біологічних видів.

З. Г.–М. описується такою формулою:

$d(t, t) = R(t) + b \exp(a t)$,

де $d(t, t)$ — коефіцієнти смертності населення;

t — змінна часу;

t — вік людини;

$R(t)$ — змінна, що залежить тільки від часу і розглядається як значення екзогенного ризику смертності;

$b \exp(a t)$ — залежить не від часу, а від віку й описує ендогенну складову інтенсивності смертності;

a, b — постійні.

Див. також ***Біологія тривалості життя*** та ***Таблиця смертності***.

ЗАКОН ПРО СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ — прийнятий у 1935 р. у США закон, що встановив початок пенсійного віку (див. ***Вік пенсійний***) у 65 років. Відтоді в США зазначений ***вік*** вважається початком ***старіння***, а особи, котрі перетнули цю межу,— належними до похилого віку.

Див. також ***Вік пороговий***.

ЗАКОН РІБО (закон регресії пам'яті) — закон, що описує перебіг мнестичних порушень в осіб пізніх вікових груп або внаслідок органічного ураження ГМ.

За французьким психологом Т. Рібо (1839–1916), перебіг прогресуючої амнезії, напр., у похилому ***віці***, підлягає певній послідовності: спочатку стають недоступними спогади про недавні події, потім починає руйнуватися розумова діяльність особистості, відбувається втрата звичок; в кінці розпадається інстинктивна пам'ять (т. зв. «модель переповненої діжки»; Ribot, 1882).

ЗАКОН РІЗНОМАНІТНОСТІ — один із загальних ***законів геронтогенезу***, частковий прояв ***закону специфічності***.

З. р. полягає в тому, що показники стану тих чи інших функцій, процесів та властивостей у періоді ***геронтогенезу*** набувають

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 86

у досліджених групах великої варіабельності, що значно перевищує варіабельність таких показників у групах осіб молодшого ***віку***. З. р. відображає все зростаючу індивідуалізацію людей у періоді ***старіння***.

ЗАКОН СПЕЦИФІЧНОСТІ — один із загальних ***законів геронтогенезу***, конкретизація ***закону гетерохронності***, яку О. В. ***Нагорний*** (Нагорный, 1950) визначив як «почерк» ***старіння***.

З. с. відображає специфічність виду і спрямованості кривих вікових змін різних функцій та процесів організму. Так, розвиток одних функцій та процесів графічно виражається у вигляді лінійної регресії, де ***вік*** негативно корелює з величиною показників; розвиток інших процесів має графічний вигляд кривої, де на лівій частині графіка можна знайти пункти, що симетричні правій частині. Подібна залежність знайдена, напр., для оцінки просторових відношень особами у віці 10–17 років та 70–89 років.

ЗАПОВІТ ПРО ЖИТТЯ (біологічний заповіт) — юридичний документ, що інформує родичів та медичних працівників про бажання особи, котра склала такий документ, уникнути штучної підтримки її життя в разі настання відповідного незворотного стану.

Практика складання З. п. ж. поширена у Великій Британії та США (зазначений документ має юридичну силу в 21 штаті).

Див. також ***Смерть біографічна***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 87

І

ІММОРТАЛІЗАЦІЯ (від фр. *immortel* — безсмертний) — подовження часу життя клітини та збільшення кількості її ділень (див. ***Ліміт Гейфліка***) без трансформації в пухлину, за рахунок уведення різноманітних генетичних конструкцій.

Див. також ***Безсмертя практичне***, ***Імморталізм*** та ***Імортологія***.

ІММОРТАЛІЗМ (від фр. *immortel* — безсмертний) — система поглядів, що базується на намаганні уникнути фізичної ***смерті*** чи бодай максимально її віддалити. Часто використовується як синонім імморталістичної філософії. Розрізняють науковий І. та езотеричний І.

Науковий І. спирається на такі факти: рослини розмножуються вегетативно і, в певному сенсі, не вмирають. Зафіксований випадок, коли культура ракових клітин існувала *in vitro* понад 50 років. Деякі особини морських їжаків у Червоному морі живуть понад 200 років, зберігаючи при цьому фертильність (за даними Т. Еберта з Орегонського університету). Атлантичний лосось, в якому паразитують личинки певного виду, може жити надзвичайно довго, оскільки личинка виділяє речовину, що пригальмовує процеси його ***старіння*** (за даними російського гідробіолога В. В. Зюганова). Гігантські черепахи можуть жити і зростати настільки довго, що в природі їх смерть настає внаслідок голоду: їм стає важко носити панцир, що збільшується, тож вони мало рухаються в пошуках їжі. А за даними американської бази даних *AnAge*, нині відомо 7 видів багатоклітинних організмів, що не старіють.

І. стверджує, що не існує жодних фундаментальних принципів, що обмежують тривалість життя або забороняють ***безсмертя***. Сучасна наука просувається вбік радикального збільшення тривалості життя. Якщо завдяки винаходу антибіотиків та іншим

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 88

успіхам медицини середня тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) зросла із 47 до 77 років, то подальше збільшення (до 100–120 років і більше) вимагатиме серйозної зміни структури людського організму як на молекулярному рівні, так і на рівні будови органів та скелету. Показово, що на конгресі Міжнародної асоціації геронтологів та геріатрів, який проводився у 2009 р. у Парижі (Франція), назвою однієї із сесій було «Старіння людини більше не є нерозв'язною біологічною проблемою».

Див. також ***Безсмертя практичне***, ***Концепція другої космічної швидкості***, ***Медицина антистаріння*** та ***Стратегія досягнення нехтуваного старіння інженерними методами***.

ІММОРТИЗМ (від фр. *immortel* — безсмертний) — філософське вчення, що постулює необхідність постійного інтелектуального, духовного та наукового розвитку як усього суспільства, так й окремого індивіда в ньому. Термін уведений українсько-російським письменником-фантастом Ю. О. Нікітіним (нар. 1939).

Однією з основних цілей І. є досягнення можливості суттєвого подовження людського життя та особистого ***безсмертя***.

Згідно з постулатами І., людина має жити вічно, зобов'язана бути безсмертною, і в цьому її обов'язок перед Богом, а не особисте бажання. Тільки безсмертні можуть виконати волю Творця — смертний просто не в змозі досягти Бога, оскільки вимушений постійно удосконалюватися, перебудовувати своє тіло, тобто змінювати не тільки природу навколо себе, але й власну природу.

Див. також ***Безсмертя практичне***.

ІММОРТОЛОГІЯ (від фр. *immortel* — безсмертний; грец. *logos* — учення) — наука про можливості практичного безсмертя (див. ***Безсмертя практичне***) як відкладеної на необмежений час ***смерті***. Гіпотеза про можливість досягнення практичного безсмертя базується на дослідженнях процесів антистаріння (див. ***Вітаукт*** та ***Медицина антистаріння***).

Окрім суто технічних проблем досягнення ***безсмертя*** (див. ***Концепція другої космічної швидкості*** та ***Стратегія досягнення нехтуваного старіння інженерними методами***), І. порушує також низку морально-етичних проблем, серед яких — право на життя ще не народжених поколінь (див. ***Геронтософія***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 89

ІНВОЛЮЦІЯ (від лат. *involutio* — згортання) — букв. «процес зворотного розвитку» — рання модель ***старіння***, що постулювала лінійний характер вікових змін протягом індивідуального життя (т. зв. ***модель півкола***).

Модель І. базується на філософських поглядах англійського філософа-еволюціоніста Г. Спенсера (1820–1903) та неврологічній концепції англійського невролога Дж. Х. Джексона (1835–1911), на думку яких, при розвитку патології насамперед страждають еволюційно пізніші механізми. Згідно з цими уявленнями, якщо на перших етапах ***етагенезу*** організм розвивається від простого до складного, то на пізніх етапах розвиток йде у зворотному напрямі, тобто від складного до простого, від досконалого до раннього, давнього, примітивного. У такому разі старіння є дзеркальним відображенням періоду раннього розвитку — зворотним розвитком.

Такий погляд означає зупинку розвитку, оскільки заперечується те, що в процесі розвитку формуються нові механізми, спрямовані на попередження й навіть усунення багатьох проявів старіння. На думку швейцарського психолога Е. Клапареда (1873–1940), у зрілості розвиток припиняється (Claparede, 1911).

Сучасна наука замість терміну І. використовує ***геронтогенез***.

ІНДЕКС БАРТЕЛА (Barthel Index) — один із найбільш широко застосовуваних і найкраще валідизованих діагностичних інструментів для оцінки соматичного статусу пацієнтів старших вікових груп (Mahoney & Barthel, 1964). І. Б. може також застосовуватися для відстеження прогресу терапії і визначення важкості випадку.

При зниженій сумарній оцінці І. Б. слід аналізувати вид захворювання, адже індивіди з різною нозологією можуть мати однаковий сумарний результат. Див. ***Додаток Д***.

ІНДЕКС ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЖИТТЯМ (Life Satisfaction Index — LSI) — опитувальник, що базується на самозвіті, спрямований на вимірювання задоволеності життям в осіб старших вікових груп (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961); результат реалізації ***Канзаського дослідження життя дорослих***.

За даними досліджень, коефіцієнт кореляції між показниками LSI та рейтинговими оцінками, отриманими в ході інтерв'ю, складає 0,55. Див. ***Додаток Е***.

ІНДЕКС ПЕНСІЙНОЇ ЗРІЛОСТІ — показник готовності індивіда до виходу на пенсію (див. ***Вік пенсійний***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 90

При визначенні І. п. з. психолог-консультант враховує такі специфічні фактори: чи володіє індивід достатніми прибутками та збереженнями; чи має він власне житло; чи планує продовжувати працювати або чимось займатися після виходу на пенсію (див. ***Консультування літніх клієнтів***). На думку американського психолога Г. Крайг (Craig, 2002), особи з вищим І. п. з. більш позитивно дивляться на майбутнє та легше адаптуються до статусу пенсіонера.

ІНТЕРВ'ЮВАННЯ ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ — клінічне інтерв'ю, спрямоване на пошук етіологічних факторів, важливих для визначення причин психосоматичних порушень. І. л. п. переслідує мету з'ясувати сукупність біологічних, психічних та соціальних складових етіопатогенезу, їх зв'язку як з актуальними проблемами індивіда, так і зважаючи на всю попередню психосоціальну та психосексуальну історію його розвитку (включно з неусвідомленими складовими).

Залежно від виділеного патогенного фактора, припускають наявність того чи іншого типу порушення:

1) ЗМІНИ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ. ***Старіння*** та ***старість*** потенційно пов'язані з накопиченням як майбутніх, так і минулих утрат: значущих інших (батьків, шлюбних партнерів, сібсів, друзів та ін.); фізичних, психічних та соціальних функцій. Ці втрати супроводжуються відчуттями загрози, страху, образи, сорому або покинутості. Патогенну роль вони можуть відігравати в таких випадках:

- втрата давнього та дуже важливого для пацієнта зв'язку з певним об'єктом (напр., дитина — один із батьків) — *невротичне порушення в дитячому або юнацькому віці, рецидивуюче або постійно актуальне невротичне порушення*;
- втрата єдиного нарцисично важливого для пацієнта об'єкта (який протягом десятиліть задовольняв нарцисичні потреби пацієнта) — *нарцисичне порушення*;
- раптова втрата всупереч будь-якій логіці (напр., загибель у результаті нещасного випадку здорової дитини) або численні втрати протягом нетривалого часу — *гострий стресовий епізод, фактичний конфлікт*.

2) ВЗАЄМИНИ. Внутрішньогенераційні та міжгенераційні зв'язки пацієнта, що беруть початок у дитинстві та юності (батьки, сіблінги) або в молодому і середньому віці (подружжя, друзі, діти) складають медично значимі об'єктні стосунки.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 91

Патогенну роль вони можуть відігравати у таких випадках:

- зміни, що відбулися з партнером унаслідок його важкої хвороби, особливо коли йдеться про ***деменцію*** — *фактичний конфлікт*;
- тісніші стосунки із сіблінгами (напр., спільне проживання) внаслідок втрати партнера або страху самотності — *постійний невротичний конфлікт*;
- остаточне підтвердження стану немилої дитини (напр., унаслідок розподілу спадщини) — *постійний невротичний конфлікт*;
- вимоги догляду і допомоги з боку хронічно хворих батьків — *постійний невротичний конфлікт*;
- реванш сильнішого (серед подружжя, сіблінгів, стосовно батьків, котрі постаріли) — *постійні невротичні конфлікти*;
- конфліктне нове партнерство — *постійно рецидивуючий невротичний конфлікт*.

3) ВЛАСНЕ ТІЛО. До кінця середньої дорослості тіло сприймається як таке, що справно функціонує та нагадує про себе лише у випадку хвороби. Проте хвороба та її лікування іноді залишають по собі суттєві порушення або обмеження. Біографія тіла містить інформацію про різноманітні, часто патогенні, впливи на організм (Radebold, 1998, 2000). Тіло як останній союзник індивіда в його боротьбі за життя, як гарант збереження самостійності, з ***віком*** вимагає все більшої уваги до себе та догляду за собою. Пов'язані з тілом конфлікти та порушення, що з них випливають, можуть виникати на такому ґрунті:

- загроза власній самостійності, що насувається (внаслідок тривалого медикаментозного лікування; в особі опікунів; унаслідок використання допоміжних засобів, влаштування в старечий будинок) — *постійний невротичний конфлікт*;
- тривала відмова від використання зубних протезів, милиць або палиць, слухових апаратів, ортопедичного взуття тощо (що шкодить нарцисичному марнославству) — *акомодаційні порушення, соматичні порушення*;
- зниження функціональних можливостей важливих органів чуття та систем (рухливість, зір, слух, потенція, запам'ятовування та пригадування) — *фактичний конфлікт*; *соматичні порушення*.

4) ПОПЕРЕДНІЙ РОЗВИТОК. Невротичні конфлікти та психотравмуючі подразники знаходяться в усій попередній біографії індивіда, а не лише в його дитинстві та юності.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 92

Вони можуть даватися взнаки по-різному:

- не виявляючи себе в дитинстві та юності, можуть проявитися не раніше середнього дорослого віку і супроводжуватися симптоматикою з прогресуючим захворюванням аж до старості — *хроніфіковане невротичне порушення з відповідним несприятливим прогнозом*;
- одного разу проявившись після дитинства і юності, можуть рецидивувати після 60-річного віку — *рецидивуючий невротичний конфлікт*;
- можуть проявитися тільки в середньому або ще старшому віці у формі симптоматики, що посилюється, завдаючи індивіду виражених страждань — *постійний осередковий невротичний конфлікт*;
- особистісна аномалія, що існує з дитинства або юності,— *невротичний характер або патологія особистості*.

5) ОСОБИСТІ ПРИПУЩЕННЯ ПАЦІЄНТІВ. Знайомство з особистими «теоріями» пацієнта щодо виникнення та перебігу хвороби, конфліктів і труднощів дозволяє зрозуміти таке:

- коли з'явилася хвороба, порушення або певна подія (почуття провини, самозвинувачення, звинувачення інших, магічні уявлення);
- яка в пацієнта суб'єктивна концепція або теорія виникнення хвороби;
- які терапевтичні заходи застосовувалися і які «допомогли» (медикаменти, що пацієнт сам призначав собі або від яких відмовився, відхилені медичні заходи, спосіб поведінки в даний момент);
- чому в даний момент пацієнт вирішив звернутися по психотерапевтичну допомогу (направлення іншого фахівця, безрезультатне лікування, відчуження від шлюбного партнера, сімейна ізоляція, давнє бажання пройти психотерапію; фактори ризику або актуальні конфлікти);
- якими є побажання пацієнта та переслідувані ним цілі (лікування психотропними препаратами, підтримка у взаєминах із шлюбним партнером або дітьми, осмислення свого життєвого шляху, допомога з огляду на небезпечну для життя хворобу тощо).

Див. також ***Геронтопсихотерапії загальні цілі***, ***Геронтопсихотерапії специфічні цілі***, ***Консультування літніх клієнтів*** та ***Контртрансфер стосовно літніх пацієнтів***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 93

ІНФАНТИЛІЗАЦІЯ (від лат. *infans* (*infantis*) — дитя, дитина) — впевненість у тому, що особи старших вікових груп схожі на дітей, унаслідок знижених психічних та фізичних можливостей. Термін І. означає також прийняття особою старшої вікової групи пасивної, залежної ролі та її поведінку, узгоджену з позитивно-ейджистськими (див. ***Ейджизм позитивний***) установками оточуючих людей.

Приймаючи поширені в суспільстві ейджистські міфи та стереотипи, особи старших вікових груп підкріплюють їх своєю поведінкою. Процес І. має такі негативні наслідки:

1) редукція відповідальності та зростання залежності, що призводить до падіння соціального статусу осіб старших вікових груп;

2) помічаючи випадки інфантильної поведінки осіб старших вікових груп, суспільство виправдовує застосування до останніх психоактивних препаратів, інституціоналізацію та юридичне оформлення їхньої некомпетентності;

3) коли особи старших вікових груп починають вважати, що їхні здібності та вплив на суспільство обмежені, знижується й міра їхнього політичного впливу.

Основою феномену І. є механізм пророцтва, що самовідбувається. Неодноразово отримуючи зворотній зв'язок щодо своєї безпорадності, особи старших вікових груп згодом починають демонструвати відповідну поведінку та приходять до старечого самосприйняття. Свій внесок в І. осіб старших вікових груп робить й поблажлива мова (див. ***Мова вторинна дитяча***), якою до них звертаються оточуючі. Недивно, що врешті-решт особи старших вікових груп, котрі мешкають самостійно, демонструють доволі високу самооцінку якраз тому, що постійно перевіряють себе в різноманітних ситуаціях (див. ***Компетентність***); отже, негативна інформація меншою мірою впливає на їхнє позитивне уявлення про себе. Тож, факторами, що сприяють зниженню самооцінки, є втрата фізичних можливостей та контролю над оточенням.

К

КАНЗАСЬКЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЯ ДОРОСЛИХ (Kansas City Study of Adult Life) — широкомасштабне лонгітюдне (див. ***Лонгітюд***) дослідження ***старіння***, одним з ініціаторів якого був Р. Дж. ***Хевігхерст***. Було проведене у 1950–1960-х рр.

Вибірка складалася із 177 осіб, чоловіків і жінок, у ***віці*** від 50 до 90 років. Із кожним з них проводилася серія детальних інтерв'ю, в яких аналізувалася низка аспектів життя в зрілому та похилому віці (повсякденна діяльність; проведення часу у вихідні дні; члени родини, разом з якими мешкає досліджуваний; родичі, друзі, сусіди; прибуток і робота; членство у громадських організаціях; рівень соціальної активності, порівняно з відповідним у 45-річному віці; ставлення до старості, хвороб, ***смерті*** та ***безсмертя***; самотність, нудьга, гнів; зразки для наслідування; образ власного «Я»).

Мета інтерв'ю полягала в отриманні інформації, що дала змогу виділити різні аспекти задоволеності життям, що підлягали кількісній оцінці. У результаті було виділено 5 параметрів: «енергійність/апатія», «рішучість і стійкість», «конгруентність бажаного та досягнутого», «"Я"-концепція», «настрій». Наступним етапом стала розробка короткої методики для отримання тієї ж самої інформації, в результаті чого був розроблений ***Індекс задоволеності життям***.

Див. також ***Балтиморське лонгітюдне дослідження нормального старіння*** та ***Боннське лонгітюдне геронтологічне дослідження***.

КІЛЬКІСТЬ НЕДОЖИТИХ РОКІВ СЕРЕДНЯ — демографічна категорія, введена у науковий обіг російським демографом Б. Ц. Урланісом (1906–1981) в праці «Збільшення тривалості життя в СРСР» («Увеличение продолжительности жизни в СССР»; Урланис, 1965). Під К. н. р. с. мається на увазі різниця між нормальною тривалістю життя

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 95

(див. ***Тривалість життя видова***) та середньою тривалістю життя (див. ***Тривалість життя середня***). Коефіцієнт К. н. р. с. демонструє, скільки в людей, у середньому, віднімається років життя внаслідок передчасної ***смерті***. Таким чином, для повноти уявлень про тривалість людського життя пропонується вимірювати його, прийнявши дві точки відліку: від фактичного початку життя (див. ***Вік хронологічний***) та від потенційного закінчення життя.

КІФОЗ (від гр. *kyphos* — зігнутий) — вигин грудної частини хребта опуклістю назад, що є однією з фізіологічних ознак фізіологічного старіння (див. ***Старіння фізіологічне***).

Для оцінки міри вигину існує показник сутулості; найбільш виражене збільшення сутулості після 65 років, проте воно може проявлятися й після 40 років, що пов'язано з індивідуальними особливостями статури (які, своєю чергою, залежать від конституційних факторів та способу життя людини).

КЛІМАКТЕРІЙ (від гр. *klimaktēros* — сходинка) — період життя людини, що характеризується закінченням генеративної функції. Клімактеричний (або пострепродуктивний) період поділяється на ранній (45–50 років), середній (50–55 років) та пізній (55–60 років).

К. включає широкий діапазон фізичних й емоційних симптомів, що супроводжують зміни репродуктивної функції у зв'язку із згасанням діяльності статевих залоз у середньому ***віці***. У жінок клімактеричні зміни включають в себе також і ***менопаузу***.

Див. також ***Андропауза***, ***Клімактерій патологічний***, ***Клімактерій пізній*** та ***Клімактерій ранній***.

КЛІМАКТЕРІЙ ПАТОЛОГІЧНИЙ (клімактеричний синдром, клімактеричний невроз, патологічний клімакс) — комплекс вегетативно-судинних, психічних та обмінно-ендокринних порушень, що виникають у жінок на фоні згасання гормональної функції яєчників та загальної вікової ***інволюції*** організму. К. п. є ускладненням природного перебігу ***клімактерію***; можливий як за наявності, так і за відсутності менструацій, рідше розвивається через 5–15 років після ***менопаузи***; спостерігається у 30–60 % жінок у ***віці*** 42–55 років.

СИМПТОМАТИКА.

• *Вегетативно-нервова*: стрибки артеріального тиску (аж до розвитку гіпертонічної хвороби), серцева аритмія, підвищене потовиділення (особливо вночі), нудота, «приливи» (до 10–

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 96

20 разів на добу), набирання маси тіла.

Хворі часто скаржаться на тривалий біль у ділянці серця, що виникає паралельно з «приливами» й не залежить від фізичного навантаження, проте посилюються при хвилюванні (хоч іноді трапляються й у спокої, безпричинно). Характер такого болю ниючий і колючий, рідше такий, що давить; у частини хворих можлива іррадіація болю в спину або ліву руку. За своїм характером, інтенсивністю, локалізацією та іррадіацією такий біль може бути діагностований як прояв ішемії або дрібноосередковий інфаркт міокарда; проте спостереження за динамікою клінічних та ЕЕГ-даних дозволяє віднести його до невротичного або порушення типу кардіалгій.

Нерідко відчувається головний біль при нормальному артеріальному тиску.

Часто хворі скаржаться на свербіж зовнішніх геніталій, що викликаний наявністю патогенної мікрофлори вагіни внаслідок загальної атрофії статевої сфери.

Часто мають місце парестезії кінцівок, їхнє оніміння, що трапляється в будь-який час доби, навіть уночі. Хворі часто страждають на закрепи та метеоризм. Рідше спостерігаються вестибулярні порушення, що проявляються нудотою та блювотою, шумом у вухах, порушенням рівноваги (хиткість ходи). Порівняно рідко бувають порушення на кшталт діенцефальних криз, що супроводжуються раптовим серцебиттям, болями або відчуттям замирання серця, похолоданням кінцівок, побілінням або почервонінням обличчя, різкою слабкістю, виділенням великої кількості сечі низької концентрації, напівпритомним станом, провалами свідомості. Діенцефальні кризи трапляються вночі і супроводжуються страхом ***смерті***. Іноді вони не супроводжуються «приливами», що значно ускладнює диференціальну діагностику.

• *Нервово-психічна*: дратівливість, сльозливість, слабкість, швидка втомлюваність, знижена працездатність, головний біль, почуття страху. Можливий окремий прояв зазначених симптомів, без «приливів» та вегетативно-нервової симптоматики, що значно ускладнює діагностику. До продромальних порушень (проявляються значно раніше нейровегетативних) відносять зміни настрою у передменструальному періоді, втрату інтересу до життя і роботи, періодичну схильність до депресій. Одним із стійких невротичних симптомів є безсоння.

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ. Порушення гормональної регуляції обміну

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 97

кальцію в організмі призводить до патологічної ламкості кісток і підвищує ризик виникнення переломів, насамперед променевої кістки та тіл хребців, пізніше — шийки стегенної кістки (що є однією з поширених причин смерті жінок похилого віку).

К. п. може сполучатися з низкою захворювань (гіпертонічною хворобою, атеросклерозом (див. ***Атеросклероз церебральний***), цукровим діабетом, ожирінням, артритом, інволюційними психозами (див. ***Психози інволюційні***)), частота яких підвищується з віком. Попри те, що ці захворювання патогенетично не пов'язані з ***клімактерієм*** та К. п., гормональна терапія може сприятливо впливати на їхні окремі симптоми (так, естрогени знижують головний біль при гіпертонічній хворобі, статеві гормони знижують рівень холестерину крові при коронарному атеросклерозі тощо).

КЛІМАКТЕРІЙ ПІЗНІЙ — ***клімактерій***, що наступає після 55 років. Зазвичай виникає в жінок, в яких, унаслідок тих чи інших причин, спостерігаються застійні явища в малому тазі, а також при фібриомах матки.

КЛІМАКТЕРІЙ РАННІЙ — ***клімактерій***, що наступає раніше 40 років у жінок (див. ***Менопауза***) і 50 років у чоловіків (див. ***Андропауза***).

У жінок К. р. може бути обумовлений первинною недостатністю яєчників (пізнє, у 17–18 років, менархе) та важкими умовами життя; важливу роль відіграють також перенесені інфекційні захворювання, стрес, конституційна та спадкова схильність.

КЛІТИНИ НЕЙРОГЕННІ СТВОЛОВІ — мультипотентні стволові клітини нервової тканини, що можуть давати початок усім нейроектодермальним видам клітин ЦНС.

Доведено, що, як мінімум, у двох ділянках ГМ ссавців (субгранулярна зона зубчастої звивини та нюхова цибулина) протягом усього життя відбувається диференціювання нейрогенних клітин у зрілі нейрони. Останні дані дозволяють припустити, що К. н. с. значно поширені у тканині мозку, оскільки клітини, ізольовані з різних ділянок тканини мозку (кора, підкоркові ядра, ростральний міграторний потік, субвентрикулярна зона спинного мозку) виявляють їх типові характеристики: здатність до самооновлення популяції та здатність давати початок усім видам клітин нервової тканини. Причому якщо К. н. с. більшості ділянок мозку продуку-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 98

ють тільки клітини гліального типу, то К. н. с. гіпокампа та нюхової цибулини продукують, крім іншого, також і нейрони, які інтегруються в нервові ансамблі цих структур. Утворення нових гіпокампальних нейронів потенціюється запам'ятовуванням нової інформації просторової модальності. Проте в деяких випадках саме неправильний нейрогенез у гіпокампі стає чинником виникнення темпоральної форми епілепсії та пухлин ЦНС.

Дослідження К. н. с. уточнюють уже класичну догму іспанського гістолога С. Рамон-і-Кахаля (1852–1934) про неможливість відновлення нейрональної популяції зрілого мозку (Ramon y Cajal, 1889, 1897). На сьогодні можна стверджувати, що не відновлюються популяції інших (крім гіппокампальної) ділянок кори ГМ. Окрім того, зважаючи на той факт, що протягом онтогенезу кожний нейрон отримує кілька тисяч синаптичних контактів з іншими нейронами, його заміна на новий нейрон навряд зможе компенсувати зниження функціональних можливостей відповідної ділянки кори ГМ.

Зазначене не ставить під сумнів цінність досліджень К. н. с., проте пропонує дещо критичний погляд на перспективи швидкого вирішення проблеми нейропатологічних змін ГМ у випадку ***деменції***.

Див. також ***Гіпотеза старіння ссавців астроцитарна***.

КОЕФІЦІЄНТ ЗАЛЕЖНОСТІ ЛІТНЬОГО НАСЕЛЕННЯ — відношення кількості людей пенсійного віку (див. ***Вік пенсійний***) до кількості людей працездатного ***віку***.

Збільшення К. з. л. н. призводить до зростання кількості пасивних споживачів пенсійних програм та медичних послуг із відповідним зменшенням кількості безпосередніх «виробників» матеріальних та інтелектуальних цінностей. У більшості розвинутих суспільств К. з. л. н. складає приблизно 1/5 (дані 2000 р.); у 2040 р., за прогнозами демографів, він сягне 1/3.

Див. також ***Навантаження демографічне***.

КОЕФІЦІЄНТ СМЕРТНОСТІ ВІКОВИЙ — демографічний показник, що є коефіцієнтом ***смертності*** в певній віковій групі. К. с. в. розраховується за формулою:

$K_i = M_i / S_i \times 1000$,

де M_i — кількість померлих протягом року в і-тій віковій групі;

S_i — середньорічна кількість населення в і-тій віковій групі.

Порівняльний аналіз К. с. в. українських чоловіків і жінок для

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 99

18 вікових груп показує, що в ранньому дитинстві (0–4 роки) у чоловічого і жіночого населення коефіцієнти смертності високі, причому смертність хлопчиків значно більша за смертність дівчаток. Це стосується і вікової групи 5–9 років.

У віковій групі 10–14 років К. с. в. для обох статей починають зростати.

Найбільші гендерні відмінності К. с. в. (із суттєво вищими показниками в чоловіків) припадають на 20–39 років, а з'єднання чоловічої та жіночої кривих відбувається у ***віці*** 85 років.

КОМПЕТЕНТНІСТЬ (від лат. *competens* — відповідний, спроможний) — здібності та навички індивіда, необхідні для ведення самостійного, відповідального та задовольняючого в особистісному плані життя в оточуючому світі.

К. є центральним поняттям ***геропсихосоматики*** та ***геропсихіатрії*** при оцінці осіб старших вікових груп.

Виділяють *життєву* (знання, вміння і навички, пов'язані з вимогами повсякденного життя) та *професійну* (знання, вміння і навички, пов'язані з вимогами роботи) К.

І життєва, і професійна К. розвиваються протягом життя під впливом різноманітних вимог та можливостей, що з'являються в тих чи інших ситуаціях, а також під впливом оточення індивіда. К. вкрай важлива для підтримки самооцінки осіб старших вікових груп (див. ***Інфантилізація***).

К. має об'єктивний та суб'єктивний боки. *Об'єктивний* — це когнітивні, повсякденно-практичні, соціально-комунікативні та психологічні здібності та навички індивіда, що дозволяють йому ефективно діяти відповідно до вимог оточуючого середовища. *Суб'єктивний* — це досвід ефективних дій у специфічних ситуаціях К. Взаємодія цих сторін дозволяє індивіду ефективно (та з відчуттям цієї ефективності) реагувати на вимоги оточуючого світу.

Аналіз К. необхідно проводити у двох різних площинах — *особистісно-орієнтованій* (питання про специфічні здібності та навички, які індивід набув протягом свого життя й якими він володіє також у ***старості***) та *середовищно-орієнтованій* (питання про специфічні вимоги, які висуває до індивіда оточуючий світ).

Суміщення цих двох площин постає в понятті *адекватності індивіда оточуючому світу*. Йдеться про те, наскільки розвинуті протягом життя здібності і навички узгоджуються з реальними вимогами оточуючого світу.

На К. впливають середовищні та особистісні фактори.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 100

СЕРЕДОВИЩНІ ФАКТОРИ (мікро- та макросередовище):

• *Просторове середовище*: наявність та якість житла; використання окремих приміщень, щільність заселення; устаткування житла (зручності, допоміжні засоби тощо); розташування житла (доступність торговельної мережі, важливих об'єктів та установ); транспортні умови; екологічні фактори (викиди шкідливих речовин, гігієна, кліматичні фактори).

• *Соціальне оточення*: кількість осіб старших вікових груп у суспільстві, їх частка в загальній структурі населення (див. ***Структура населення вікова***); матеріальні вимоги до суспільства, пов'язані із ***старістю***; економічні ресурси осіб старших вікових груп; динаміка демографічних змін (див. ***Старіння демографічне*** та ***Старіння населення***); суспільні уявлення про старість (див. ***Геронтофобія*** та ***Ейджизм***); міра та способи участі осіб старших вікових груп у суспільному житті; міра та види соціальної затребуваності осіб старших вікових груп; спосіб життя осіб старших вікових груп; кількість осіб, котрі беруть участь у спільному веденні домашнього господарства, прибуток на одну особу; просторова віддаленість членів родини один від одного; кількість і види контактів із родичами, друзями та сусідами; можливості для занять у сім'ї, колі друзів та сусідів; можливості для роботи на громадських засадах; вимоги з боку сім'ї, друзів та сусідів; міра та види підтримки, що здійснюють родичі, друзі та сусіди; уявлення про старість осіб, з якими індивід підтримує стосунки, як у сім'ї, так і за її межами.

• *Інфраструктурне оточення*: кількість та якість культурного та соціального обслуговування у найближчому оточенні; обсяг та якість медичного обслуговування; обсяг та якість допомоги та догляду з боку соціальних служб; обсяг та якість напівстаціонарних та стаціонарних послуг (див. ***Допомога геріатрична***); соціальне забезпечення у старості; врахування потреб осіб старших вікових груп при прийнятті законів; представленість осіб старших вікових груп у суспільстві та політиці (див. ***Геронтополітика***).

ОСОБИСТІСНІ ФАКТОРИ:

• *Попередній розвиток*: здібності та навички, спектр інтересів; система знань; повсякденний спосіб життя; підхід до реалізації нових вимог і завдань; підхід до подолання труднощів та конфліктів; форми та міра соціальної активності; форми та

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 101

міра турботи про здоров'я; зміни у стані здоров'я; якість медичної діагностики та терапії (включно з профілактикою).

• *Матеріальний стан та освіта*: регулярний прибуток; матеріальне становище та майно (збереження, цінні папери, страховки, нерухомість тощо); шкільна та професійна освіта, підвищення кваліфікації.

• *Психічний стан у даний момент*: самооцінка (суб'єктивна оцінка своїх здібностей та навичок); міра впевненості у своїй здатності змінювати або контролювати перебіг подій; кількість та характер труднощів і конфліктів, пережитих у минулому; кількість та характер минулих подій, що оцінюються позитивно; відчуття відповідності між очікуваннями й тим, що збулося (ретроспектива життя); структура життєвого шляху (за суб'єктивною значимістю подій).

• *Перспективи майбутнього*: уявлення про своє майбутнє (надії, очікування, турботи, побоювання); відкритість щодо майбутнього; масштаби та конкретність планів на майбутнє; міра переконання у здатності по-своєму організовувати своє життя в майбутньому; відчуття часу (хроноестетичне старіння, див. ***Вік хронологічний*** та ***Старіння фізіологічне***).

КОНСУЛЬТУВАННЯ ЛІТНІХ КЛІЄНТІВ — застосування до осіб старших вікових груп принципів ***геронтопсихотерапії***, ***герогігієни***, ***геронтопсихології*** тощо в процесі когнітивних, афективних, поведінкових або системних впливів та стратегій, що спрямовані на досягнення психологічного комфорту, на особистісне зростання, а також на лікування патології.

Основним предметом консультування осіб старших вікових груп є варіанти проходження ***кризи виходу на пенсію***, тож по ходу консультативного процесу клієнти мають набути знань про варіанти проходження цієї кризи та виявитися готовими до зміни свого способу життя і своєї внутрішньої позиції щодо життя.

ГОЛОВНІ ЗАВДАННЯ К. Л. К.:

• *Підготовка індивіда до виходу на пенсію*. Консультант, допомагаючи клієнту пройти етапи підготовки до виходу на пенсію (див. ***Вік пенсійний***), визначає його індекс пенсійної зрілості.

• *Допомога індивіду в прийнятті старості та всього минулого життя в цілому*. Консультант стимулює процес міркувань клієнта над питаннями, пов'язаними із сенсом життя. Спрямованість на пошук сенсу життя виступає шансом забезпечити собі в ***старості*** нормальне, гідне існування. За австрійським пси-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 102

хіатром і психологом В. Франклом (1905–1997), активний опір об'єктивним умовам та обставинам життя при реалізації сенсу життя є необхідною умовою психічного здоров'я і збереження особистості (Frankl, 1990).

Також, за російським психологом і педагогом О. В. Хухлаєвою (Хухлаева, 2001), до основних завдань психологічного К. л. к. належать: підвищення загального фону настрою; підвищення самооцінки; формування позитивного образу старості як часу для щастя, розвитку, внутрішнього спокою; обговорення всього того доброго, що є в актуальній життєвій ситуації.

Найбільш популярними серед осіб старших вікових груп є такі різновиди групової роботи:

• *групи, орієнтовані на реальність* — допомагають учасникам зорієнтуватися у життєвій ситуації, прийняти її, зайняти конструктивну позицію;

• *групи ремотиваційної терапії* — допомагають учасникам стати більш включеними в теперішнє та майбутнє;

• *групи спогадів* — аналізують життєві події, маючи на меті допомогти учасникам ставати більш особистісно інтегрованими;

• *психотерапевтичні групи* — спрямовані на пристосування до специфічних проблем ***старіння***, таких як втрати близьких людей;

• *специфічні тематичні групи* — спрямовані на конкретні галузі інтересів учасників, напр., здоров'я або мистецтво;

• *групи, орієнтовані на розв'язання проблем клієнтів* — зосереджуються на актуальних проблемах учасників, таких як шпиталізація або конфлікт із родичами.

На окремий розгляд заслуговують труднощі консультативної роботи з літніми клієнтами. Серед них:

• уявлення про себе як про самодостатню особистість, що, незалежно від реальної ситуації, генерується життєвим статусом індивіда;

• вороже ставлення до порад сторонніх осіб унаслідок негативного життєвого досвіду: індивід вважає, що інші люди у стосунках з ним керуються або формальними обов'язками, або вищими соціальними завданнями, але жодним чином не його особистими інтересами;

• активне або приховане небажання засвоювати нове, що є наслідком поширених у суспільстві уявлень про осіб старших вікових груп як про «зайвих», таких, у котрих «все в минулому»; (див. ***Ейджизм*** та ***Ейджизм професійний***); не останню роль

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 103

відіграє й відсутність традиції звернення до психолога в пострадянських країнах (Иванов, 1999).

Див. також ***Інтерв'ювання літніх пацієнтів*** та ***Контртрансфер стосовно літніх пацієнтів***.

КОНТРТРАНСФЕР СТОСОВНО ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ — сукупність неусвідомлених реакцій терапевта на особистість пацієнта або клієнта й особливо на його реакції переносу; проявляється в ситуації, коли терапевт молодший за свого пацієнта або клієнта. К. с. л. п. набуває таких форм:

- Терапевт вважає, що літні пацієнти — це немічні батьки, що потребують допомоги; відповідно до симптомів їхня поведінка інтерпретується як віковий варіант нормальної поведінки.
- Терапевт вважає, що літні пацієнти — асексуальні істоти, що обумовлене власними уявленнями терапевта про свою майбутню сексуальність у ***старості***; терапевт опирається своїм едіповим та приедіповим бажанням.
- Терапевт відчуває почуття помсти, реваншу та провини — т. зв. «тріумф Едіпа над Лайєм».
- Терапевт страждає від власних страхів перед старістю, побоюється залежності та немічності, страждає від ***геронтофобії***.
- У терапевта активується бажання мати ідеальних батьків, які би пестили його.
- Терапевт частково ідентифікує себе з дітьми та онуками пацієнта, внаслідок чого він тимчасово дистанціюється від пацієнта, переживає страх або гнів під час контакту з ним.
- Терапевт припускає наявність сильних почуттів любові або ненависті в пацієнта: «Хто захоче, щоб його ненавиділи його батьки?», «Хто захоче, щоб його любила стара людина?»
- Терапевт відчуває тугу за «старою мудрою людиною», вважаючи, що особам старших вікових груп чужими є агресивні афекти або сексуальні потяги.
- На контртрансфер впливають *мультиморбідність* (сполучення кількох хронічних захворювань), *коморбідність* (співіснування двох або більше синдромів) та *поліпатія* (етіологічно та патогенетично пов'язані між собою кілька хвороб або станів), що обумовлює часту зміну уваги терапевта між функціональними та соматичними симптомами.

Див. також ***Геронтопсихотерапії загальні цілі***, ***Геронтопсихотерапії специфічні цілі***, ***Інтерв'ювання літніх пацієнтів*** та ***Консультування літніх клієнтів***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 104

КОНЦЕПЦІЯ АКТИВНОСТІ — протилежність ***теорії звільнення***. За К. а., при нормальному старінні (див. ***Старіння нормальне***) повинні, в разі можливості, зберігатися соціальні зв'язки та активність середнього ***віку***. Власне ***старіння*** мислиться як безперервна боротьба за збереження середнього віку.

КОНЦЕПЦІЯ ВІКУ ЯК ВИРІВНЮВАЧА — стверджує, що відносна нерівність представників національних меншин зменшується з ***віком***, оскільки всі особи старших вікових груп зазнають однакової депривації незалежно від етнічної приналежності (див. ***Ейджизм***). Аналогічні висновки можуть бути зроблені щодо будь-якого джерела соціальних розбіжностей.

Протилежність К. в. як в. — ***гіпотеза подвійного ризику***.

КОНЦЕПЦІЯ ДРУГОЇ КОСМІЧНОЇ ШВИДКОСТІ — концепція, покладена в основу ***стратегії досягнення нехтуваного старіння інженерними методами***; стверджує, що технології удосконалюються швидше, ніж в організмі накопичуються пошкодження, асоційовані із ***старінням***.

На думку О. ді ***Ґрея***, автора К. д. к. ш., як тільки стане доступною перше покоління технологій терапії старіння, людство отримає 20–30 додаткових років здорового життя, а за цей час поступ науки ще пришвидшиться. Таким чином поступово відвойовуючи роки життя, можна буде досягти потенційного безсмертя (див. ***Безсмертя практичне***).

Див. також ***Іммортологія*** та ***Медицина антистаріння***.

КОНЦЕПЦІЯ КОМПЕНСАЦІЇ ВІКОВИХ ВТРАТ — сформульована російським психологом Л. І. Анциферовою (нар. 1924); в її основі — необхідність збереження позитивної ідентичності особистості, розвиток ***мудрості*** та специфічних стратегій подолання типових для ***віку*** пізньої дорослості труднощів.

За Анциферовою, існують 3 основні підходи до розуміння феноменів старіння та старості:

- *Біолого-медичний підхід*, згідно з яким функціональні та органічні ураження ГМ визначають психологічну деградацію осіб старших вікових груп, погіршення їхніх розумових здібностей.
- *Діяльнісний підхід* (Р. Дж. ***Хевігхерст***, Г. Кремпен, Ф. Хейл), згідно з яким люди своїми діями змінюють власне оточення, розвивають здатність долати труднощі, прокладають свій жит-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 105

тєвий шлях, а умовою поступового розвитку особистості у пізні роки є діяльнісне життя.

• *Підхід протистояння*, згідно з яким важливим фактором актуалізації потенцій суб'єкта вважається його здатність протистояти поширеним у суспільстві негативним стереотипам ***старості*** (див. ***Ейджизм***). Так, на думку американського психолога Дж. Мічема (Meachem, 1989), капіталістична система з її духом конкуренції, яка виправдовує самоствердження за будь-яку ціну, є причиною того, що людина, котра вийшла на пенсію (див. ***Вік пенсійний***), не досягнувши високого суспільного становища, деморалізується думками про прожите нею «маленьке життя».

КОРОТКА ШКАЛА ОЦІНКИ МЕНТАЛЬНОГО СТАТУСУ (Mini Mental Status Examination — MMSE) — клінічна методика, призначена для оцінки ступеня вираженості ***деменції***. Автори: М. Ф. Фольстен, С. Е. Фольстен, П. Р. Хью (Folstein, Folstein & Hugh, 1975). Передбачає оцінювання хворого за такими параметрами: орієнтація в часі, у місцезнаходженні; сприйняття, концентрація уваги і лічба, пам'ять, мовлення тощо (див. ***Додаток Г***).

Чутливість MMSE не є абсолютною: при деменції легкого ступеня вираженості сумарний бал методики може залишатися у межах нормального діапазону.

КРИЗА ВИХОДУ НА ПЕНСІЮ (криза зустрічі із старістю) — нормативна криза людського життя, під час якої індивід свідомо чи несвідомо обирає свою ***стратегію старіння***.

За російським психологом та педагогом О. В. Хухлаєвою (Хухлаева, 2002), у К. в. п. виділяють 2 основні лінії:

1) необхідність прийняття невічності власного існування;

2) усвідомлення можливості виконати ті життєві завдання, що залишилися невиконаними протягом попереднього життя, або усвідомлення неможливості їх виконання.

У разі успішного розв'язання К. в. п. в осіб старших вікових груп змінюється установка на власне життя: щезає установка на ***старість*** як на період спокою та відпочинку, сама старість починає сприйматися як період серйозної внутрішньої роботи.

Якщо індивіду не вдалося успішно розв'язати К. в. п., він важко усвідомлює необхідність зміни своїх цінностей, установок та поведінкових стереотипів. Зростає загальна ригідність, стають звичними неадаптивні способи розв'язання життєвих проблем.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 106

К. в. п. може супроводжуватися особливими реактивними станами (див. ***Адаптація до старіння***). Непсихотичний характер цих станів дозволяє їх розглядати як специфічні особистісні реакції людини, що старіє:

• *Віково-ситуативна депресія* — т. зв. депресія внаслідок «позбавлення від тягаря», або втрата сенсу життя; за австрійським психіатром В. Франклом (1905–1997), скарги на знижений настрій (особливо притаманні чоловікам) із послабленням сили афективних реакцій, прояв та посилення фізичного та психічного занепаду.

• *Іпохондрична фіксація на хворобах* — підвищена увага до хвороб, зосередження на хворобливих переживаннях (утомлюваність, короткочасні соматичні болі різної локалізації) та зовнішніх ознаках ***старіння*** (сутулість, облисіння, зморшки, випадіння зубів); увесь вільний час може бути зайнятий боротьбою із старінням, що сприймається індивідом не як природний процес, а як хвороба.

• *Маячні ідеї про притиснення* — впевненість у несправедливому ставленні з боку оточуючих (моральне притиснення, зазіхання на права, недостатня повага), що супроводжується почуттям несправедливості та образою (див. ***Параноїд інволюційний*** та ***Параноїди житла***).

• *Вимисли з ідеями власної значущості* — схильність до вимислів, вибіркова актуалізація у пам'яті тих фактів минулого, що виставляють індивіда в найвигіднішому світлі, впевненість в участі у значній події або зустрічі з видатною людиною; супроводжуються благодушно-ейфорійним настроєм.

Див. також ***Вік пенсійний***.

КРИЗА ПІЗНЬОГО ВІКУ — нормативна життєва криза, пов'язана з осмисленням, підбиттям підсумків прожитого життя, можливо, спробою щось змінити протягом часу, що залишився. За Е. Х. ***Еріксоном*** та Б. Г. ***Ананьєвим***, змістом К. п. в. є оцінка цінності та сенсу прожитого життя.

Наявність сенсу життя є критерієм розвитку особистості в будь-якому ***віці***; у ***старості*** ж цей аспект існування є вкрай важливим. За даними російського дослідника Е. А. Куруленко (Куруленко, 1999), особи старших вікових груп, котрі зберегли сенс життя, відрізняються особливою життєстійкістю і не схильні до швидкого старіння (див. ***Старіння передчасне***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 107

Л

ЛІМІТ ГЕЙФЛІКА (межа Гейфліка) — межа ділення соматичних клітин, названа на честь її першовідкривача Л. ***Гейфліка*** (Hayflick, Moorhead, 1961). Феномен Л. Г. спростовує ідею А. ***Каррeля*** про те, що клітини можуть ділитися безкінечно.

Сутність феномену Л. Г. у тому, що живі клітини *in vitro* будуть ділитися лише обмежену кількість разів, перед тим як загинути. Чим старшим є організм, з якого взяті клітини, тим менше поділів клітини відбудеться до ***апоптозу***. Ця межа знайдена в культурах усіх цілком диференційованих клітин як людини, так й інших багатоклітинних організмів. Максимальна кількість поділів залежить від типу клітин і ще більшою мірою — від організму. Для більшості людських клітин Л. Г. складає, в середньому, 52 поділи.

Звичайна історія штаму диплоїдних клітин може бути поділена на 3 фази (Hayflick, 1965):

1) зародження культури (*фаза раннього росту*, включає період, коли клітини звільнилися від інтактної тканини й щойно розташувалися на склі лабораторного посуду (первинна культура));

2) швидка проліферація клітин (*фаза швидкого розмноження клітин*, що закінчується початком клітинної дегенерації);

3) поступове зниження здатності клітин до зростання (*термінальна фаза*, що характеризується зниженням мітотичної активності).

Описане Гейфліком тристадійне життя клітин *in vitro* пізніше було уточнене і розділене на 4 стадії (Macieira-Coelho, 1988):

1) зародження культури;

2) швидка проліферація клітин;

3) зниження потенціалу зростання — настає, коли пройшло приблизно 2/3 загальної тривалості життя *in vitro*;

4) клітини вже не здатні до мітозу, проте залишаються життєздатними.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 108

Найправдоподібнішим поясненням феномену Л. Г. є гіпотеза вкорочення тіломір (див. ***Гіпотеза старіння тіломірна***); яка підтверджується тим фактом, що відновлення тіломіри подовжує життя клітини на період, значно більший Л. Г.

Феномен Л. Г. є головним аргументом на користь ***теорії запрограмованого старіння***.

ЛОНГІТЮД (англ. *longitude* — довгота) — експериментальний план, що полягає у спостереженні окремих осіб або груп протягом певного періоду часу (необхідні принаймні 2 діагностичні зрізи) з метою оцінки змін, що відбулися у зазначений період.

На відміну від плану поперечних зрізів, Л. дозволяє уникнути ефекту когорти, який впливає на валідність отриманих даних. Своєю чергою, на валідність Л. впливає систематична помилка при відборі досліджуваних, а також вибіркове вибування (див. ***Вибування вибіркове***).

Проте, зважаючи на широкий спектр індивідуальних розбіжностей в осіб старших вікових груп (див. ***Закон різноманітності***), Л. є найбільш надійним експериментальним планом, що може бути застосований для дослідження феноменів ***старості*** та ***старіння***.

Див. також ***Дослідження старості лонгітюдні*** та ***Спад термінальний***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 109

М

МЕДИЦИНА АНТИСТАРІННЯ (anti-age медицина) — сучасна клінічна медична спеціалізація, що базується на застосуванні найновіших наукових та медичних технологій для раннього виявлення, запобігання, лікування та відновлення пов'язаних із ***віком*** дисфункцій, розладів та хвороб.

ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ. У 1993 р. група вчених-дослідників вікових ефектів зібралася в Чикаго (США) для обговорення перспектив створення організації, члени якої поділяли би погляди на ***старіння*** як на хворобу, що потребує постійного спостереження та інтенсивного лікування. За підсумками зборів була утворена ***Американська академія медицини антистаріння***, члени якої провели у 1994 р. перший симпозіум із проблем антистаріння. У 1997 р. налічувалося вже 7000 членів Академії, тому її керівництво провело першу атестацію в галузі антистаріння, за результатами якої провідні медики, розробники цієї проблеми, отримали офіційний статус фахівців з М. а.

Досягнення М. а. стають усе доступнішими широким верствам населення. Так, у 2005 р. понад 90 млн американців використовували препарати проти старіння (див. ***Геропротектори***); обсяг ринку відповідних послуг сягнув 30 млрд дол., а його щорічний приріст складає 9 %.

На сьогодні Американська академія М. а. та ***Європейська асоціація медицини антистаріння*** об'єднують десятки тисяч фахівців, які поділяють думку про те, що процес старіння може бути уповільнений і навіть зупинений (див. ***Концепція другої космічної швидкості*** та ***Стратегія досягнення нехтуваного старіння інженерними методами***).

ЗАВДАННЯ ТА ЦІЛІ: М. а. має на меті збільшення ***тривалості активного життя***; збереження молодої зовнішності (див. ***Геропротекція косметична***), енергійності, сексуальності (див. ***Довголіття сексуальне***), оптимізму, бажань; відновлення

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 110

функціонального стану організму до рівня, що відповідає оптимальному функціональному стану людини у пік її активності — 30 років для чоловіків та 25 років для жінок (див. ***Омолодження***).

Див. також ***Вітаукт***.

МЕДИЦИНА ГЕРІАТРИЧНА — галузь медицини, а також практична діяльність, які спрямовані на підтримку здоров'я, діагностику та лікування осіб старших вікових груп.

Виділення М. г. обумовлене необхідністю зважати на особливості перебігу хвороб у зазначеної категорії осіб:

1) неспецифічність клінічних проявів хвороби, прихованість типових діагностичних ознак;

2) атиповість проявів хвороби (напр., безбольовий інфаркт міокарда або прихована гостра інфекція);

3) поєднана патологія (при обстеженні пацієнтів старших вікових груп зазвичай діагностуються кілька хворобливих процесів і важливий діагноз може бути пропущений через розлади, що не пов'язані з основними скаргами пацієнта) та поліетіологічність (простий симптом може бути викликаний кількома причинами).

Див. також ***Геріатрія***.

МЕЛАНХОЛІЯ ІНВОЛЮЦІЙНА — див. ***Депресія інволюційна***.

МЕНОПАУЗА (від лат. *menstruus* — щомісячний; гр. *pausis* — припинення) — необоротне припинення менструацій, що відбувається з початком ***клімактерію***, у ***віці*** приблизно 48–52 роки (для європейських жінок).

В одних жінок менструації припиняються відразу, в інших — поступово. У періоді М. можуть мати місце маточні кровотечії, що пов'язано з порушенням функції яєчників та утворенням у них жовтого тіла. М. нерідко супроводжується маскулінізацією жінки: грубішають голос та риси обличчя; змінюються статура, хода, жестикуляція; з'являється волосся на обличчі, проявляється тенденція до облисіння.

Протягом М. можуть виникати т. зв. клімактеричні неврози (див. ***Клімактерій патологічний***), частіше за неврастенічним типом. В одних випадках вони проявляються фізичною та психічною слабкістю, емоційною лабільністю із станами тривожності та страху, неприємними тілесними відчуттями з фіксацією на них та іпохондризацією, актуалізацією спогадів про минулі конфлікти

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 111

(насамперед із чоловіком). В інших випадках у структурі клімактеричних неврозів на перший план виступають байдужість, кволість, відстороненість, песимістичність.

З точки зору медицини, М. — це адаптивна реакція, що захищає організм жінки від непосильного навантаження вагітності та пологів.

З точки зору еволюційної теорії, унікальність феномену М. (самиці більшості інших біологічних видів зберігають фертильність до самої ***смерті***) пояснюється так: чим старшою є жінка, тим вищу вона має вірогідність збільшити кількість нащадків із своїми генами, якщо піклуватиметься про своїх дорослих дітей та їхніх дітей (власне своїх онуків) та інших родичів, а не народжуватиме сама (Diamond, 1996). Дана обставина обумовлена тривалим періодом дорослішання (отже, залежності) дитини. Окрім того, з кожним новим запліднення матері її наявні діти підлягають усе більшому ризику внаслідок небезпек вагітності та пологів.

Див. також ***Андропауза***.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАРІННЯ — емпіричні підходи, що розкривають сутність процесів ***старіння***. Для дослідження феномену старіння застосовують 3 головні підходи:

1) *Безпосереднє вимірювання тих чи інших показників стану досліджуваних*. Для цього проводять як поперечні дослідження з метою порівняння анатомічних, функціональних та біохімічних параметрів осіб старших вікових груп та молодших досліджуваних, так і лонгітюдні вимірювання показників одних і тих самих індивідів через певні проміжки часу. Однак тут виникає низка проблемних запитань: з якого ***віку*** варто починати подібні дослідження? Чи можна нехтувати ефектом когорти, порівнюючи показники осіб старших вікових груп та молодших досліджуваних? Чи варто нав'язувати досліджуваним старших вікових груп обтяжливі тести? Як диференціювати вікові зміни від тих, що викликані обумовленими віком захворюваннями?

2) *Використання як об'єктів для експериментів особин інших біологічних видів*. Оскільки природа генетичного коду універсальна в усьому тваринному світі й оскільки міра впливу несприятливих факторів довкілля на середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) особин різних видів є відносно однаковою, то теоретично обґрунтоване проведення таких досліджень не тільки на ссавцях, але й на птахах і навіть

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 112

на безхребетних. А внаслідок короткого життєвого циклу тварин багатьох видів відкривається можливість проводити дослідження у кількох поколіннях. Крім того, тварини можуть досліджуватися в експериментах, де участь людини є неприпустимою з етичних міркувань. Проте екстраполяція даних, отриманих в експериментах на тваринах, на людину не завжди можлива, а використання як лабораторного матеріалу приматів є вельми витратним і викликає нарікання з боку всіляких товариств із захисту тварин.

3) *Використання лабораторної культури нормальних клітин людини* (див. ***Ліміт Гейфліка***).

МИСЛЕННЯ ДІАЛЕКТИЧНЕ — особлива форма людського мислення, що розвивається з ***віком***; виділена американським психологом К. Ф. Рігелем (Riegel, 1976) на основі теорії радянського психолога С. Л. Рубінштейна (1889–1960).

М. д. дозволяє виявляти суперечності дійсності, зв'язки у природі, суспільстві та самій особистості. Такі можливості М. д. базуються на засвоєних законах та категоріях діалектики (єдність та боротьба суперечностей; перехід кількості в якість; заперечення заперечення; причина та наслідок; сутність та явище; загальне, особливе та одиничне тощо), а також досвіду, навичок та вмінь.

Див. також ***Мислення постформальне***, ***Мудрість*** та ***Стадія універсальних принципів***.

МИСЛЕННЯ ПОСТФОРМАЛЬНЕ — стадія інтелектуального розвитку, що наступає у період зрілості, після виділеної швейцарським психологом Ж. Піаже (1896–1980) стадії формальних операцій. За своїм змістом М. п. є поєднанням та врівноваженням логіки та емоцій, а тому може пояснювати феномен ***мудрості***. Стадія М. п. запропонована швейцарським психологом Г. Лебуві-Віф (Labouvie-Vief, 1992).

Виділення М. п. як окремої стадії інтелектуального розвитку, однак, є суперечливим, оскільки індивід може комбінувати як логічну, так й емоційну аргументацію — і це не викликає потреби виділяти новий тип мислення. Окрім того, значна частина осіб старших вікових груп втрачають досягнення більш ранніх стадій когнітивного розвитку, напр., помиляються у завданнях на піажетіанське збереження (див. ***Геронтизм***, ***Гіпотеза загального уповільнення***, ***Старіння інтелекту класичний паттерн*** та ***Старіння когнітивне***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 113

Див. також ***Мислення діалектичне*** та ***Стадія універсальних принципів***.

МІТОПТОЗ (від гр. *mitos* — нитка, *ptosis* — падіння, опущення) — відкритий В. П. ***Скулачовим*** (Скулачев, 1977) механізм самоліквідації пошкоджених (тож небезпечних для клітини) мітохондрій з метою захисту клітини. Поняття М. є подальшим розвитком ***теорії запрограмованого старіння*** та мітохондріальної теорії старіння (див. ***Теорія вільнорадикальна***) Д. ***Хармана***.

Причиною М. є надмірне збільшення кількості активних форм кисню, тобто вільних радикалів (див. ***Теорія вільнорадикальна***). Масовий М. призводить до ***апоптозу***. Основною з активних форм кисню, що призводять до М. і апоптозу, вважається перекис водню.

Див. також ***Феноптоз***.

МІФ ПРО СТАРІННЯ ДОПОТОПНИЙ — не підтверджені історичними розвідками переконання, згідно з якими у прадавні часи (що передували біблійному Великому Потопу) були праведні люди, які жили неймовірно довго (див. ***Довгожителі***).

Так, за Книгою Буття (1М., 5: 4–32), перша людина Адам прожив 930 років; Сиф, син Адама,— 912 років; Єнош, син Сифа,— 905 років; Кенан, син Єноша,— 909 років; Магалал'їл, син Кенана,— 895 років; Яред, син Магалал'їла,— 962 років; Енох, син Яреда,— 365 років; Метушалах (у традиційній транскрипції — Мафусаїл, звідси ідіома «мафусаїлові роки»), син Еноха,— 969 років; Ламех, син Метушалаха,— 777 років; Ной, син Ламеха,— 950 років.

За однією з гіпотез, що пояснюють М. с. д., під роками автори Старого Заповіту розуміли місяці — в такому разі йдеться про абсолютно звичну тривалість життя біблійних патріархів.

Див. також ***Довголіття***, ***Міф про старіння північний*** і ***Тривалість життя максимальна***.

МІФ ПРО СТАРІННЯ ПІВНІЧНИЙ — поширене переконання, згідно з яким представники північних народів демонструють більшу середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***), ніж представники південних.

Наукове пояснення М. с. п. полягає в тому, що існує прямий взаємозв'язок між температурою та швидкістю реакцій, що відбуваються в організмі. Так, напр., численні дослідження показали

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 114

можливість подовження життя мух-дрозофіл та коловраток шляхом їхнього утримання при субоптимальних температурах (див. ***Теорії старіння стохастичні*** → ***гіпотеза рівня життєдіяльності***).

На побутовому рівні М. п. с. п. знаходить своє вираження у спостереженні, згідно з яким південні жінки відрізняються більш «скороспілою» красою.

Див. також ***Довголіття***, ***Міф про старіння допотопний*** і ***Тривалість життя максимальна***.

МОВА ВТОРИННА ДИТЯЧА — форма негативної комунікації стосовно осіб старших вікових груп; більш негативний, поблажливий різновид ***надакомадації***. Полягає в спрощеному стилі мовлення, з високим тоном голосу та посиленою інтонацією.

Використання М. в. д. базується на припущенні, що всі особи старших вікових груп страждають на дефіцит когнітивних здібностей (див. ***Геронтизм***, ***Старіння інтелекту класичний паттерн*** та ***Старіння когнітивне***), отже, потребують спеціальної, спрощеної, форми комунікації.

Феномен власне «дитячої» мови описала американський психолог Л. Р. Капораель (Caporael, 1980). Якщо первинна дитяча мова зазвичай використовується дорослими при розмові з дітьми, то М. в. д. — при зверненні до тварин, неживих предметів та осіб старших вікових груп. Інтонаційні особливості практично ідентичні для обох типів «дитячої» мови; отже, відмінності між ними мають суто змістовий характер.

Особи старших вікових груп із зниженими функціональними можливостями надають перевагу М. в. д. перед іншими типами, оскільки вона передає спокій і турботу про них з боку комунікатора. А особи старших вікових груп, котрі відзначаються високим рівнем когнітивного та соціального функціонування, навпаки, вважають М. в. д. неввічливою, зневажливою та принизливою. Крім того, М. в. д. підкреслює залежність осіб старших вікових груп, до яких вона адресована, від тих, хто нею користується, тож є проявом ***ейджизму***.

М. в. д., як і первинна дитяча мова, є універсальним феноменом, що не залежить від історичних та соціально-економічних умов.

Див. також ***Ейджизм позитивний*** та ***Поведінка патернальна***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 115

МОДЕЛІ СТАРІННЯ — прийняті у ***геронтології*** наукові метамоделі, що з різних позицій описують сутність феномену ***старіння***. Такими основними моделями є модель ***геронтогенезу*** та модель ***інволюції***.

МОДЕЛЬ ПЕРЕПОВНЕНОЇ ДІЖКИ — див. ***Закон Рібо***.

МОДЕЛЬ ПІВКОЛА — ***стереотип старіння***, згідно з яким у ***віці*** 40–50 років індивід досягає кульмінації свого розвитку, після чого починається низхідний рух. М. п. передбачає, що на низхідній частині дуги процес розвитку відбувається за тими ж самими закономірностями, що й у дитинстві. Таким чином, М. п. є теоретичним обґрунтуванням пересічного переконання про схожість старих та дітей, асоціюючи ***старість*** із дефіцитами та дефектами.

Швейцарський психолог К. Г. Юнг (1875–1961) у процесі життя розрізняв висхідну та низхідну гілки, порівнюючи життєвий цикл із сонячним рухом. В юнгіанській традиції перебіг життя порівнюється також із водяним фонтаном. У традиційній західній психіатрії поняття інволюційної депресії (див. ***Депресія інволюційна***) базується на уявленні про поступову регресію осіб старших вікових груп до прегенітального рівня розвитку.

Альтернативою М. п. є ***модель сходів***.

Див. також ***Інволюція***.

МОДЕЛЬ СХОДІВ — запропонована Е. Х. ***Еріксоном*** модель ***етагенезу***, за якою протягом індивідуального життя відбувається висхідний розвиток, що включає в себе проходження восьми послідовних стадій:

1) орально-сенсорної;
2) м'язово-анальної;
3) локомоторно-генітальної;
4) латентної;
5) отроцтва і юності;
6) молодості;
7) дорослості;
8) зрілості.

На кожній стадії розвитку, за умов успішності проходження попередніх стадій, індивід досягає певної чесноти. Вищою й останньою стадією розвитку є ***старість***.

М. с. є альтернативою ***моделі півкола***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 116

МОДЕЛЬ ТРЬОХ ФАКТОРІВ СТАРІННЯ — комплексна ***теорія старіння***, запропонована Д. Даннефером та М. Перлмуттером (Dannefer & Perlmutter, 1990); поєднує в єдине ціле поняття біологічного (див. ***Старіння фізіологічне***), соціального (див. ***Старіння соціальне***) та психологічного старіння (див. ***Старіння психологічне***).

На думку Даннефера та Перлмуттера, ***старіння*** можна розглядати з точки зору «фізичного онтогенезу», «зовнішнього середовища» (неусвідомлена реакція на умови довкілля) та «когнітивних утворень» (рівень свідомої обробки інформації про себе та оточуючий світ). Процес старіння формується на основі злиття і взаємодії цих факторів. Якщо фізичний онтогенез є недосяжним для свідомого контролю індивіда, то когнітивні утворення визначає сама особа.

МУДРІСТЬ — вищий рівень особистісної інтеграції індивіда; кульмінаційний пункт у розвитку інтелекту людини. М. є когнітивною якістю, в основі якої лежить кристалізований, культурно-обумовлений інтелект, яка пов'язана з досвідом та особистістю суб'єкта, тому, як правило, вона асоціюється із ***старістю***.

М. уявляє із себе експертну систему знань, орієнтовану на практичний (насамперед інтерперсональний) бік життя, яка дозволяє виносити виважені судження і давати корисні поради з життєво важливих питань, включно із сенсом життя та станом справ конкретної людини.

Знання, асоційовані із М., можна поділити на такі категорії:

- *фактуальні знання* про практичний бік життя (визначення суб'єкта, об'єкта та особливостей ситуації; приклади подібних ситуацій; варіанти вирішення проблеми тощо);
- *процедурні знання* практичного боку життя (стратегії збору інформації, прийняття рішень та надання порад; вибір моменту для поради та контроль емоційних реакцій співрозмовника; аналіз проблеми з позицій «витрати — результат», сценарії поведінки; аналіз цілей та засобів);
- *контекстуальні знання*, пов'язані з подіями особистого життя та історичними змінами (урахування вікового, культурного та індивідуального контекстів ситуації, що склалася);
- *знання про відносність цінностей* (відокремлення особистих цінностей від цінностей інших людей; релігійні уподобання; сучасні та майбутні цінності; культурно-історичний релятивізм);

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 117

• *знання про непередбачуваність та невизначеність життя* (відсутність ідеального рішення; оптимізація співвідношення «здобутки / втрати»; неможливість точного передбачення майбутнього; запасні варіанти розв'язання проблеми).

За німецьким психологом П. Б. Балтесом (1939–2006) та його співаторами (Baltes et all., 1993), виділяють такі основні якості М.:

• М. пов'язана з вирішенням складних і важливих питань (сенс життя, стан тієї чи іншої людини тощо);

• із М. асоціюється виключно високий рівень знань, суджень та порад;

• пов'язані з М. судження є надзвичайно глибокими та збалансованими, можуть застосовуватися в особливих ситуаціях;

• М. поєднує в собі розум та чесноти й використовується як заради особистого добробуту, так і на користь людству;

• досягти М. нелегко, проте більшість людей легко її розпізнають.

Див. також ***Дистанціювання***, ***Мислення діалектичне***, ***Мислення постформальне*** та ***Стадія універсальних принципів***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 118

Н

НАВАНТАЖЕННЯ ДЕМОГРАФІЧНЕ — узагальнена характеристика вікової структури населення (див. ***Структура населення вікова***), що демонструє навантаження на суспільство непродуктивним населенням.

Н. д. визначається співвідношеннями численності укрупнених вікових груп: дітей (0–14 років), осіб старших вікових груп (60 років і старше), працездатного населення (умовно 15–59 років).

Виділяють такі показники Н. д.:

- відношення кількості дітей або кількості осіб старших вікових груп (або кількості дітей та осіб старших вікових груп) до кількості осіб працездатного ***віку***;
- відношення кількості осіб старших вікових груп до кількості дітей.

Основним фактором збільшення Н. д. у сучасних суспільствах виступає ***старіння населення***.

Див. також ***Коефіцієнт залежності літнього населення***.

НАДАКОМОДАЦІЯ (від лат. *accomodatio* — пристосування до чогонебудь) — форма ***ейджизму***, що полягає у специфічній поведінці молодших осіб стосовно осіб старших вікових груп, коли людина демонструє надмірну увагу, говорить голосно та переважно простими реченнями.

Різновидом Н. є феномен вторинної дитячої мови (див. ***Мова вторинна дитяча***).

НАКОПИЧЕННЯ ПЕРЕВАНТАЖЕНЬ — суттєвий чинник психічних та стресогенних розладів (див. ***Геронтопсихосоматика***), значення якого помітно зростає в похилому ***віці***.

Н. п. викликане, з одного боку, обмеженнями та втратами, що виникли незалежно одне від одного (напр., усілякі фізичні обмеження, втрата близьких осіб); з іншого боку — наслідками,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 119

обумовленими певними обмеженнями та втратами (напр., фізичні обмеження, що призводять до зниження мобільності і, як наслідок, до потрапляння у ***будинок-інтернат для осіб похилого віку та інвалідів***.

НАСИЛЛЯ ГЕРОНТОЛОГІЧНЕ (геронтонасилля) — поняття, зміст якого включає 2 аспекти:

1) насилля стосовно осіб старших вікових груп;

2) насилля з боку осіб старших вікових груп.

Н. г. проявляється як на мезо- і мікрорівнях, включаючи родинні взаємини, так і на макрорівні у форматі внутрішньої та зовнішньої політики держави. Застосування Н. г. має серйозні руйнівні наслідки, аж до фізичного знищення об'єкта (див. ***Геронтоцид***).

Н. г. класифікується залежно від форми:

- прояву (*латентне* та *демонстративне*);
- частоти прояву (*випадкове* та *стійке*);
- типу порушених норм (*мораль*, *право*, *традиції*, *етикет*);
- задіяних суб'єктів (*родичі*, *сусіди*, *сторонні особи*);
- умов проживання (*особи, котрі мешкають у родині*, та *особи, котрі мешкають окремо*).

За даними російського соціолога П. В. Пучкова (Пучков, 2009), за характером впливу в структурі внутрішньосімейної взаємодії Н. г. типологізується таким чином:

- фізичне (13,6 %);
- емоційно-психологічне (46,6 %);
- фінансово-економічне (20,7 %);
- сексуальне (0,05 %);
- медикаментозне (0,02 %);
- відсутність догляду або зневажливе ставлення до осіб старших вікових груп, позбавлення їх ресурсів (19,1 %).

На думку Пучкова, можна виділити такі фактори, що провокують Н. г.:

- закритість проблеми Н. г. у суспільстві;
- патріархально-авторитарні гендерні стереотипи;
- лояльне ставлення до Н. г. у суспільстві — насильницькі дії стосовно осіб старших вікових груп не вважаються злочином;
- ейджистські міфи та стереотипи (див. ***Ейджизм***), за якими виправдовується застосування Н. г.;
- матеріальна залежність осіб старших вікових груп від суспільства та родичів;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 120

• наркотична чи алкозалежність агентів або суб'єктів Н. г.;
• позасуспільний статус осіб старших вікових груп (див. ***Теорія розсуспільнення***);
• порушення міжгенераційної трансляції норм, цінностей та уявлень про життя;
• низький соціальний статус професій, що орієнтовані на надання послуг особам старших вікових груп, їх дефіцит, низька якість відповідних послуг;
• фізичні, психічні, моральні труднощі під час обслуговування осіб старших вікових груп;
• феномени сімейної таємниці та сорому.

НЕВРОЗ КЛІМАКТЕРИЧНИЙ — див. ***Клімактерій патологічний***.

НЕЙРОФІБРИЛИ — органели спеціального призначення нейронів та їхніх відростків (головним чином аксонів), які мають вигляд тонких ниток діаметром 0,3–0,5 мкм.

У кінці XIX — на початку XX ст. Н. помилково приписували функцію проведення нервових імпульсів (які насправді проводяться зовнішньою мембраною нейрона). Сучасна нейрологія відводить Н. опорну та дренажну функції.

Електронна мікроскопія дозволяє виявити 2 види Н.:
• *трубчасті* (діаметр 20–25 нм), т. зв. нейротубули, побудовані з білка тубуліну, які забезпечують транспорт речовин по аксону;
• *ниткоподібні* (діаметр 10 нм), т. зв. нейрофіламенти, побудовані з білка, близького до м'язового білка актину; останні особливо чисельні в рухливих кінцевих ділянках зростаючих аксонів.

У ГМ хворих на ***деменцію альцгеймерівського типу*** Н. утворюють сплетіння (т. зв. «клубки»), що, разом із амілоїдними бляшками, є підставою для постановки морфоанатомічного діагнозу зазначеної патології.

Див. також ***Гіпотеза континууму***.

О

ОБРАЗ ТІЛА — особливості сприйняття індивідом власного тіла, а також сукупність уявлень індивіда про те, як його сприймають інші люди. Таке сприйняття опосередковується суспільними та культурними нормами, які, своєю чергою, є історично обумовленими.

По ходу ***старіння*** люди змінюють свої уявлення про ідеальне тіло, роблячи поправку на ***вік***; це дозволює їм ставитися до себе як до фізично привабливих осіб на кожній стадії свого ***етагенезу***. У випадку неприйняття індивідом власного тіла, що старішає, підвищується ризик розвитку дезадаптивних реакцій унаслідок заперечення ***старості*** (див. ***Типологія старих та старості***).

ОДРЯХЛІННЯ — процес різкого послаблення фізичного стану індивіда, що зазвичай відбувається у ***віці*** пізньої ***старості***; процес, результатом якого є стареча дряхлість (див. ***Дряхлість стареча***).

Про О. свідчать такі симптоми: м'язова слабкість; утомлюваність; зниження фізичної активності; втрата ваги. Поява одного чи двох із зазначених симптомів означає прискорення процесу ***старіння*** і підвищує ризик інвалідизації або ***смерті*** (див. ***Спад термінальний***) у найближчі 3 роки.

За однією з моделей О., в основі цього феномену лежать специфічні біологічні механізми, пов'язані з хронічними запальними процесами в організмі. На процес зношування впливають також різноманітні гени (див. ***Теорії старіння генетичні***), гормональний рівень, спосіб життя (див. ***Герогігієна***), екологічні фактори.

Див. також ***Старіння цикл*** → ***одряхління***.

ОМОЛОДЖЕННЯ — повернення за допомогою певних засобів органам, частинам тіла чи організму в цілому фізичних можливостей і зовнішнього вигляду, що притаманні молодшому ***віку***;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 122

протилежність ***одряхлінню***. Значення понять «О.» та «подовження життя» часто не розрізняють, оскільки вони переслідують спільну мету — тривале і здорове життя.

Засобами О. та подовження життя в давні часи й у різних народів вважалися різномантні речі, напр.:

Квітка безсмертя з шумерського «Епосу про Гільгамеша» (бл. 2000 до н. е.).

Риболовля в ассирійців — вважалося, що час, проведений на риболовлі, не зараховується богами в загальну тривалість людського життя, тому життя людини збільшується на цей час.

Часник у давніх єгиптян — у великих кількостях використовувався у профілактичних та лікувальних цілях.

Даоські техніки в Китаї — поділялися на засоби внутрішньої та зовнішньої трансформації.

Засоби внутрішньої трансформації: медитація (з метою впливу на дао); дихальні вправи (оскільки через дихання здійснюється зв'язок між людиною та богом, то контроль процесу дихання означає контроль над духом); дао кохання, або сексуальна техніка (застосовувалося для збільшення своєї життєвої сили за рахунок отримання її від численних партнерів-недаосів; метою цієї «даоської йоги» було подовження збудження при відтермінуванні оргазму, який асоціювався із втратою життєвої енергії); гімнастика кунг-фу (мала допоміжне значення для удосконалення в дихальній та сексуальній техніках).

Засоби зовнішньої трансформації: напій тан, або кін-тан («золотий еліксир», основу якого складала кіновар, або червона сірчана ртуть, у поєднанні з червоним сірчаним миш'яком, содою, перламутром тощо; приготування зілля тривало 9 міс., протягом яких із ним відбувалося 9 перетворень).

Метод мокса (припікання певних точок тіла) в Японії.

Вогонь (робив смертне тіло безсмертним, випікаючи його смертні частини), *вино* (олександрійський лікар Ерасістрат (бл. 300–240 до н. е.) рекомендував додавати в будь-яку їжу, навіть у молоко, 3 краплини доброго вина), ***герокомія*** в давніх греків.

Система Асклепіада (бл. 128–56 до н. е.): промивання шлунка, масаж живота, лазня, гімнастика та обмеження в їжі.

Кров: у Давньому Римі старі кидалися на арену після закінчення гладіаторських боїв, щоб встигнути вмитися молодою

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 123

кров'ю; король Франції Людовик XI (1423–1483) в останні роки свого життя пив кров дітей, яких для нього навмисно різали; угорська графиня Є. Баторі (1560–1614) приймала ванни з крові цнотливих дівчат, щоб повернути свою красу (загальна кількість жертв сягнула 650 осіб).

Філософський камінь, або п'ятий елемент алхіміків (вважалося, що тіло людини та інших земних істот складається з 4-х типів елементів, а 5-й елемент є божественним).

Аугсбурзький життєвий еліксир — мікстура, що містила проносні та смолисті речовини.

Ін'єкції тестикулярної витяжки, за методом Ш. ***Броун-Секара***.

Спермоль-спермін — спиртово-водна витяжка із сім'яників тварин, за методом академіка В. Я. Данилевського (1852–1939).

Стимулол (фосфорнокисла сіль натрію) — дешевший і доступніший аналог тестикулярної витяжки, за методом Броун-Секара, розроблений у Бельгії (Crocq, 1914).

Пересадка статевих залоз, за методом С. О. ***Воронова***.

Кон'югація крові, за методом російського філософа, соціолога та природодослідника О. О. Богданова (Малиновського) (1873–1928),— базувалася на популярній свого часу теорії про те, що ***безсмертя*** одноклітинних організмів пояснюється їхньою здатністю до кон'югації один з одним (тобто до обміну генів у сучасному розумінні); звідси логічний висновок про те, що кон'югація клітин крові різних людей сприяє подовженню їхнього життя.

Клітинна терапія (використання тканинних екстрактів, у т. ч. ембріональних), за методом швейцарського лікаря П. Ніханса (1882–1971); кількість його пацієнтів сягнула десятків тисяч, серед них були Папа Пій XII (1876–1958), У. Черчілль (1874–1965), Ш. де Голль (1890–1970), К. Аденауер (1876–1967), У. С. Моем (1874–1965), Т. Манн (1875–1955).

Див. також ***Геропротектори***, ***Концепція другої космічної швидкості***, ***Медицина антистаріння***, ***Стратегія досягнення нехтуваного старіння інженерними засобами*** та ***Терапія стовбуровими клітинами***.

ОНКОГЕРОНТОЛОГІЯ (від гр. *onkos* — здуття; *gérōn* — старий; *logos* — учення) — розділ ***геріатрії***, що вивчає етіологію, перебіг та методи терапії онкологічних захворювань в осіб старших вікових груп.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 124

Необхідність виділення О. в окрему науку обумовлюється підвищенням ризику онкологічних захворювань із збільшенням ***віку***.

ОРГАНІЗАТОР СОМАТОГЕННИЙ — чинник індивідуального розвитку в другій половині життя (виділяють також потяг як організатор психосексуального розвитку в перші роки життя та об'єктний організатор, що спрямовує розвиток у дорослому ***віці***).

Оскільки психічне «Я» співвідноситься з тілом, а внаслідок фізіологічного старіння (див. ***Старіння фізіологічне***) змінюється сприйняття тіла та його функцій (див. ***Образ тіла***), то відбувається когнітивна переробка цих змін на особистісному рівні, що й обумовлює феномен О. с. Дійсно, за даними ***Берлінського дослідження проблем старості***, якщо в ранньому та середньому віці в центрі уваги знаходяться професія, друзі та сім'я, то в глибокій ***старості*** центральне місце посідає турбота про власне здоров'я та розумова працездатність.

ОРГАНОПТОЗ (від гр. *organon* — знаряддя, інструмент; *ptosis* — падіння, опущення) — відкритий В. П. ***Скулачовим*** (Скулачев, 1977) механізм самоліквідації органу внаслідок масового ***апоптозу*** його клітин. Поняття О. є подальшим розвитком ***теорії запрограмованого старіння***.

Див. також ***Мітоптоз*** та ***Феноптоз***.

ОРТОБІОЗ (від гр. *orthos* — прямий; *bios* — життя) — букв. «пряме життя» — розроблене І. І. ***Мечниковим*** учення про найповніший цикл людського життя, що має призвести до ***старості***. Згідно з концепцією О., найвище щастя людини полягає в нормальній еволюції чуття життя, що призводить до тривалої, спокійної та бадьорої старості і, нарешті, до чуття насиченості життям і бажання ***смерті***.

Центральне місце у філософії О. посідає уявлення про творчу, продуктивну та соціально-активну старість (див. ***Довголіття активне***). У поняття О. його автор вкладав широку програму раціоналізації індивідуального життя: харчова дієта з перевагою овочів, фруктів та кисломолочних продуктів (див. ***Геродієтика***), нормальна праця, здоровий відпочинок, особиста гігієна (див. ***Герогігієна***), профілактика хвороб. Учення про О. розроблювалося Мечниковим як відповідь на наростаючу «песимізацію»

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 125

суспільства Російської імперії кінця XIX ст., коли самогубства і смерть стали буденним явищем.

ОСТЕОПОРОЗ (від гр. *osteon* — кістка; *poros* — отвір) — розрідження кісткової тканини внаслідок атрофічних змін кісток, що проявляється на всіх рівнях їх організації. У 70-річному ***віці*** щільність кісткової тканини складає в чоловіків 70 % від нормальної, в жінок — 60 % від нормальної.

Більша схильність жінок до О. пояснюється тим, що після ***менопаузи*** в їхній крові знижується рівень естрогенів (Belsky, 1984).

Див. також ***Остеохондроз***.

ОСТЕОХОНДРОЗ (від гр. *osteon* — кістка; *chondros* — хрящ) — деструктивні зміни хрящової тканини міжхребцевих дисків.

Розвитку і загостренню О. сприяють мікро- і макротравми, статичні і динамічні навантаження. У пізньому ***віці*** О. зустрічається у 83–98 % випадків.

Основними формами О. є шийний, грудний та поперековокрижовий О.

ШИЙНИЙ О. проявляється синдромами цервікаго і цервікалгії (від лат. *cervix* — шия; грец. *algia* — біль).

Цервікаго (шийний простріл) проявляється раптово, зазвичай у момент здійснення руху головою, при цьому виникає гострий біль у шиї, що підсилюється навіть при ледь помітному русі і віддає в потилицю, голову, грудну клітину. Голова і плечовий пояс приймають вимушене положення; м'язи шийно-грудного відділу напружуються, стають твердими, різко обмежується рух у шийному і верхньогрудинних відділах хребта і в ділянці плечового суглоба. Тривалість загострення хвороби — близько 10 днів.

Цервікалгія починається зазвичай поступово, поволі. Турбують болі, парестезії, явища дискомфорту в ділянці шиї. Болі зазвичай тупі, ниючі, що позбавляють індивіда можливості нормально спати, рухатися, викликають роздратування і втому. М'язи шийно-грудного відділу напружуються, рухливість цього відділу хребта та плечового суглоба обмежується. Тривалість загострення — близько 2 тиж.

ГРУДНИЙ О. проявляється синдромами дорсаго і дорсалгії (від лат. *dorsum* — спина; грец. *algia* — біль).

Дорсаго (грудний простріл) проявляється раптовим гострим, сильним болем в ураженому відділі хребта. Зазвичай біль

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 126

виникає в осіб, які займаються сидячою роботою, нахилившись над столом; біль може виникнути при вставанні з-за стола після тривалої роботи. Боляче навіть дихати; м'язи різко напружені, значно обмежена свобода рухів у шийно-грудному або в поперекова-грудному відділах. Загострення триває до 2 тиж.

Дорсалгія починається поступово, непомітно і триває до 2-3 тиж. Характерні нерізко виражений біль в ураженому відділі хребта і різні явища дискомфорту. Больові відчуття посилюються при глибокому диханні і нахилах уперед або вбоки. Спостерігаються напруження м'язів та обмеження рухів у шийно-грудному (верхня дорсалгія) або поперекова-грудному відділах (нижня дорсалгія).

ПОПЕРЕКОВИЙ О. проявляється синдромами люмбаго, люмбалгії та люмбоішіалгії (від лат. *lumbalis* — поперековий; грец. *ischi* — сідничий; грец. *algia* — біль).

Люмбаго (поперековий простріл) виявляє себе раптовим гострим болем зазвичай під час незграбного руху (нахил уперед одночасно з поворотом убік), підйому ваги або тривалого фізичного зусилля, часто в поєднанні з переохолодженням. Найменші рухи, розмова підсилюють біль. Якщо людина перебувала у вертикальному або зігнутому положенні, то нерідко вона не може самостійно сісти. Біль може віддавати в грудну клітку, низ живота, сідниці. Самопочуття звичайно полегшується у положенні лежачи; хворі при цьому лежать на спині із зігнутими ногами або на животі. Це триває 20–30 хв., іноді кілька годин, потім біль зменшується. Зрідка при люмбаго біль наростає поступово і стає максимальним до кінця першої або на другу добу. Цілком біль зникає через 3–5 днів, іноді через 2–3 тиж.

Люмбалгія — це хронічний негострий біль у попереку, який не пов'язаний із певним рухом. Іноді больові відчуття можуть викликати спокійні рухи, напр., підйом після сну або вихід з автомобіля. Із часом хворі з досвіду знають, які рухи і пози підсилюють або послаблюють біль; вони самостійно ходять, виконують певну роботу, але їм важко згинатися, а зігнувшись, ще важче розігнутися. Нахили тулуба вбоки обмежені меншою мірою, ніж уперед та назад. Біль посилюється при тривалому сидінні або стоянні, тому доводиться часто змінювати положення тіла. Зазвичай хворі намагаються сидіти на краєчку стільця або щільно притулившись до сидіння. Характерно, що

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 127

біль більше турбує вранці, зменшується або зникає після фізичних вправ або під час роботи, пов'язаної з рухом. Часто біль зменшується або проходить у положенні лежачи, тому що зменшується навантаження на міжхребцеві диски. Найбільш зручна поза в ліжку — лежати із зігнутими ногами на боці.

Люмбоішіалгія проявляється болями в попереку, що поширюються на одну або обидві ноги. Вона виникає після підвищеного навантаження на м'язи попереку і ніг або переохолодження. Біль може бути слабким, ниючим або пекучим. При підвищеному тонусі судин хворі можуть відзначати мерзлякуватість у ногах. Ноги при цьому стають більш блідими, холодними на дотик. При зниженому тонусі (що зустрічається значно рідше) можливе відчуття жару, тепла в ногах. На різних ділянках ніг температура іноді буває різною. Спочатку в хворих може відзначатися збліднення нігтьових фаланг, яке відтак поширюється на стопу, супроводжується онімінням, печією, поколюванням, розпиранням. Блідість іноді може змінюватися синюшністю. Крім цього, хворі нерідко страждають рефлекторними деформаціями поперекового відділу хребта.

Див. також ***Остеопороз***.

П

ПАРАНОЇД ІНВОЛЮЦІЙНИЙ (від гр. *para* — поруч, відхилення від чогось; noe — сприймати, мислити; *-eides* — подібний) — психопатологічний синдром, що спостерігається при маячних психозах пізнього віку (див. ***Психози інволюційні***). Уперше виникає в пізньому ***віці*** й характеризується маячнею «малого розмаху» (оскільки не виходить за межі побутових взаємин), часто в сполученні із слуховими галюцинаціями, псевдогалюцинаціями, явищами психічного автоматизму.

СИМПТОМАТИКА І ПЕРЕБІГ. П. і. характеризується поступовим розвитком стійкої маячні на фоні ясної свідомості і зовні відносно впорядкованої поведінки. У маячну концепцію залучаються особи з найближчого оточення (родичі, близькі, сусіди), котрі підозрюються в навмисному заподіянні тої чи іншої шкоди — переслідування, отруєння, ошукування тощо. Хворі впевнені в тому, що сусіди таємно псують їхні речі, проникають у житло шляхом підбору ключів або відмичок, підсипають в їжу сіль або отруйні речовини, пускають газ під вхідні двері тощо. І все це робиться з метою вижити хворого з квартири, завдати матеріальних збитків або зашкодити його здоров'ю. Хворі при цьому можуть маячним чином інтерпретувати свої тілесні відчуття (напр., кашель та серцебиття — як результат отруєння газом; кишкові розлади та пронос — як результат отруєння, вчиненого сусідами). Хворі вельми активні та вперті у відстоюванні своїх маячних переконань та боротьбі з позірними ворогами: вони пишуть скарги у відповідні інстанції, влаштовують стеження та засідки, захищаються замками, запорами та «секретами». На відміну від інволюційної меланхолії (див. ***Депресія інволюційна***), настрій хворих не знижений. Можливим також є розвиток маячні ревнощів (особливо в чоловіків), при якій пересічні факти інтерпретуються як подружня зрада. Створюється маячна система з неадекватною оцінкою минулих подій. Хворі з маячнею ревнощів соціально небезпечні,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 129

оскільки можуть домагатися розправи над позірним коханцем або коханкою, а також об'єктом ревнощів.

ДІАГНОСТИКА. Відмітною рисою П. і. є пізній початок (після 50 років). Серед преморбідних рис особистості можна виділити підозрілість, пунктуальність, ригідність, які в подальшому переростають у конфліктність, ворожість, мстивість. Навіть при тривалому перебігу не виявляється тенденція до ускладнення маячних розладів (як при шизофренії), а також не наступає розумова слабкість (див. ***Деменція***). Поза тематикою маячні хворі зберігають соціальні зв'язки, орієнтуються в побутових питаннях, у деяких випадках продовжують трудову діяльність. За умов своєчасного початку лікування прогноз хвороби сприятливий.

Див. також ***Параноїди житла***.

ПАРАНОЇДИ ЖИТЛА — особлива група психічних розладів пізнього ***віку***. Зміст маячні та галюцинацій хворих прив'язаний до місця їх проживання. Такі розлади належать до різновиду інволюційних психозів (див. ***Психози інволюційні***); серед них можна виділити маячні паранойяльні психози й т. зв. параноїди пізнього віку (див. ***Параноїд інволюційний***).

Особливістю П. ж. є «комунальний» характер соціальних умов хворого; отже, зміст маячні спирається на цілком конкретні соціальні та культурні фактори. Сама маячня при цьому настільки систематична й укладається в рамки раціональності, що виявити маячний характер висловлювань утруднено.

Термін П. ж. запропонував російський психіатр А. В. Медведєв (Медведев, 1990).

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ МАЯЧНІ. Увага хворих прикута до окремих деталей обстановки, в яких вони спостерігають насторожуючі зміни: переміщення речей в інше місце, псування чи підміну. Маячнею перероблюються спогади про минулий стан предметів; за відсутності явних мнемічних розладів, хворі, проте, стверджують, що речі зіпсовані або виведені з ладу. Так, певна давно набута якість речей сприймається як нещодавня. При цьому домислюються цілком певні причини таких змін, а як доказ наводяться конкретні очевидні факти (дірка, подряпина, зникнення, переміщення та ін.). Для хворого стає очевидним, що хтось проникав у його житло з недобрими намірами.

Напр., хворий власноруч ховає річ, побоюючись, що її поцуплять,— і сам же втрачає свою власність, оскільки забуває про схованку. Неможливість знайти заховане інтерпретується, своєю

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 130

чергою, як крадіжка. Забування місця схованки різко контрастує з чіткою пам'яттю на обставини, за яких річ була схована. Якщо річ пізніше віднаходиться, це трактується як провокація з боку сусідів, які її «підкинули».

На ранніх стадіях етіопатогенезу зберігається критичне ставлення до дійсності і випадки подібних знахідок ще визнаються такими, що не залежать від дій сусідів (хоча це не спонукає хворого вибачатися за звинувачення у крадіжці). У подальшому ж суб'єктивна маячна реальність стає все менш проникною для реальності й усе більшою мірою позначається маячнею взаємин.

Нерідко П. ж. включають як частину клінічної картини галюцинації — слухові (сусіди копирсаються в замку, намагаючись одчинити двері, гримають, голосно розмовляють під дверима) і нюхові (різко й неприємно тхне з коридору, відчувається запах від сусідів тощо). Такі твердження різко контрастують із загальним рівнем гігієни житла хворого (див. ***Синдром Діогена***) і його власними запахами (яких він сам не відчуває).

Із розвитком захворювання комунальні взаємини поступово стають центром інтересів особистості хворого. Порушена здатність до спілкування проектується на оточуючих, що й призводить до переконаності у загальній змові. Поведінка хворого спрямовується на боротьбу з ворогами і пошуки правди.

ПАРАФРЕНІЯ (від гр. *para* — поруч, відхилення від чогось; *phrēn* — розум) — виділена німецьким психіатром Е. Крепеліном (1856–1926) нозологічна форма, що характеризується своєрідною клінічною картиною, насамперед наявністю парафренної маячні, систематизованої або несистематизованої, з ідеями величі та переслідування, конфабуляціями, ретроспективними тенденціями в утворенні маячні, хибними впізнаваннями (Kraepelin, 1913). Надалі розглядалася синдромологічно, в структурі різних психозів, у т. ч. інволюційних (див. ***Психози інволюційні***).

Виділяють такі форми П.:

П. еротична (Carpas, 1915) — хронічний галюциноз передпохилого і похилого ***віку***, що спостерігається переважно в 40–50-річних жінок, часто неблагополучних у сімейному житті; характеризується слуховими галюцинаціями еротичного змісту, іноді — загрозливими. Зміст галюцинацій — докори в аморальних вчинках, хтивості, адюльтері (див. ***Депресія інволюційна***). Іноді галюциноз супроводжується маячними ідеями переслідування та ставлення, також еротично забарвленими.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 131

Початок підгострий, перебіг нападоподібний.

П. інволюційна (Serko, 1919) — маячний психоз пізнього віку, характеризується маячними ідеями впливу та переслідування, що нерідко призводять до зміни оцінки власної особистості. У змісті маячні особливу роль відіграють сексуальні мотиви. Мають місце обмани пам'яті (конфабуляції) і коливання настрою, змінюється мовлення.

П. меланхолійна— ендогенні депресії переважно пізнього віку, що є кульмінацією депресії з маячнею. Відмічається фантастичний характер депресивних ідей (самозвинувачення, самоприниження, іпохондричні ідеї), які нерідко поєднані з нігілістичною маячнею та синдромом Котара (маячня величі). Самоусвідомлення не порушене, сновидно-онейроїдні розлади відсутні.

П. пізня (Roth, 1975) — психоз, що виникає у віці 75–80 років і характеризується високосистематизованою парафренною маячнею. Можливі маячні ідеї збитку, ошукування, еротичного змісту, слухові галюцинації. Емоційна сфера має нерідко депресивне забарвлення. Тривалий час хворий зберігає правильне орієнтування, добрий контакт з оточуючими, в нього збережені пам'ять та увага. Із часом може формуватися психічний дефект, що характерний для сенільної деменції.

П. пресенільна (Albrecht, 1914) — психоз, що описаний переважно в жінок менопаузального віку (див. ***Менопауза***), приблизно у віці 45–55 років. Для клінічної картини характерним є сполучення систематизованого маячного синдрому (ідеї ставлення, переслідування, величі, нерідко ідеї сексуального характеру) із слуховими галюцинаціями.

Див. також ***Параноїд інволюційний*** та ***Параноїди житла***.

ПАРКІНСОНІЗМ — див. ***Хвороба Паркінсона***.

ПАРКІНСОНІЗМ МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ — симптоми, подібні до хвороби Паркінсона, проте ятрогенного походження.

П. м. (а також інші екстрапірамідні розлади) спостерігається в пацієнтів старших вікових груп унаслідок прийому низки препаратів седативної, протиблювотної та протизапаморочливої дії. При припиненні прийому препаратів зазначених груп симптоми П. м. щезають.

П. м. часто не розпізнається лікарями загальної практики, які помилково діагностують деменцію.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 132

ПЛЕЙОТРОПІЯ АНТАГОНІСТИЧНА (від гр. *pleiōn* — більше, *tropos* — поворот; *antagōnisma* — суперечка, боротьба) — біологічна ***теорія старіння***, що базується на еволюційних засадах. П. а. є різновидом плейотропії. Під плейотропією американський еволюційний біолог Дж. К. Вільямс (нар. 1926), котрий і запропонував цей термін, розумів обумовленість одним геном кількох різноспрямованих фенотипових ефектів. Так, згідно з теорією П. а., в організмі мають існувати плейотропні гени, що по-різному впливають на організм у різні періоди його життя, тобто корисні у молодому ***віці***, коли ефект природного відбору є сильним, і шкідливі пізніше, коли ефект природного відбору слабшає (Williams, 1957).

Плейотропні гени підтримуються в популяції завдяки їхньому позитивному ефекту (насамперед на репродуктивну сферу) в молодому віці, незважаючи на їхні негативні ефекти в пізньому віці, до якого доживає незначна частина популяції. Ефект цих генів у пізньому віці — це і є процес ***старіння***, незалежно від того, чи обумовлюють вони власне старіння, чи тільки не зупиняють пошкодження, викликані іншими факторами.

Дж. К. Вільямс висунув ідею компромісу між розмноженням і тривалістю життя, за якою швидкий розвиток індивіда має корелювати з його швидким старінням. Цей прогноз був підтверджений в експериментах на плодовій мушці *Drosophila melanogaster*: обмежуючи розмноження до пізнього віку, вдалося збільшити тривалість життя піддослідних особин. Навпаки, серед мух-довгожителів спостерігалася зменшена плодовитість. Аналогічний ефект спостерігався й серед круглих черв'яків *Caenorhabditis elegans*.

Окремим випадком П. а. є ***теорія відпрацьованої соми***.

ПОВЕДІНКА ПАТЕРНАЛЬНА (від лат. *paternus* — батьківський) — різновид позитивного ейджизму (див. ***Ейджизм позитивний***); протекціоністська поведінка стосовно осіб старших вікових груп, в основі якої — усвідомлене або неусвідомлене припущення про їхню неспроможність самостійно долати повсякденні проблеми.

В очах агента П. п. особи старших вікових груп подібні до дітей, що потребують постійного нагляду й допомоги заради їхньої ж безпеки (див. ***Інфантилізація***).

Див. також ***Мова вторинна дитяча*** та ***Надакомодація***.

ПОВЕДІНКА ПОДОЛАННЯ — дії та реакції індивіда, спрямовані на зниження інтенсивності зовнішніх негативних факторів і на контроль внутрішніх процесів, пов'язаних із стосунками з ото-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 133

ченням. Погляди на П. п. в осіб старших вікових груп різноманітні: за Д. Л. Гутманом (Gutmann, 1969, 1975), П. п. з ***віком*** регресує; за Г. Вейлантом (Vaillant, 1977), з віком виробляються більш зрілі форми П. п. (напр., у стресових ситуаціях особи старших вікових груп частіше виявляють мудру безпристрасність та почуття гумору).

За швейцарським психологом і психіатром К. Г. Юнгом (1875–1961), стилі П. п. у чоловіків та жінок із віком змінюються порізному (Jung, 1933). Чоловіки переходять від активного стилю П. п. до пасивного — від екстравертованої відповідальності за інших та готовності приймати рішення до інтровертованої потреби виражати всю складність своєї особистості, у т. ч. і тих її рис, що прийнято вважати жіночими. Поступово старіючи, чоловіки просуваються до стиля т. зв. «магічної влади», використовуючи який, вони відбивають атаки реальності за допомогою прийомів, серед яких проекція та викривлення (Gutmann, 1969, 1975). Жінки, навпаки, з віком переходять від інтровертованої залежності і пасивності до екстравертованої практичності та орієнтації на владу.

За Гутманом, представники обох статей таким чином реагують на звільнення від батьківського імперативу, тиску з боку суспільства, що примушують чоловіка нести відповідальність за матеріальний добробут родини, а жінку — бути берегинею домашнього вогнища; будь-які риси, що суперечать цим ролям, мають бути при цьому пригнічені.

За даними поперечних досліджень С. Фолкман та її колег (Folkman et al., 1987), у ранній дорослості людям притаманний радше активний, конструктивний (проблемно-орієнтований) стиль, тоді як у ***старості*** люди схильні до більш пасивного та емоційного реагування на проблеми. При цьому контекстуальні відмінності, пов'язані з пережитими в різному віці стресогенними ситуаціями, практично не впливають на стилі П. п. у пізньому віці. Гендерних відмінностей у стилях П. п. дослідниця не виявила.

Навпаки, у дослідженні Р. Маккрея (McCray, 1989), не вдалося виявити стійкої картини змін П. п. із віком.

Див. також ***Горе антиципаторне***.

ПОЛІТИКА ГЕРОНТОЛОГІЧНА — див. ***Геронтополітика***.

ПОТРЕБИ ПІЗНЬОГО ВІКУ — виділені К. Рощаком (Рощак, 1990) групи потреб, що притаманні особам старших вікових груп.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 134

Серед них:

• *Провідна група* включає потреби в уникненні страждання, у порятунку, в сталості (виражається у прив'язаності індивіда до певних осіб, предметів; наданні переваги передбачуваності та стереотипності; намаганні уникати нових та неординарних ситуацій).

• *Середня група* включає потреби в автономії (проявляється в ідеї власної незалежності, свободи, намаганні йти по життю власним шляхом, опиратися примусу). Сюди ж належать прояви впертості, несприйняття чужої думки, підозрілість (часто необґрунтована); стереотипні оцінки та переконання, що превалюють у світобаченні).

• *Внутрішня група* включає потреби у захисті свого «Я» від постійного втручання, в небажанні розкриватися, намаганні зберегти недоторканним свій внутрішній світ.

ПОХИЛОГО ВІКУ ОСІБ АПППЕРЦЕПЦІЇ ТЕСТ (The Senior Apperception Technique — SAT) — проективна методика дослідження особистості, запропонована американськими психологами Л. Беллаком і С. Беллак (Bellak & Bellak, 1973; перероблене видання: Bellak & Bellak, 1985). SAT призначений для діагностики осіб у ***віці*** від 65 років з метою розкриття та індивідуалізації психологічних труднощів, що зазнають особи старших вікових груп.

Стимульний матеріал складається із 16 стандартних чорно-білих таблиць-малюнків, що були відібрані з попередньо складених 44 таблиць-малюнків. Автори виходили з припущення, що малюнки мають стосуватися як негативних (хвороби, самотність тощо), так і позитивних сторін життя осіб старших вікових груп. За словами авторів методики, «малюнки зображають ситуації, що часто трапляються в повсякденному житті, а тому цілком вірогідно, що вони викличуть типові реакції, почуття та думки, які стосуються цих ситуацій» (Bellak & Bellak, 1985).

SAT відмітний як різноманітністю даних, які можуть бути отримані, так і специфікою розповідей досліджуваних. Використання SAT як інструменту клінічної бесіди має на меті допомогти досліджуваному вербалізувати проблеми, що його непокоять, виявити конкретні причини актуального психічного стану. Інтерпретація розповідей SAT подібна до відповідної у TAT (Тематичної апперцепції тест) та CAT (Дитячої апперцепції тест).

Див. також ***Геронтологічний апперцепційний тест***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 135

ПОХИЛОГО ВІКУ ОСІБ ЖИТТЄВІ ПОЗИЦІЇ — паттерни ставлення до життя, що формуються в осіб старших вікових груп залежно від їхніх особистісних особливостей та обумовленого ними життєвого шляху.

Польський геронтолог К. Вишневська-Рошковська виділяє такі П. в. о. ж. п. (Visnevska-Rozkovska, 1989):

• *Конструктивна позиція* притаманна особам старших вікових груп, які протягом усього свого життя були спокійними, задоволеними та доброзичливими. У ***старості*** вони зберігають ці риси: позитивно ставляться до життя, якому радіють, а водночас можуть миритися із ***смертю***, що наближається, не бояться її. Вони активні, намагаються допомагати іншим, не роблять трагедії із своєї старості та хвороб, шукають розваг та контактів із людьми. Завдяки цьому вони благополучно проживають останній період свого життя.

• *Залежна позиція* притаманна особам старших вікових груп, які протягом життя не дуже довіряли собі, були слабкодухими, поступливими, пасивними. Старіючи, вони ще дужче шукають допомоги, визнання; а не отримуючи цього, відчувають себе нещасними та ображеними.

• *Захисна позиція* формується в осіб старших вікових груп, які нібито вкриті бронею: вони не намагаються зближуватися з людьми, не бажають отримувати від будь-кого допомогу, тримаються замкнуто, відгороджуються від людей, приховують свої почуття. Вони ненавидять старість, оскільки вона вимагає від них відмови від роботи та активності.

• *Позиція ворожості до світу* притаманна гнівливим старим, які звинувачують оточуючих та суспільство у всіх своїх поразках та невдачах. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять та не хочуть ані від кого залежати, відчувають відразу до старості, чіпляються за роботу, як за рятівне коло.

• *Позиція ворожості до себе та до свого життя* притаманна пасивним індивідам, без інтересів та ініціативи в старості, схильних до депресії та фаталізму. Вони відчувають себе самотніми та непотрібними, вважають своє життя таким, що не вдалося, ставляться до смерті як до позбавлення від нещасливого існування.

ПРЕСБІАКУСІС (від гр. *presbys* — старий; *aku* — чую) — букв. «старечий слух» — форма порушення слухової чутливості в осіб старших вікових груп; полягає у пропорційно більшому зниженні

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 136

сприйняття звуків високої тональності щодо низької. Іноді ця проблема ускладнюється феноменом збільшення сприйняття гучності: більш високі звуки сприймаються гучніше, часто до такої міри, що стають болісними або спотвореними.

Серед причин П. виділяють затвердіння кісточок середнього вуха, більшу вразливість детекторів високих частот у внутрішньому вусі, вікові зміни у функціонуванні деяких нервів, генетичні фактори.

Порушення здатності чути високочастотні звуки робить світ звуків приглушеним, у т. ч. позбавляє осіб старших вікових груп можливості повноцінно сприймати музику.

Див. також ***Суїцид інволюційний*** → ***нарцисична криза*** та ***Тіннітус***.

ПРЕСБІОПІЯ (від гр. *presbys* — старий; *ps* (*pos*) — погляд) — букв. «старечий зір» — форма порушення зорової чутливості в осіб старших вікових груп; полягає у послабленні акомодації ока, що викликано зниженням еластичності кришталика. Названий дефект проявляється у далекозорості.

Див. також ***Суїцид інволюційний*** → ***нарцисична криза***.

ПРЕСБІОФРЕНІЯ (від гр. *presbys* — старий; *phrēn* — розум) — особлива форма старечої розумової слабкості, що характеризується відносно неглибокою ***деменцією*** з емоційною жвавістю при наявності виражених розладів пам'яті.

Термін увів німецький психіатр К. Л. Кальбаум (1828–1899), проте в його розумінні (Kahlbaum, 1863) поняття П. мало ширше значення й відповідало сучасним уявленням про сенільну деменцію (див. ***Деменція сенільна***).

Німецький невролог і психіатр К. Верніке (1848–1905) запропонував розділяти *хронічну П.* (відповідає сучасним уявленням про конфабуляторну форму старечої розумової слабкості) та *гостру П.* (клінічна картина старечого делірію) (Wernicke, 1881). У низці випадків пресбіофренний синдром є лише стадією розвитку захворювання, напр., хвороби Альцгеймера (див. ***Деменція альцгеймерівського типу***).

КЛІНІЧНА КАРТИНА. Хворі є жвавими, рухливими та доброзичливими особами. Вони багато говорять та демонструють багатий словниковий запас. У їхніх висловлюваннях переважає вимисел, що стосується минулих і частково сучасних подій. Характерні хибні впізнавання, обумовлені розладами пам'яті: хворі

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 137

приймають оточуючих за людей, яких вони знали раніше. П. нагадує корсаківський синдром (затяжна форма гострого травматичного психозу), але при ній має місце прогресуюча амнезія. Розвивається переважно в осіб циклоїдного типу, котрі в минулому зазвичай були діяльнісними, жвавими, веселими і рухливими.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ. Симптоматика П. може бути сенільно-атрофічного, атеросклеротичного (див. ***Атеросклероз церебральний***) або судинно-атрофічного генезису.

У сучасних класифікаціях психічних розладів (DSM-IV-TR, ICD-11) термін не використовується.

Див. також ***Пресбіофренія гостра***.

ПРЕСБІОФРЕНІЯ ГОСТРА (делірій старечий) — форма ***пресбіофренії*** — ускладнення простої форми сенільної деменції (див. ***Деменція сенільна***) соматичними, у т. ч. інфекційними, хворобами.

Для П. г. притаманні стани запаморочення свідомості у формі *професійного делірію* (глибоке запаморочення свідомості хворого, відсутність контакту з ним, перевага одноманітного рухового збудження у формі дій, звичних для повсякденного життя — їжа, прибирання тощо — або пов'язаних із професією хворого; при цьому хворий нерідко вимовляє окремі слова) або *аментивного синдрому* (розгубленість, незв'язність мислення та мовлення, хаотичність рухів). Після виходу із цих станів у хворих спостерігається виражене посилення симптомів ***деменції***.

ПРОГЕРІЯ (від гр. *progērōs* — той, що передчасно зістарився) — рідкісний генетичний дефект (2009 р. у всьому світі діагноз П. мали тільки 48 осіб); характеризується комплексом змін шкіри та внутрішніх органів, що обумовлені передчасним старінням (див. ***Старіння передчасне***) організму.

Основними формами виступають дитяча П. (***синдром Гатчінсона–Гілфорда***) та П. дорослих (***синдром Вернера***). Також до форм П. відносять ***анемію Фанконі***, ***атаксію-телеангіектазію***, ***синдром Блума***, ***синдром Дауна***, ***синдром Кокейна***, ***синдром поломок Ніймеген***, ***синдром Ротмунда–Томсона***, ***трихотіодистрофію***, уроджений дискератоз (див. ***Дискератоз уроджений***).

В основі етіопатології П. лежать такі фактори:

- порушення якостей тіломір, хроматину та клітинного ядра;
- порушення репарації та реплікації ДНК, генетична нестабільність;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 138

• порушення експресії генів;
• реплікативне ***старіння***;
• підвищена чутливість клітин до ***апоптозу***;
• елімінація стволових клітин.

Можна припустити, що перелічені механізми задіяні й при нормальному старінні (див. ***Старіння нормальне***).

ПРОГРАМА ДОВГОЛІТТЯ — біологічна ***теорія старіння***, розроблена з позицій еволюційно-адаптивної природи цього процесу (Lithgow et al., 1995; Murakami & Johnson, 1996; Guarente & Kenyon, 2000; Longo, Mitteldorf & Skulachev, 2005; Patridge, Gems & Withers, 2005). Постулює наявність запрограмованої відповіді організму на стресові фактори середовища, яке забезпечує йому виживання в критичних умовах. П. д. могла виникнути в процесі еволюції для переживання короткочасних екстремальних зовнішніх впливів (брак їжі, переохолодження, перегрів тощо).

Оскільки виживання нащадків в умовах таких короткочасних несприятливих змін середовища буде мінімальним, то більш виправданим є перерозподіл ресурсів організму на вичікування, щоби згодом приступити до розмноження. В умовах стресу П. д. дозволяє організму перевищити його нормальну тривалість життя шляхом переналаштування на «режим очікування». Останній пов'язаний із призупиненням зростання, придушенням біосинтезу структурних білків, припиненням розмноження клітин тощо. Крім того, відкладається початок репродуктивного періоду та підвищується стресостійкість, що в цілому призводить до уповільнення процесів ***старіння***.

Вважається, що штучно викликані мутації низки генів ***довголіття*** можуть вплинути на П. д. таким чином, що організм перейде у «режим очікування» вже незалежно від умов середовища.

ПРОТЕЗУВАННЯ ПСИХІЧНЕ — функція особистості як суб'єкта самотворення, самоорганізації власного душевного життя, пов'язана з виконанням ролі коректора власної пам'яті, яка погіршується.

Термін уведений американським психологом Б. Ф. Скінером (1904–1990), котрий, помітивши значне послаблення власної пам'яті, розробив прийоми компенсації власної забудькуватості (вішав парасольку на ручку вхідних дверей; записував на магнітофон ідеї, що спадали на думку вночі тощо).

Див. також ***Адаптація до старіння***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 139

ПСЕВДОДЕМЕНЦІЯ (від гр. *pseudos* — брехня; лат. *dementia* — божевілля) (***деменція*** при депресії) — стани, за яких домінуюча клінічна картина схожа з органічною деменцією, проте фізичне захворювання її цілком не пояснює, якщо взагалі бере участь в її розвитку (Lishman, 1987).

П. зазвичай діагностується в депресивних осіб старших вікових груп (див. ***Депресія інволюційна***).

У *табл. 4* наведено критерії диференціальної діагностики між П. та деменцією.

Таблиця 4. Критерії диференціальної діагностики між П. та деменцією

Псевдодеменція	*Деменція*
Близькі та родичі хворого можуть точно вказати дату початку в нього мнемічних порушень	Поступовий початок мнемічних порушень
Хворі прилюдно скаржаться на свою пам'ять	Хворі намагаються приховати свої мнемічні проблеми
На питання, що діагностують стан когнітивних функцій, хворі відповідають «не знаю», причому часто дратуються	Хворі щосили намагаються відповісти на поставлені запитання

ПСИХОГЕНІЇ ПІЗНЬОГО ВІКУ — психічні травми, специфічні для осіб старших вікових груп; також під П. п. в. розуміють психогенні нашарування у клінічній картині ***психопатології пізнього віку***.

Серед П. п. в. виділяють такі групи:

- обумовлені змінами умов мікросоціального середовища та змінами в соціальному житті;
- обумовлені соціально-психологічною перебудовою життєвих позицій (самооцінка, рівень домагань, ціннісні орієнтації особистості);
- обумовлені переживанням «***віку*** втрат»: фізичне в'янення та майбутня слабкість, самотність, неминучість хвороб;
- пожвавлення та актуалізація пережитих у минулому конфліктних ситуацій.

Див. також ***Стресори пізнього віку***.

ПСИХОГЕРІАТРІЯ (психіатрія геронтологічна) — див. ***Геронтопсихіатрія***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 140

ПСИХОГЕРОНТОЛОГІЯ (від гр. *psych* — душа; *gérōn* — старий; *logos* — учення) — вживане деякими авторами (напр., російським психологом М. Д. Александровою (Александрова, 1974)) позначення галузі знань, що в сучасних джерелах іменується ***геронтопсихологією***.

ПСИХОДІАГНОСТИКА ПІЗНЬОГО ВІКУ — див. ***Геронтологічний апперцептивний тест*** та ***Похилого віку осіб апперцепції тест***.

ПСИХОЗИ ІНВОЛЮЦІЙНІ — загальна назва для групи психозів, що об'єднуються за ознакою маніфестації в пізньому ***віці***. До П. і. відносять інволюційну депресію (див. ***Депресія інволюційна***), інволюційні маячні психози (***параноїди***, ***парафренію***, паранойю). Характерною ознакою П. і. є відсутність тенденцій розумової слабкості, тому вони нозологічно не споріднені з ***деменціями***.

Російський психіатр Є. С. Авербух (Авербух, 1969) розглядав П. і. як психічні захворювання, які виникають не тільки в результаті серцево-судинної недостатності, що притаманна ***старості***, але й не меншою мірою як результат змін у соціальному житті індивіда: в родині, на роботі тощо (див. ***Психогенії пізнього віку*** та ***Теорія розсуспільнення***).

ПСИХОПАТОЛОГІЯ ПІЗНЬОГО ВІКУ — поділяється на функціональні (оборотні) психози (див. ***Психози інволюційні***), що не призводять до розвитку розумової слабкості, та старечі органічні психози, що виникають на фоні деструктивного процесу в ГМ та супроводжуються грубими інтелектуальними порушеннями (див. ***Деменція сенільна***).

Див. також ***Геронтопсихіатрія***.

Р

РЕАКЦІЯ КАТАСТРОФІЧНА — стан індивіда, що розпочинається з наростаючої тривоги, за якою слідують приголомшеність та невпевненість, які, своєю чергою, завершуються роздратуванням, сльозами і відчаєм. Р. к. може проявлятися у хворих на ***деменцію***, якщо їм доводиться розв'язувати завдання, пов'язане з випробуванням їхніх інтелектуальних здібностей.

Феномен Р. к. уперше описаний німецько-єврейським неврологом К. Гольдштейном (1878–1965) у пацієнтів із пораненнями голови (Goldstein, 1942).

РЕВІТАЛІЗАЦІЯ (від лат. *re* — префікс, що позначає відновлення дії; *vitalis* — життєвий) — див. ***Омолодження***.

РЕГРЕСІЯ МОВЛЕННЯ — зміни у мовленні осіб старших вікових груп у бік повернення до граматичного конструювання висловлювань у дитинстві.

Хоча як особи старших вікових груп, так і діти, використовують спрощені мовні форми, незаперечно, що граматичне конструювання в осіб старших вікових груп все ж таки набагато складніше та різноманітніше, ніж у дітей (Kemper, 1992). Крім того, ймовірним фактором, що пояснює зміни у мовленні осіб старших вікових груп, є природня еволюція стилю мовлення у бік спрощення.

Див. також ***Мова вторинна дитяча***,

РЕТИКУЛЯРНА АТРОФІЧНА ПОЙКІЛОДЕРМІЯ — див. ***Синдром Ротмунда–Томсона***.

С

СЕНАТ (лат. *senatus* від *senex* — старий) — вищий державний орган у Давньому Римі, назва якого вказує на те, що спочатку він, як і спартанська ***герусія***, був радою старійшин.

СИНДРОМ БЛУМА (уроджена телеангіектатична ерітема, синдром Блума–Торре–Махачека) — форма ***прогерії***; тип наслідування — аутосомно-рецесивний (тобто захворювання контролюється рецесивними алелями аутосомного гена).

Уперше виявлений та описаний дерматологом Д. Блумом (Bloom, 1954).

Хворі невисокі на зріст, мають великий ніс та вуха, високий голос. Для них характерні червона висипка у формі метелика на обличчі,надчутливість до ультрафіолету, імунодефіцит, остеосаркоми (останні є головною причиною ***смерті*** хворих до 30 років). Дефіцит деяких класів імуноглобінів обумовлює схильність до пневмонії та вушних інфекцій.

СИНДРОМ ВЕРНЕРА (прогерія дорослих) — форма ***прогерії***; тип наслідування — аутосомно-рецесивний (тобто захворювання контролюється рецесивними алелями аутосомного гена).

Уперше описаний німецьким лікарем О. Вернером (1879–1936) ще за часів його студентства (Werner, 1904).

Клінічна картина С. В. проявляється у період статевого дозрівання й включає недостатній зріст, симптоми гіпогонадизму. Після 20 років сивіє та випадає волосся, розвивається катаракта, поступово тоншає шкіра, атрофується з'єднувальна тканина та підшкірна клітковина на обличчі та кінцівках, унаслідок чого руки і ноги стають особливо тонкими, а обличчя набуває специфічних рис (тонкий дзьбоподібний ніс, звужений ротовий отвір тощо). Розвивається гіперкератоз — трофічні виразки, що погано загоюються. Змінюється голос, формуються катаракти; можливі злоя-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 143

кісні новоутворення (рак шкіри, саркома, аденокарцинома тощо). У ***віці*** 30–40 років зростає ризик розвитку цукрового діабету та раннього генералізованого атеросклерозу (див. ***Атеросклероз церебральний***). Часто виникає ***остеопороз*** й уражаються коронарні артерії, в жінок рано починається ***менопауза***.

Лікування симптоматичне, прогноз перебігу несприятливий, профілактика не розроблена. Середня тривалість життя хворих (див. ***Тривалість життя середня***) складає 47 років.

Культури клітин, взяті зі шкіри хворих на С. В., дуже подібні до культур клітин, що взяті від осіб старших вікових груп.

Див. також ***Синдром Гатчінсона–Гілфорда***.

СИНДРОМ ГАТЧІНСОНА—ГІЛФОРДА (прогерія дітей) — форма ***прогерії*** (вважається класичною прогерією); тип наслідування — аутосомно-рецесивний (тобто захворювання контролюється рецесивними алелями аутосомного гена).

Незалежно описаний англійським лікарем Дж. Гатчінсоном (1828–1913) та Х. Гілфордом (Hutchinson, 1886; Gilford, 1897).

У більшості хворих С. Г.–Г. проявляється у ***віці*** 2–3 роки. Різко уповільнюється зростання, атрофічно змінюється дерма, підшкірна клітковина (особливо на обличчі і кінцівках). Шкіра тоншає, стає сухою, зморшкуватою. На тулубі з'являються склеродермоподібні ущільнення, ділянки гіперпігментації; набухають вени. Хворі мають специфічно загострене птахоподібне обличчя, недорозвинуту нижню щелепу. Спостерігається атрофія м'язів, дистрофічні процеси в зубах, волоссі та нігтях. Відмічаються зміни кістково-суглобного апарату (в т. ч. артрит), міокарда, гіпоплазія статевих органів, порушення жирового обміну, помутніння кришталика. До 10-річного віку в хворих розвивається важкий атеросклероз (див. ***Атеросклероз церебральний***).

С. Г.–Г. уражає, в середньому, 1 дитину з мільйона; мутація, що його викликає, завжди виникає *de novo* (оскільки хворі помирають, не досягнувши репродуктивного віку). Середня тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) хворих — 13 років.

Див. також ***Синдром Вернера***.

СИНДРОМ ДАУНА (трисомія за 21-ю хромосомою) — одна з форм геномної патології, за якою найчастіше каріотип представлений 47 хромосомами замість нормальних 46, оскільки хромосоми 21-ї пари, замість нормальних двох, представлені трьома копіями.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 144

Описаний англійським лікарем Дж. Л. Г. Дауном (1828–1896) у 1866 р. (Down, 1866).

Хворі мають знижені когнітивні здібності, специфічну зовнішність (аномально мале підборіддя, надзвичайно кругле обличчя, опуклі очі мигдалеподібної форми, епікантус повік, одна поперечна складка долоні (замість двох у нормі), короткі кінцівки, збільшений проміжок між великим та іншими пальцями).

С. Д. вважається одним із синдромів ***прогерії***, оскільки до його фенотипів відносять ранній початок залежних від ***віку*** патологічних змін, а також зменшену середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***).

СИНДРОМ ДІОГЕНА (сенільне нехтування собою) — виражене нехтування побутовими аспектами життя, що проявляється в осіб старших вікових груп й не супроводжується іншими психіатричними розладами, що могли би пояснити ті вбогі та негігієнічні умови, в яких живуть хворі.

Назва С. Д. походить від імені давньогрецького філософа-кініка Діогена Сінопського (бл. 412–323 до н. е.), котрий втілив у своє життя доведені до логічного абсурду ідеї про мінімізацію потреб та презирство до панівної моралі.

С. Д. слід відрізняти від нехтування собою, яке є складовою частиною картини багатьох захворювань, напр., ***деменції***. Хворі із С. Д. не демонструють формальних ознак будь-якого психіатричного розладу, що могло б пояснити наявну клінічну картину, хоч іноді можна діагностувати ознаки органічного ураження ГМ або помірно виражені депресивні симптоми. Таким чином, є підстави вважати С. Д. маніфестацією певного типу особистісної реакції на стрес (див. ***Стресори пізнього віку***) та самотність, а стан таких осіб розглядати в межах кінцевої стадії розладу особистості, що проявляється у формі сенільного відлюдництва (Post, 1982).

Прогноз несприятливий, оскільки за реабілітацією та стаціонарним спостереженням наступає неминуче повернення у попередній стан деградації.

СИНДРОМ ІНВЕСТИЦІЙНИЙ — виділена Н. Коланджело і К. Дж. Пульвіно (Colangelo & Pulvino, 1980) причина, за якою особи старших вікових груп не отримують достатньої уваги з боку спеціалістів із психічного здоров'я. Так, деякі консультанти вважають, що свій час та енергію варто витрачати на роботу з молодшими клієнтами, які ще можуть принести користь суспільству. Фахівці,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 145

які притримуються такої точки зору, розраховують на майбутні прибутки від своїх молодших клієнтів або просто дезінформовані щодо можливостей змінити стан осіб старших вікових груп.

Схожої аргументації (літні пацієнти не встигнуть насолодитися зиском від психоаналізу) дотримувався австрійський психіатр З. Фрейд (1856–1939), який неохоче займався психоаналізом з особами старших вікових груп.

Див. також ***Ейджизм***.

СИНДРОМ КЛІМАКТЕРИЧНИЙ — див. ***Клімактерій патологічний***.

СИНДРОМ КОКЕЙНА — форма ***прогерії***; рідкісне спадкове захворювання, за яким індивід не здатний до зростання, має коротку тривалість життя та демонструє нейрологічну дисфункцію. Виділений англійським офтальмологом Е. А. Кокейном (1880–1956).

С. К. проявляється з народження. Хворі демонструють диспропорційно карликовий зріст, довгі руки, діжкоподібну грудну клітину, ***кіфоз***, недорозвинуті зуби з великими міжзубними проміжками, зниження слуху та деформацію вушної раковини. Пальці на руках та ногах іноді відсутні або недорозвинуті. Клітини хворих із С. К. чутливі до ультрафіолету та окислювальних форм ушкоджень ДНК (Cockayne, 1936).

СИНДРОМ НОРМАЛЬНОЇ СТАРОСТІ — див. ***Старіння нормальне*** — запропонований М. Д. ***Стражеском*** термін, виділення якого базувалося на даних про стан здоров'я ***довгожителів***.

СИНДРОМ ПОЛОМОК НІЙМЕГЕН (Nijmegen breakage syndrome — NBS) — форма ***прогерії*** — синдром хромосомної нестабільності, поширений у слов'янських народів. Назва пов'язана з м. Ніймеген (Нідерланди), в університетській клініці якого цей синдром уперше був описаний у 1981 р.

Хворі демонструють комбінований первинний імунодефіцит, підвищену чутливість до радіоактивного випромінювання з високою схильністю до лімфоїдних пухлин. Їх відрізняє мікроцефалія, особлива форма обличчя (т. зв. «пташине обличчя»: скошений лоб, виступаюча нижня частина обличчя, погано розвинута нижня щелепа), низький зріст. У хворих на С. п. Н. діагностується затримка фізичного та розумового розвитку.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 146

СИНДРОМ ПРИСКОРЕНОГО СТАРІННЯ — за В. В. ***Фролькісом***, один з провідних факторів розвитку вікової патології — атеросклерозу (див. ***Атеросклероз церебральний***) та його наслідків, раку, діабету тощо, який проявляється в скороченні тривалості життя хворого. С. п. с. обумовлює зниження працездатності, репродуктивної здатності, негативно впливає на мнемічну та емоційну сфери індивіда, його поведінку, вегетативні реакції тощо.

С. п. с. розвивається у результаті дії комплексу зовнішніх та внутрішніх факторів (хвороби, спадковість, спосіб життя, екологія). Одним із суттєвих чинників С. п. с. є іонізуюче випромінювання.

Протилежністю С. п. с. є ***синдром уповільненого старіння***.

Див. також ***Прогерія***.

СИНДРОМ РОТМУНДА—ТОМСОНА (синдром атрофічної пойкілодермії та катаракти, атрофічний телеангіоектатичний дерматоз із катарактою, ретикулярна атрофічна пойкілодермія) — форма ***прогерії***; тип наслідування — аутосомно-рецесивний (тобто захворювання контролюється рецесивними алелями аутосомного гена). Уперше описаний німецьким офтальмологом А. фон Ротмундом (1830–1906) (Rothmund, 1868); згодом опис був уточнений і доповнений австралійським дерматологом М. С. Томсоном (1894–1969) (Thomson, 1936).

Найбільш суттєвою ознакою С. Р.–Т. є ураження шкіри у вигляді прогресуючої еритеми (виражене почервоніння, викликане розширенням капілярів), початкові прояви чого відмічаються вже в перші місяці після народження дитини. Ділянки ураження локалізуються, як правило, на обличчі, а пізніше на кінцівках і тулубі; проявляються мармуровістю шкіри з вираженим судинним малюнком у вигляді червонуватих сіток. Поступово вони бліднішають і перетворюються в атрофічні смуги. Еритематозні ділянки чергуються з гіпер- та депігментованими зонами (пойкілодермія). Згодом розвивається атрофія шкіри, рубці, м'які тканинні контрактури.

Іншим характерним симптомом є зонулярна катаракта (як правило, двобічна), яка виявляється в понад 50 % випадків; вона може бути вроджена, або розвивається на першому десятилітті життя (найчастіше у ***віці*** 4–8 років).

Часто зустрічаються гіпертрихоз, рання сивина, алопеція або раннє облисіння, гіпоплазія потових та сальних залоз, дистрофія нігтів, рідкі брови та вії, аж до їх повної відсутності; гіперкератоз

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 147

долонь та підошов. Дещо рідше спостерігаються ожиріння, місяцеподібне обличчя, акромікрія (зменшені в розмірах кисті та стопи), короткі пальці, адонтія.

Ендокринні порушення проявляються у вигляді слабкого розвитку вторинних статевих ознак, гіпогеніталізму, гіпоплазії яєчок, аменореї.

Як правило, діти демонструють затримку фізичного розвитку через зниження соматотропної функції гіпофіза. Інтелект у більшості випадків нормальний, проте іноді спостерігається незначне зниження рівня нервово-психічного розвитку. Хворі схильні до розвитку злоякісних пухлин, особливо остеогенних сарком.

СИНДРОМ УПОВІЛЬНЕНОГО СТАРІННЯ — за В. В. ***Фролькісом***, основний фактор, що обумовлює ***довголіття***, подовження тривалості життя.

При С. у. с. рівень багатьох функціональних та метаболічних показників у 80–90-річних осіб знаходиться на рівні популяції 60–70-річних.

Головне завдання всієї системи профілактики здоров'я — перевести прискорене старіння (див. ***Синдром прискореного старіння***) в уповільнене. Для цього необхідним стає визначення біологічного віку (див. ***Вік біологічний***) індивіда.

Див. також ***Вітаукт***.

СМЕРТІ, ЩО НАБЛИЖАЄТЬСЯ, ОЗНАКИ — сукупність фізичних та емоційних змін, які свідчать про наближення ***смерті***. Хоча процес ***вмирання*** є дуже індивідуальним, можна виділити такі патерни ознак близької смерті індивіда:

- *надмірна сонливість та слабкість*, труднощі із просинанням, зниження загальної енергетики та зменшення періодів неспання;
- *зміна дихання*: періоди частого дихання змінюються його зупинками; дихання стає вологим та застійним (т. зв. передсмертне хрипіння, що обумовлене труднощами з виділенням харкотиння з дихальних шляхів та легень);
- *зміна слуху та зору*: погіршення основних сенсорних модальностей, галюцинації різної модальності;
- погіршення апетиту, зменшення кількості вживаної рідини;
- *зміни у сечовидільній та шлунково-кишковій системах*: сеча стає концентрованою, набуває темно-коричневого або темно-червоного кольору внаслідок нездатності нирок її фільтрувати;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 148

стул стає твердішим, хворий страждає від утрудненої прохідності фекальних мас унаслідок погіршення апетиту та зменшення кількості вживаної рідини; труднощі з контролем сечовидільної функції внаслідок загальної слабкості;

• *зміни у температурі тіла* внаслідок поганого функціонування ділянки мозку, що відповідає за терморегуляцію: гіпотермія кінцівок, плямове ураження шкіри в останні дні або години життя;

• *емоційні зміни*: втрата інтересу до оточуючого світу та окремих деталей повсякденного життя (зокрема дати та часу); замкненість у собі або вибіркове спілкування з кількома близькими людьми; унікальні висловлювання за кілька днів до смерті (слова про те, що треба «піти додому» або «піти кудись»); думки про померлих людей та навіть розмови з ними; перемішування подій нещодавнього минулого з віддаленими подіями.

Див. також ***Спад термінальний***.

СМЕРТНІСТЬ — демографічний показник, що характеризує стан здоров'я населення: кількість ***смертей*** на 1000 осіб населення за один рік.

Виділяють такі причини С.: ендогенні (внутрішні впливи); екзогенні (зовнішні впливи); квазіендогенні (накопичені ендогенні впливи).

Загальносвітові тенденції С.:

• у 1830–1930 рр. відбулося радикальне зниження рівня С., яка відступила до пізнього ***віку***;

• до екзогенних причин С. додалися ендогенні та квазіендогенні;

• перше місце серед причин С. посідають серцево-судинні захворювання (разом з онкологічними захворюваннями складають 70 % причин С.), далі слідують хвороби органів дихання, цукровий діабет, нещасні випадки (у т. ч. суїцид);

• чоловіча С. перевищує жіночу на 27,9 % (в 1,27 разу).

Найнижчі показники С. (бл. 2 %) спостерігаються в Об'єднаних Арабських Еміратах, Катарі та Кувейті внаслідок надзвичайно молодого населення, високої питомої ваги трудових мігрантів, розвинутої охорони здоров'я, надзвичайно низького рівня вживання алкоголю. Найвищі показники С. (понад 25 %) спостерігаються в Свазіленді, Ботсвані та Лесото (економічно бідні країни з нерозвинутою системою охорони здоров'я, значна частина населення яких уражена ВІЛ).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 149

СМЕРТЬ — припинення життєдіяльності організму, його загибель. С. теплокровних тварин пов'язана насамперед із припиненням дихання та кровообігу.

В реанімаційній практиці виділяють 2 етапи С.:

1) Клінічна С. (див. ***Смерть клінічна***).

2) Біологічна С. (див. ***Смерть біологічна***).

У людини С. є фінальною стадією індивідуального розвитку, що надає життю необхідну перспективу. Можливість прожити повний цикл життя І. І. ***Мечников*** назвав ***ортобіозом***, що водночас є можливістю відчути природну потребу небуття. У такому випадку (коли С. припадає на пізню ***старість*** та не пов'язана з важкими хворобами) в останні роки життя людина часто згадує минуле й знов переживає старі радощі та прикрощі. За Р. Батлером (Butler, 1968, 1971), такий огляд життя є дуже важливою сходинкою, на яку індивід піднімається в кінці життєвого шляху.

На думку Б. Г. ***Ананьєва*** (1907–1972), парадокс завершення людського життя «…полягає в тому, що в багатьох випадках ті чи інші форми людського існування припиняються ще за життя людини як індивіда — тобто їхнє "вмирання" відбувається раніше, ніж фізичне ***одряхління*** від старості. Такий стан має місце тоді, коли людина сама розвивається у напрямі наростаючої соціальної ізоляції, поступово відмовляється від багатьох функцій та ролей у суспільстві…» («Человек как предмет познания»; Ананьев, 1969).

У період старості людина найбільше тяжіє до самопізнання, що може призвести до справжнього зростання особистості (вирішення старих конфліктів, переосмислення життя, відкриття в собі чогось нового тощо). Тільки зіткнувшись із реальністю С., що наближається, людина, нарешті, може визначитися щодо того, що є важливим для неї та хто вона є насправді. За умови віднайдення сенсу власного життя і примирення із С., у момент її наближення людина досягає фінальної стадії трансценденції.

За словами російського філософа М. О. Бердяєва (1874–1948), С. є останнім і найсильнішим випробуванням сили і гідності людини.

Див. також ***Вмирання***, ***Вмирання стадії*** та ***Смерті, що наближається, ознаки***.

СМЕРТЬ БІОГРАФІЧНА — момент, коли біологічне життя індивіда продовжується, проте його «Я» вже не існує (Arras, 1988).

Термін стосується насамперед хворих, що страждають від вираженого когнітивного дефіциту внаслідок глибокої ***деменції***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 150

У багатьох країнах (напр., у Великій Британії) діагностована С. б. вважається сигналом до припинення лікування, оскільки останнє тільки подовжує процес ***вмирання***. В ідеалі рішення про «дозвіл померти» має приймати сам суб'єкт, складаючи завчасно (тобто у дієздатному стані) заздалегідь зроблене розпорядження — ***заповіт про життя***. На практиці, проте, до уваги береться (але не визначає рішення лікарів) думка родичів хворого. Вирішальне значення при цьому набуває диференціальна діагностика глибокої деменції та помірної деменції. Про останню можна говорити у випадку збереження мнемічних функцій та / або інших психологічних функцій на рівні, достатньому для підтримки самоідентифікації.

Див. також ***Смерть затримана***.

СМЕРТЬ БІОЛОГІЧНА (істинна смерть) — незворотне в межах сучасних медичних технологій припинення фізіологічних процесів у клітинах та тканинах організму.

До ранніх ознак С. б. відносять:

- відсутність реакції ока на подразнення (натискування);
- помутніння роговиці, утворення трикутника висихання (т. зв. плями Лярше);
- поява симптому «котячого ока» — при боковому натискуванні на очне яблуко зіниця трансформується у вертикальну веретеноподібну щілину.

С. б. суб'єкта не означає одномоментну С. б. тканин та органів, що складають його організм. Час до ***смерті*** останніх визначається їхньою здатністю зберігати життєспроможність в умовах гіпоксії та аноксії, а для різних тканин та органів цей термін неоднаковий.

Так, найкоротший термін життя в умовах аноксії демонструє кора ГМ та підкоркові структури; дещо витривалішими є стволові структури та спинний мозок. Серце зберігає життєздатність протягом 1,5–2 год. після С. б., печінка та нирки — протягом 3–4 год., м'язи та шкіра — протягом 5–6 год., кісткова тканина — до кількох діб.

Див. також ***Смерті, що наближається, ознаки***, ***Смерть затримана*** та ***Смерть клінічна***.

СМЕРТЬ ЗАТРИМАНА — ситуація утримування діяльності організму протягом місяців і років, часто за відсутності свідомості, за допомогою респіраторного дихання, штучного кровообігу, штуч-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 151

ної нирки, електричної стимуляції тілесних функцій тощо. Припинення цих штучних методів підтримки життя призводить, як правило, до швидкої ***смерті***.

Див. також ***Смерть біографічна***.

СМЕРТЬ КЛІНІЧНА — останній етап ***вмирання***. Зворотний стан організму, який передує біологічній смерті (див. ***Смерть біологічна***), якщо реанімаційні заходи не проводилися або виявилися безуспішними.

Розділити клінічну та біологічну смерть запропонував російський академік В. О. Неговський (1909–2003), за визначенням якого, «С. к. уже не є життям, хоча ще не є ***смертю***. Це виникнення нової якості — переривання безперервності. У біологічному сенсі цей стан нагадує анабіоз, хоча й не ідентичний цьому поняттю» (Неговский, 1964).

Ознаки С. к.: відсутність дихання; відсутність серцебиття; генералізована блідість або генералізований ціаноз; відсутність реакції зіниць на світло.

На думку Неговського, слід розділяти 2 строки С. к.:

Перший (триває 5–6 хв.) — час, коли вищі відділи ГМ зберігають свою життєздатність в умовах аноксії (припинення постачання кисню) та нормотермії (36,5°С); перебільшення цього часу призводить до декортикації (загибелі кори ГМ) або навіть до децеребрації (загибелі всіх відділів ГМ).

Другий (триває десятки хвилин) має місце, коли створюються особливі умови для уповільнення процесів дегенерації вищих відділів ГМ при гіпоксії або аноксії; серед таких умов — гіпотермія, гіпербарична оксигенація (дихання киснем при підвищеному тиску в спеціальній камері), застосування фармакологічних засобів з ефектом анабіозу; гемосорбція (апаратне очищення крові), переливання свіжої донорської крові тощо.

Див. також ***Смерть затримана***.

СМЕРТЬ КЛІТИННА (самогубство клітин) — див. ***Апоптоз***.

СМЕРТЬ МІТОХОНДРІЙ (самогубство мітохондрій) — див. ***Мітоптоз***.

СМЕРТЬ ОРГАНІВ (самогубство органів) — див. ***Органоптоз***.

СМЕРТЬ ОРГАНІЗМУ (самогубство організму) — див. ***Феноптоз***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 152

СОЦІОГЕРОНТОЛОГІЯ — див. ***Геронтосоціологія***.

СПАД ТЕРМІНАЛЬНИЙ (критичний спад, останній спад) — достатньо різке зниження розумових здібностей за кілька місяців або років до ***смерті***.

Припускають, що феномен С. т. пов'язаний із загальним погіршенням функціонування організму, що є однією з ознак близької смерті. Ідентифікація С. т. можлива виключно у лонгітюдному дослідженні (див. ***Лонгітюд***), що включає в себе принаймні 3 зрізи. Ті досліджувані, що покажуть значне погіршення результатів другого тестування, порівняно з першим, і не доживуть до третього тестування, демонструють ознаки С. т.

Див. також ***Втрата критична***, ***Одряхління*** та ***Смерті, що наближається, ознаки***.

СПОНДИЛЬОЗ (від гр. *spondylos* — хребет) — утворення кісткових розростань на краях тіл хребців; зазвичай спостерігається в осіб, старших 45 років.

Ймовірно, С. є реакцією пристосування на ***остеохондроз***, що розвивається, та підвищену рухливість тіл хребців унаслідок змін хрящових дисків. Найчастіше такі зміни відбуваються в поперековому відділі хребта.

СТАДІЯ УНІВЕРСАЛЬНИХ ПРИНЦИПІВ — шоста стадія морального розвитку індивіда (рівень постконвенційної моралі), виділена американським психологом Л. Колбергом (1927–1987). С. у. п. передбачає, що суб'єкт буде безпристрасно ставитися до домагань усіх сторін, поважаючи гідність усіх людей. Принципи справедливості універсальні, тому що стосуються всіх; вони ведуть до прийняття рішень, опертих на рівну повагу до всіх.

В основі С. у. п. покладений категоричний імператив («Дій лише за тією нормою, яку хочеш бачити універсальним імперативом — нормою для всіх людей і також для тебе... Дій так, щоби завжди ставитися до людей і до себе також як до мети і ніколи — лише як до засобу») німецького філософа І. Канта (1724–1804), а також моральні уроки таких високодуховних особистостей, як лідер індійського громадського руху проти колоніального режиму М. К. Ганді (1869–1948) та борець за права чорношкірого населення США М. Л. Кінг (1929–1968).

Із 1975 р. Колберг припинив оцінювати своїх досліджуваних як таких, котрі досягли С. у. п., оскільки дійшов висновку, що

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 153

на ній знаходиться дуже небагато людей. Мислення з позиції С. у. п. асоціюється з ***мудрістю***, а тому меншою мірою зустрічається в осіб середнього та поготів молодого ***віку***.

Див. також ***Мислення діалектичне*** та ***Мислення постформальне***.

СТАРІННЯ — процес закономірного виникнення і розвитку в органах та системах організму вікових змін, що призводять до порушення його біологічної та соціальної адаптації; заключний етап ***етагенезу***.

Процес С. описується за допомогою терміна ***геронтогенез***. Проблемами С. займається ***геронтологія***.

С. проявляється у вигляді ***старості*** і є заключним етапом вікової ***інволюції***. Інтенсивність С., темп його розвитку обумовлює тривалість життя організму, його фізичний стан і здатність до адаптації.

У структурі С. виділяють такі зміни:

- *хронобіологічні зміни*, що корелюють з астрономічним часом;
- *видоспецифічні зміни*, притаманні лише представникам певного біологічного виду;
- *індивідуальні зміни*, що виявляються в окремих особин (т. зв. «індивідуальний малюнок старіння».

Виділяють різні рівні С.: молекулярний; клітинний; системний; організменний.

Існують також і різні погляди на час початку С.:

- *за широким трактуванням*, С. відбувається в усі вікові періоди (О. В. ***Нагорний***, В. М. ***Нікітін***, І. М. Буланкін);
- *за песимістичним трактуванням*, С. є масштабними незворотними змінами в організмі, що починаються з моменту запліднення яйцеклітини сперматозоїдом або з її першим поділом (М. С. Мільман);
- *за поміркованим трактуванням*, С. пов'язується із змінами, що наступають після закінчення періоду зростання (18 років у жінок і 20 років у чоловіків) (Г. Біддер) або періоду максимальної продуктивності людини (30–40 років);
- *за оптимістичним трактуванням*, С. починається у клімактеричному періоді (див. ***Андропауза*** та ***Менопауза***) (І. В. Давидовський) або після періоду повної фізіологічної зрілості (50–60 років).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 154

Крім того, можна виділити *первинне* (що проявляється у вікових змінах організму, див. ***Старіння фізіологічне***), *вторинне* (зміни, що відбуваються доволі часто, проте не обов'язково супроводжують С.) та *третинне* (швидке та помітне погіршення фізичного стану індивіда, що безпосередньо передує ***смерті***, див. ***Спад термінальний***) С.

С. є єдиним і загальним процесом, що має нерівномірний характер. Зазначена нерівномірність проявляється в таких його особливостях, як ***гетеротопність***, ***гетерохронність***, ***гетерокінетичність***, ***гетерокатефтенність***.

Див. також ***Вітаукт*** та ***Теорії старіння***.

СТАРІННЯ ДЕМОГРАФІЧНЕ — поступове збільшення відносної частки осіб старших вікових груп у демографічній структурі суспільства. На сьогоднішній день на Землі налічується бл. 600 млн осіб, старших 60 років. За прогнозами ООН, у 2050 р. їх кількість сягне 2 млрд осіб, що перевищить кількість дітей до 14 років.

Початку процесу С. д. передувала т. зв. демографічна революція, основними показниками якої були зменшення показників ***смертності*** та швидкопрогресуюче зниження показника народжуваності.

Зазвичай С.д. визначається за методиками польського демографа Е. Россета (1897–1989) та англійського демографа Дж. Сандберга. За Россетом, у процесі С. д., залежно від частки в структурі суспільства осіб у ***віці*** 60 років і старше, виділяють такі фази:

1) відсутність ознак демографічної ***старості*** (<8 %);

2) рання перехідна фаза між станами демографічної молодості та старості (8–10 %);

3) пізня перехідна фаза між станами демографічної молодості та старості (10–12 %);

4) стан демографічної старості (12–15 %);

5) стан глибокої демографічної старості (>15 %; цю фазу стали виділяти лише в останньому десятиріччі).

За Сандбергом, важливе значення надається демографічним змінам у 3 основних вікових групах, а саме кількості наймолодшої та найстаршої груп. Демографічна старість діагностується в ситуації, коли частка осіб у віці 0–19 років нижча 30 %, а частка осіб у віці 60 років та старше — вища 15 %.

Див. також ***Навантаження демографічне*** та ***Старіння населення***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 155

СТАРІННЯ ІНТЕЛЕКТУ КЛАСИЧНИЙ ПАТТЕРН — загальні закономірності змін інтелекту на пізніх стадіях ***етагенезу*** (встановлені на основі даних, отриманих за планом поперечних зрізів): показники як вербальних, так і невербальних субтестів тесту інтелекту Д. Векслера (1896–1981) для дорослих знижуються з ***віком***, проте зниження невербальних показників виражене значно сильніше. Аналогічну картину отримав американський психолог Л. Термен (1877–1956), використовуючи тест Стенфорд–Біне і дотримуючись того ж плану поперечних зрізів.

Проте лонгітюдні дослідження не змогли підтвердити пов'язане з віком зниження інтелектуальної діяльності,— зазвичай вони демонструють криву зростання, що в певній точці переходить у плато.

Див. також ***Геронтизм***, ***Гіпотеза загального уповільнення***, ***Старіння когнітивне*** та ***Теорія невикористання***.

СТАРІННЯ КОГНІТИВНЕ — корелююче з ***віком*** зниження когнітивних ресурсів індивіда, що пов'язане з інволюційними змінами нейрофізіологічних функцій і процесів.

Йдеться насамперед про такі 5 сфер:

- *флюїдний інтелект* — знижується здатність до розв'язання нових когнітивних проблем;
- *швидкість переробки інформації* — уповільнюється перебіг когнітивних процесів (див. ***Старіння первинний фактор***);
- *оперативна пам'ять* — виникнення проблем при організації та кодуванні навчального матеріалу перед його збереженням у довготривалій пам'яті;
- *увага* — знижується контроль над процесами научіння, що здійснюються за посередництвом уваги;
- *пригадування* — виникають проблеми при виклику інформації з довготривалої пам'яті.

У тих сферах функціонування, що базуються насамперед на досвіді, знаннях та набутих когнітивних стратегіях, втрати або зовсім не спостерігаються, або вони є незначущими. Передовсім це стосується таких 3 сфер:

- *кристалізований інтелект* — не спостерігається значущого зниження рівня фундаментальних знань;
- *практичний інтелект* — індивід демонструє хороші результати в кожній практичній сфері, де засвоїв ефективні стратегії та набув багатогранного досвіду (напр., професійна сфера);

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 156

• *застосування добре відомих когнітивних стратегій* — набуті в молодості та відтоді постійно використовувані когнітивні стратегії залишаються доступними й у похилому ***віці***.

Див. також ***Геронтизм***, ***Гіпотеза загального уповільнення***, ***Старіння інтелекту класичний паттерн*** та ***Теорія невикористання***.

СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ — процес збільшення в суспільстві відсоткової частки осіб старших вікових груп.

Виділяють 2 шляхи С. н.:

• *старіння «знизу»* — за рахунок подовження середньої тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня***) (притаманний європейським країнам);

• *старіння «згори»* — за рахунок зменшення народжуваності (притаманний, зокрема, Україні).

Так, в Україні на момент початку 2005 р. частка осіб старших вікових груп досягла 23,9 % від усього населення країни, причому частка дітей становила 18,1 % (!). Про інтенсифікацію процесу С. н. свідчать його темпи: лише за період 1989–2004 рр. частка осіб пенсійного віку (див. ***Вік пенсійний***) збільшилася на 5,3 %. Якщо у містах України зазначена категорія осіб складає 18,6 %, то по селах — 25,2 %.

Особливо високими в Україні є темпи ***старіння*** жіночого населення: на початок 2005 р. 15,4 % чоловіків та 24,1 % жінок були у віці 60 і більше років.

Див. також ***Навантаження демографічне***, ***Старіння демографічне*** та ***Структура населення вікова***.

СТАРІННЯ НОРМАЛЬНЕ (природне старіння) — ***старіння***, що починається своєчасно (після проходження точки оптимальної зрілості) і характеризується тривалим збереженням адаптації; нормальний, не обумовлений хворобами процес старіння людини, що закінчується спокійною природною ***смертю***.

С. н. притаманний природний початок і поступовий розвиток вікових змін, що характерні для даного виду і обмежують здатність організму адаптуватися до навколишнього середовища.

І. І. ***Мечников*** називав С. н. фізіологічним старінням (див. ***Старіння фізіологічне***), проте в цьому словнику ми приймаємо інше трактування терміна «фізіологічне старіння».

Див. також ***Синдром нормальної старості*** та ***Старіння успішне***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 157

СТАРІННЯ ПАТОЛОГІЧНЕ — ***старіння***, перебіг якого характеризується вираженими психопатологічними змінами та різноманітними розладами особистості.

Для С. п. притаманні егоцентризм, зміни особистості, емоційна атрофія, духовний занепад, ***деменція***. Може проявитися патологічна пристрасть до збирання всілякого непотребу (див. ***Випадок Гобсека***, ***Випадок Плюшкіна***, ***Параноїди житла***), виникнути важкі порушення пам'яті (див. ***Закон Рібо***), насамперед унаслідок випадіння здатності до запам'ятовування. Місце нещодавніх подій посідає необмежена фантазія. Наслідком порушення здатності до запам'ятовування виступає й порушення нічної орієнтації (див. ***Делірій старечий нічний***). У важких випадках хворий може швидко деградувати до рівня вегетативної істоти.

Див. також ***Депресія інволюційна***, ***Деменція альцгеймерівського типу***, ***Параноїд інволюційний***, ***Парафренія***, ***Психози інволюційні***, ***Хвороба Паркінсона***, ***Хорея Гантінґтона***.

СТАРІННЯ ПЕРВИННИЙ ФАКТОР — на думку американського геронтолога Дж. Е. Біррена (Birren, 1959), С. п. ф. є зниження швидкості переробки інформації (див. ***Гіпотеза загального уповільнення***). Сучасні дослідники поділяють цю думку, пояснюючи цим фактором зниження флюїдного інтелекту та оперативної пам'яті (див. ***Старіння когнітивне***).

СТАРІННЯ ПЕРЕДЧАСНЕ — ***старіння***, що відбувається у більш ранні терміни, ніж це притаманно даній віковій когорті.

У структуру С. п. входять такі симптоми:

- зниження розумової та фізичної працездатності;
- легка втомлюваність;
- раннє погіршення пам'яті та інших інтелектуальних функцій;
- послаблення емоцій; послаблення репродуктивної здатності (див. ***Андропауза*** та ***Менопауза***);
- зниження адаптивних можливостей фізіологічних систем організму;
- виникнення передумов для розвитку хвороб вікової патології (див. ***Психопатологія пізнього віку***).

Див. також ***Прогерія***.

СТАРІННЯ ПОКАЗНИКИ — виділені Т. Л. Дубиною та А. Н. Разумовичем (Дубина, Разумович, 1975) показники, що якісно та кількісно характеризують ***старіння*** організму.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 158

До них належать:

• *життєздатність, або адаптаційні можливості організму* (йдеться про певний середній фізіологічний стан організму, що суміщений із життям та руйнується в процесі старіння);

• *біологічно обумовлена вразливість* (величина, що зворотна до життєздатності й важко підлягає вимірюванню);

• *вірогідність смерті* (за формулюванням англійського геронтолога А. Комфорта (1920–2000), вірогідність того, що окремий організм, який дожив до часу t, помре в інтервалі від t до t+Δt (Comfort, 1964); цей показник у різні моменти життя індивіда приймає значення від 0 до 1 в момент ***смерті***).

Перші два показники мають якісний характер, третій може бути виражений кількісно.

СТАРІННЯ ПСИХІЧНЕ — сукупність особистісних змін, які асоціюються з пізнім ***віком***.

Типовий паттерн особистісних змін включає переважно негативні характеристики:

• знижена самооцінка, невпевненість у собі, незадоволення собою;

• страх самотності, безпорадності, зубожіння, ***смерті***;

• понурість, дратівливість, песимізм;

• зниження інтересу до нового, що призводить до буркотливості;

• замикання інтересів на собі — егоїстичність, егоцентричність, підвищена увага до свого тіла та хворобливих відчуттів (іпохондризація);

• невпевненість у завтрашньому дні.

Зазначене робить осіб старших вікових груп дріб'язковими, скупими, надмірно обережними, педантичними, консервативними, малоініціативними тощо.

Російський дослідник В. В. Болтенко виділив послідовні етапи С. п., які не залежать від хронологічного віку (див. ***Вік хронологічний***):

1) *Збереження зв'язку з тим видом діяльності, який був провідним для індивіда аж до виходу на пенсію.* Як правило, це діяльність, пов'язана з його професією. Цей зв'язок може бути як безпосереднім — у формі епізодичної участі у виконанні колишньої роботи, так і опосередкованим — через читання або написання спеціальної літератури. Якщо ж він обривається одразу після виходу на пенсію (див. ***Вік пенсійний*** та ***Криза***

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 159

виходу на пенсію), то людина, минаючи перший етап, потрапляє на другий. Найчастіше зазначене стосується людей інтелектуальної праці (вчених, артистів, учителів, лікарів).

2) *Звуження кола інтересів за рахунок професійної сфери*. У спілкуванні з оточуючими вже переважають розмови на побутові теми, обговорення телевізійних передач, сімейних подій, успіхів або невдач дітей і онуків. У групах таких людей уже важко розпізнати колишній фах тієї чи іншої особи.

3) *Головною стає турбота про особисте здоров'я*. Улюблена тема для розмови — ліки, способи лікування тощо. Велика увага приділяється якості харчових продуктів. Найбільш значущою особою в житті стає дільничий лікар, його професійні та особисті якості.

4) *Сенсом життя стає збереження самого життя*. Коло спілкування звужене: лікар, соціальний працівник, члени сім'ї, які піклуються про пенсіонера, найближчі сусіди. Для пристойності або за звичкою — рідкісні телефонні розмови із старими знайомими-ровесниками, поштове листування, в основному, щоб дізнатися, скількох ще залишилося пережити.

5) *Зниження потреб, які набувають суто вітального характеру (їжа, спокій, сон)*. Емоційність і спілкування майже відсутні.

СТАРІННЯ РЕЗУЛЬТАТИ — ефекти різнопланових процесів, що впливають на фізичний стан індивіда в процесі його вікового розвитку. Виділяють віддалені (напр., втрата рухливості внаслідок перенесеного у дитинстві артриту) та наближені (напр., втрата рухливості внаслідок зламаної ноги) С. р.

Див. також ***Старіння*** та ***Старіння фізіологічне***.

СТАРІННЯ РИСИ — особливі ознаки ***старості***, що можуть бути набутими індивідом.

Виділяють такі С. р.:

• *універсальні* (ті, що проявляються в усіх осіб старших вікових груп, напр., зморшки);

• *вірогідні* (можливі, проте не універсальні для всіх осіб старших вікових груп, напр., ***деменція***).

СТАРІННЯ СОЦІАЛЬНЕ — зміни соціальних ролей та функцій, що відбуваються при досягненні певного ***віку***. Суспільство очікує від кожного віку наявності специфічних здібностей і навичок, а також відповідних форм життя.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 160

У суспільному образі старіючої людини, що домінує в наш час, переважають процеси розпаду та виникнення недостатності в різних сферах: передбачається, що ***старість*** неминуче асоціюється з хворобами та безпорадністю, а особи старших вікових груп демонструють застарілі уявлення, які заважають суспільному прогресу (див. ***Ейджизм***).

Див. також ***Вік соціальний***.

СТАРІННЯ СТЕРЕОТИПИ — еволюціонуючі уявлення про осіб старших вікових груп та природу їхніх проблем, що впливають на організацію медичної (див. ***Геріатрія*** та ***Допомога геріатрична***), психолого-психіатричної (див. ***Геронтопсихіатрія***, ***Геронтопсихосоматика***, ***Консультування літніх клієнтів***) та соціальної роботи (див. ***Геронтологія соціальна***) із зазначеним контингентом осіб.

У XX ст. С. с. розвивалися таким чином:

1) *Теорія дефіцитів*, за якою особи старших вікових груп після кульмінації свого розвитку в середині життя (модель півкола) впадають у «друге дитинство» внаслідок прогресуючого процесу старіння та розпаду. Ця теорія й досі впливає на світогляд та спосіб дій лікарів, які зазвичай не розрізняють нормальні зміни організму у ***віці*** між 30 і 80 роками (див. ***Старіння фізіологічне***), застарілі хвороби та обумовлені віком хвороби. Згідно із зазначеним підходом, завдання психотерапії осіб старших вікових груп (див. ***Геронтопсихотерапії загальні цілі*** та ***Геронтопсихотерапії специфічні цілі***) полягає насамперед у їх психологічному супроводі з метою полегшити адаптацію до процесу деструкції.

2) *Теорія розсуспільнення* мовить: завдання старіючої людини полягає в усвідомленні життя, яке минає, та у підготовці до вмирання та смерті. За цим підходом, психотерапія осіб старших вікових груп покликана підтримати зазначену категорію осіб в їхньому відході від системи соціальних відносин, допомогти досягнути просвітленого стану «по той бік добра і зла» (тобто у виході за межі сексуальних, агресивних, нарцисичних потягів та конфліктів, що з них випливають).

3) *Теорія діяльності* вбачає основу для безпроблемної старості у різноманітній активності в різних сферах життя. Відповідно до неї, завдання психотерапії осіб старших вікових груп полягає у стимулюванні або, принаймні, подовженні, фізичної, розумової та соціальної активності.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 161

4) *Теорія потенціалів (компетенції)* та *теорія вибіркової оптимізації* стверджують: завдяки вкоріненим соціальним зв'язкам та здатності до навчання, наявні в індивіда навички можуть бути мобілізовані знову, а різноманітний особистісний потенціал знову витребуваний. Самостійності і відчуттю тривалого задоволення сприяють обмеження людини певними видами діяльності, що приносить їй задоволення, та постійне тренування. Обидві теорії надають вкрай важливого значення розвитку життєвого досвіду та здібностей індивіда. Згідно із зазначеним підходом, особи старших вікових груп не потребують психотерапевтичної допомоги з боку молодших осіб — вони здатні самостійно вирішувати існуючі конфлікти, труднощі та проблеми.

СТАРІННЯ УСПІШНЕ — оперта на сучасні дослідження медицини і ***геронтології*** концепція, що, визначає, як найліпшим чином має проходити ***старіння***. Концепція С. у. передбачає постійне докладання індивідом зусиль для подолання притаманної процесу старіння дефіцитарності.

Витоки концепції С. у. простежуються з 1950-х рр., проте її введення у науковий обіг припадає на 1980-і рр. і належить Дж. Роуї та Р. Кану (Rowe & Kahn, 1987). Автори вважають, що попередні дослідження перебільшили міру асоційованості ***старості*** з такими хворобами, як ***деменція*** або ***остеопороз***, а також критикують геронтологічні дослідження за перебільшення однорідності досліджуваних.

Автори визначили поняття С. у. як комбінацію таких факторів, що мають супроводжувати старіння (Rowe & Kahn, 1997):

- низька вірогідність хвороб або інвалідності;
- висока здатність до навчання та фізичної діяльності;
- активна участь у житті суспільства.

Зазначені цілі можуть бути досягнуті як за допомогою суспільства, так і завдяки власним зусиллям осіб старших вікових груп, спрямованих на підтримку соціальних зв'язків, особливо з молодшими особами (див. ***Теорія розсуспільнення***).

У зв'язку із зазначеною концепцією, Б. Нойгартен (Neugarten, 1974) увів терміни «*молоді старі*» (живуть активно і незалежно, їхнє життя мало чим відрізняється від життя молодшого покоління) та «*старі старі*» (представляють себе залежними і такими, які потребують допомоги, їхнє життя безрадісне та позбавлене будь-якої перспективи).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 162

Серед «молодих старих» більше освічених осіб, вони довше зберігають здоров'я та психічну повноцінність.

Див. також ***Синдром нормальної старості*** та ***Старіння нормальне***.

СТАРІННЯ ФІЗІОЛОГІЧНЕ — об'єктивні зміни органів та систем організму, що асоціюються із ***старістю***. Феномен С. ф. пояснюють теорії зношування (частини тіла поступово «зношуються» внаслідок постійного використання, див. ***Теорії старіння стохастичні***) та цитологічні теорії (клітини тіла старіють при взаємодії з токсинами, зокрема з відпрацьованими продуктами обміну речовин) та ін.

ЗОВНІШНІ ОЗНАКИ С. Ф. (включають зміни зросту, ваги та шкіри, див. ***Вік морфологічний***).

• *Зріст*. Сплощення міжхребцевих дисків і збільшення ***кіфозу*** призводить до скорочення довжини тіла (за 10 років життя, в середньому, на 2–4 см).

• *Вага*. Відбувається зниження ваги та зменшення м'язової тканини (обидва критерії більш виражені в чоловіків, ніж у жінок); м'язи стають блідими, сухими, ніби натягнутими, знижується сила та швидкість рухів. Поступове зниження м'язової сили починається близько 35 років, до 70–80 років силові показники знижуються вдвічі. Після 50 років відбувається значне зменшення вмісту жиру (дана тенденція не притаманна високорозвинутим суспільствам). Змінюється топографія жирових відкладень: із ділянки щік жир переміщується до нижніх відділів обличчя, різкіше виділяються скули, нерідко формується подвійне підборіддя; відбуваються відкладення жиру на грудях та животі. Втрата ваги призводить до зменшення накопичення жиру в ділянці живота в чоловіків й не впливає на картину його розподілу в жінок.

• *Шкіра*. Після 40 років шкіра починає набувати жовтуватого відтінку, внаслідок зменшення кількості потових та сальних залоз (у чоловіків це відбувається пізніше, ніж у жінок), втрачає еластичність і пружність, тоншає і сухішає. Особливо помітні зміни верхнього шару шкіри, товщина якого у 80-річному ***віці*** на 25 % менша, ніж у 30-річному. Підшкірна жирова клітковина редукується, так що в довгожителів може зовсім щезати. Унаслідок порушень обміну речовин, на руках, грудях, плечах з'являються пігментні плями коричневого кольору. Найочевиднішими ознаками ***старіння*** є зморшки, особливо на обличчі (яке старішає

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 163

швидше за інші частини тіла) біля зовнішніх куточків очей (т. зв. «гусячі лапки»).

• *Волосся*. Із 30-річного віку починається зменшення кількості волосся на голові, воно сивіє, оскільки клітковина волосяних цибулин втрачає здатність до утворення пігменту. Після 60 років може почати зменшуватися (аж до зникнення у ***дряхлості***) кількість волосся під пахвами та на лобку, на кінцівках і бровах.

ОПОРНО-РУХОВИЙ АПАРАТ. З'являються тупі болі у спині та суглобах кінцівок, обмежується рухливість суглобів, що хрустять при рухах; зростає втомлюваність при ході, порушуються постава та хода. У кістковій тканині порушуються білковий та мінеральний обміни, значна частина її розсмоктується, інша — розрихлюється й тоншає. Процеси, що зменшують кількість кісткової речовини, також погіршують її якість, що підвищує ризик переломів і тріщин. Майже постійними ознаками старіння після 45–50 років є ***остеопороз***, ***остеохондроз*** та ***спондильоз***.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА. Див. ***Теорії старіння органні (системні)*** → ***зміни серцево-судинної системи***.

СИСТЕМА ТРАВЛЕННЯ (включає ротову порожнину, язик, слинні залози, глотку, стравохід, шлунок, кишечник, печінку, жовчний міхур та підшлункову залозу).

• *Ротова порожнина*. Слабшає жувальна мускулатура та кістки лицьового відділу черепа, зменшуються розміри нижньої й особливо верхньої щелепи, змінюється прикус та розташування зубів. Зуби набувають жовтого відтінку та затираються (індекс затирання визначається як відношення площини оголеного дентину до загальної площини коронки). Старіння зубів нерідко супроводжується карієсом, що супроводжується пульпітом (див. ***Вік зубний***).

• *Слинні залози та язик*. Зменшується маса слинних залоз та знижується їхня функція, що призводить до сухості в ротовій порожнині, тріщин губ та язика, атрофії сосочків язика.

• *Стравохід*. Подовжується та викривлюється стравохід унаслідок посилення грудного кіфозу хребта; знижується тонус мускулатури та перистальтика, що призводить до утруднень при ковтанні, відчутті грудки їжі за грудиною, утруднень при проходженні їжі.

• *Шлунок*. Знижується тонус шлунка, його нижній полюс опускається внаслідок кіфозу хребта, послаблення зв'язкового апарату та внутрішньої мускулатури. Починаючи із 45 років,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 164

знижується шлункова секреція, що призводить до погіршення травлення та розмноження ряду патогенних мікроорганізмів.

• *Кишечник*. Подовжується кишечник, його стінки зазнають атрофічних змін, зменшується кількість залоз, що функціонують, та кількість ворсинок на одиницю поверхні слизової оболонки. Зменшення товщини слизової оболонки та атрофія м'язового шару призводить до здуття живота, а високе розташування діафрагми утруднює дихання та серцебиття. Послаблюється всмоктувальна функція тонкого кишечника.

• *Печінка*. Маса печінки, яка є максимальною в 30–40 років, зменшується після 70, особливо після 80 років. Функціональні можливості печінки знижуються достатньо повільно, так що зниження резервних можливостей цього органу та його стійкості до отрут зазвичай клінічно не проявляється.

• *Жовчний міхур*. Порушується рухова функція.

• *Підшлункова залоза*. Зміни підшлункової залози на мікроскопічному рівні починаються вже з 40–45 років, на макроскопічному — з 55–60 років. До 80 років маса підшлункової залози зменшується на 60 %, у ній відбуваються помітні судинні зміни. Функціональна недостатність підшлункової залози стає особливо очевидною у стресових ситуаціях (при захворюванні інших органів системи травлення, нераціональному харчуванні, зловживанні алкоголем тощо), коли виникають передумови для розвитку цукрового діабету пізнього типу.

ДИХАЛЬНА СИСТЕМА (включає носову порожнину, глотку, гортань, трахею, бронхи та легені). Унаслідок розвитку грудного кіфозу, тоншання міжхребцевих дисків та виведення кальцію з реберних хрящів зменшуються розміри та знижується рухливість грудної клітини.

• *Трахея*. Відбувається розширення та опущення трахеї, скорочення калібру бронхів та бронхіол, зменшення еластичності всієї бронхолегеневої системи.

• *Легені* зменшуються в масі та обсязі, стають малорухливими, що призводить до слабкої аерації та навіть до дихальної недостатності, від якої насамперед страждають чоловіки, оскільки їхнє споживання кисню на 20 % більше, ніж у жінок.

СИСТЕМА ВИДІЛЕННЯ (включає нирки, сечотоки, сечовий міхур, сечовидільний канал).

• *Нирки*. Втрати нефронів — основних функціональних одиниць нирок — у старості складають від 1/3 до 1/2 від їх кількості в молодому віці. У нирках зменшується кровоток,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 165

швидкість та якість фільтрації; це призводить до зменшення кількості сечі, що виділяється, явищ альбумінурії (наявність у сечі білка альбуміну) та гематурії (наявність у сечі крові).Існують гендерні відмінності вікового зниження функції нирок: у чоловіків зазначені явища починаються на третьому десятиріччі життя, у жінок — на четвертому; в подальшому розбіжності згладжуються (особливо у восьмому — дев'ятому десятиріччі), але в глибокій старості жінки демонструють більш виражене зниження ниркових функцій.

• *Сечотоки* розширюються та подовжуються; порушується здатність до скорочення, як сечотоків, так і сфінктерів сечового міхура. У чоловіків часто розвивається аденома простати, що призводить до порушень сечовиділення. Див. ***Гіпертрофія простати доброякісна***.

ЕНДОКРИННА СИСТЕМА (включає гіпофіз, епіфіз, щитовидну залозу, паращитовидну залозу, тимус, острівковий апарат підшлункової залози, надниркові залози, гонади). Див. ***Теорії старіння органні (системні)*** → ***зміни нейроендокринної системи***.

• *Епіфіз*. В епіфізі починаються процеси декальцінації та атрофії, що впливають на продукцію мелатоніну — гормону, який має антигонадотропні властивості й може пригальмовувати як статеве дозрівання, так і клімактеричні процеси (див. ***Клімактерій***).

• *Щитовидна залоза*. Після 50 років поступово знижуються розміри та маса щитовидної залози; ці процеси стають більш помітними до 70 років. Унаслідок цього знижується вміст йодовмісних гормонів, що призводить до зниження інтенсивності основного обміну, падіння м'язового тонусу, фізичної та психічної слабкості, атеросклерозу (див. ***Атеросклероз церебральний***) тощо.

• *Паращитовидна залоза*. Залозна тканина паращитовидної залози часткова заміщується жировою та з'єднувальною.

• *Острівковий апарат підшлункової залози*. У крові підвищується рівень інсуліну, проте його біологічна активність є мінімальною; така інсулінова недостатність сприяє розвитку ожиріння, атеросклерозу та цукрового діабету.

• *Надниркові залози*. Із 50-річного віку починає знижуватися маса надниркових залоз; кора зазначених залоз зазнає при цьому найпомітніших змін.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 166

• *Гонади*. Особливо чітко інволюційні зміни проявляються у статевих залозах (гонадах), що пов'язано з клімактеричним періодом (див. ***Андропауза*** та ***Менопауза***). У віці глибокої старості поступово знижується продукція статевих гормонів — утричі в чоловіків і вдвічі у жінок, порівняно із зрілим віком.

ІМУННА СИСТЕМА (включає виделкову залозу, або тимус (належить до ендокринної системи, проте грає ключову роль в імунних процесах), лімфатичні вузли, селезінку, кістковий мозок, лімфатичні утворення по ходу травного тракту). Послаблення імунітету в пізньому віці відкриває дорогу патогенним впливам зовнішньої та внутрішньої етіології: респіраторним захворюванням (грип, бронхіт, пневмонія тощо), аутоімунним захворюванням (ревматоїдний артрит, тиреодит тощо).

• *Тимус*. Атрофічні процеси у тимусі прив'язані до початку статевого дозрівання, що обумовлює запуск процесів старіння. У віці 20–30 років й особливо 50–90 років відбувається значне зниження функцій тимусу, так що в похилому віці зберігаються лише невеликі ділянки цієї залози.

• *Лімфатичні вузли*. Розмір лімфатичних вузлів не змінюється в похилому віці, проте кількість лімфоцитів у крові постійно знижується — до 70 % від їх кількості у молодому віці. Перебіг вікової інволюції лімфатичних вузлів є сходинкоподібним, початок припадає на 35–40 років.

НЕРВОВА СИСТЕМА (включає головний та спинний мозок).

• *Головний мозок*. Інволюційні процеси у ГМ мають сходинкоподібний перебіг, починаючи з філогенетично нових формацій. Структурно інволюційні зміни проявляються в зниженні ваги ГМ унаслідок загибелі нейронів кори — до 40–50 % від їх кількості у молодому віці. Найбільші втрати нейронів припадають на лобні долі, скроні та кору мозжечка. ГМ осіб старших вікових груп можна діагностувати за зрощуванням твердої мозкової оболонки з кістками черепа, за загальною атрофією звивин, розширенням борозен, зменшенням щільності та розмірів нейронів та їх пігментації, несистематизованою дегенерацією нервових клітин та волокон.

• *Спинний мозок*. У клітинах спинного мозку поступово зменшується метаболічна та ферментативна активність. У симпатичній НС інволюційні процеси (відкладення пігменту та жиру, вакуолізація гангліїв) починаються раніше, ніж у парасимпатичній. Так, ще у пресенільному віці починається зменшення кількості рецепторів, демієлінізація нервових волокон ожи-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 167

ріння строми, порушення будови та структурної організації іннервації самих нервів, що призводить до зниження швидкості проведення імпульсів, уповільнення всіх психомоторних реакцій, випадіння деяких рефлексів тощо.

СТАРІННЯ ЦИКЛ — запропонована англійським геронтологом Д. Б. Бромлей (Bromley, 1966) періодизація пізнього ***віку***, виділення стадій якої базується на аналізі соціального статусу індивіда, що з'являється, розвивається та щезає протягом життя.

1) ВІДДАЛЕННЯ ВІД СПРАВ («відставка», 65–70 років) — характеризується підвищенням вразливості до порушень життєвого стереотипу та «психічного безладу» в найближчому оточенні; збільшенням потреби в комунікації, загостренням родинних почуттів та потреби в близьких; звільненням від службової ролі (див. ***Вік пенсійний***) та суспільних справ або, навпаки, подовженням певної діяльності з метою втримати авторитет та владу; адаптацією до нових умов життя без постійної напруженої зайнятості (див. ***Криза виходу на пенсію***); погіршенням фізичного та розумового стану. Зважаючи на гендерні відмінності у середній тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня*** та ***Тривалості життя гендерні відмінності***), для багатьох чоловіків ця стадія виявляється останньою.

2) СТАРІСТЬ (70 років) — характеризується повною незайнятістю в суспільстві; відсутністю будь-яких ролей, окрім сімейних; зростаючою соціальною ізоляцією; поступовим скороченням кола близьких людей, особливо ровесників; фізичною та розумовою недостатністю.

3) ОДРЯХЛІННЯ, ХВОРОБЛИВА СТАРІСТЬ (максимум до 110 років) — характеризується наростанням явищ сенільності у поведінці та психічній сфері, остаточним руйнуванням біологічних функцій, хронічними хворобливими станами, ***смертю***. Див. ***Дряхлість стареча*** та ***Одряхління***.

СТАРІСТЬ (похилий вік, пізня дорослість) — заключний етап життя організму (див. ***Етагенез*** та ***Геронтогенез***), що починається приблизно з 55–60 років та характеризується вираженим зниженням його адаптаційних можливостей і відповідними морфологічними змінами в органах та системах. Хронологічні кордони між С. та зрілістю є досить умовними внаслідок значних індивідуальних розбіжностей у появі ознак С.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 168

За американським психологом І. М. Бернсайд та співавторами (Burnside, Ebersole & Monea, 1979), виділяють такі періоди С.:

1) *Передстарість* (приблизно 60–70 років) — важливий перехідний період, що характеризується початком пристосування до нової рольової структури. У зв'язку з виходом на пенсію (див. ***Вік пенсійний*** та ***Криза виходу на пенсію***) скорочуються прибутки, зменшується кількість друзів.

2) *Власне старість* (70–80 років) — протягом цього десятиліття в житті людини відбувається більше подій (хвороби, втрата багатьох друзів та родичів, згортання соціальної активності тощо), ніж за 2 попередніх. За Бернсайд, головним завданням розвитку виступає збереження реінтеграції особистості, що була досягнута в попередній період.

3) *Пізня старість* (80–90 років) унаслідок утрудненої адаптації до оточуючого світу індивід починає жити спогадами. Багато людей у цьому віці потребують простіших умов життя, мінімізації побутових проблем, поєднання можливості усамітнення з наявністю зовнішніх стимулів. Більшість із них не в змозі підтримувати соціальні та культурні контакти без сторонньої допомоги.

4) *Дряхлість* (90–99 років) — якщо проблеми попередніх років були успішно вирішені, життя людей, котрі досягли цього віку, може бути сповнене радістю, спокоєм та відчуттям задоволення. Але наукових даних про життя 90-річних недостатньо (див. ***Дряхлість стареча***).

У концепції Е. Х. ***Еріксона*** (див. ***Модель сходів***) С. — період збору плодів попередніх сходинок онтогенетичного розвитку, протягом якого досягається цілісність особистості. Брак або втрата цієї цілісності супроводжується почуттям відчаю та страху смерті, а також відчуттям того, що залишилося надто мало часу, щоб спробувати почати нове життя та шукати інших шляхів досягнення цілісності. Головне новоутворення С. — інтеграція індивідом пройденого ним життя; за умов успішності цієї діяльності досягається ***мудрість***.

Проблемами психології С. займається ***геронтопсихологія***.

Див. також ***Типологія старості соціально-психологічна***.

СТАРІСТЬ УСПІШНА — концепція, розроблена американським психологом Дж. Пеком (Peck, 1968) на основі психосоціальної теорії Е. Х. ***Еріксона***. Для досягнення С. у. індивід має розв'язати 3 основні завдання, що відповідають 3 вимірам його особистості:

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 169

1) *Трансценденція ролей проти захопленості ролями (диференціація)*. У процесі професійної діяльності індивід захоплений роллю, яку диктує йому професія; з виходом на пенсію (див. ***Вік пенсійний***) він має визначити для себе цілий набір значимих видів діяльності, щоб його час був заповнений, оскільки у випадку обмеження професійними та сімейними ролями втрата роботи та дорослішання дітей викличуть прилив негативних емоцій (див. ***Криза виходу на пенсію***).

2) *Трансценденція тіла проти захопленості тілом*. Особи старших вікових груп мають учитися долати погіршення свого самопочуття, відволікатися від хворобливих відчуттів та насолоджуватися життям, насамперед через людські стосунки, що дозволить їм перетнути межі захопленості своїм тілом.

3) *Трансценденція Его проти поглинутості Его*. Особи старших вікових груп мають розуміти, що хоча ***смерть*** неминуча і, можливо, вже недалеко, їм стане легше, якщо вони будуть усвідомлювати свій внесок у майбутнє через виховання дітей, через свої справи та ідеї.

Жодний із зазначених вимірів не обмежується середнім або пізнім ***віком***; отже рішення, прийняті на початку життя, виступають в якості будівельних блоків, з яких складаються всі рішення дорослої людини, а особи середнього віку вже починають розв'язувати проблеми майбутньої ***старості***.

СТРАТЕГІЯ ДОСЯГНЕННЯ НЕХТУВАНОГО СТАРІННЯ ІНЖЕНЕРНИМИ МЕТОДАМИ (Strategies for Engineered Negligible Senescence — SENS) — міжнародний дослідницький проект, метою якого є створення доступної для кожної людини технології, що дає змогу відновлювати організм до будь-якої міри ***омолодження*** і підтримувати його в такому стані протягом будь-якого часу.

На думку О. ді ***Ґрея***, розробника SENS, навіть не знаючи фундаментальних причин ***старіння***, можна розірвати ланцюжки його процесів у слабких ланках — там, де сучасна наука в змозі це зробити. У результаті вдасться досягти практичного безсмертя (див. ***Безсмертя практичне***).

Теоретичною основою SENS є ***концепція другої космічної швидкості***.

Див. також ***Іммортизм***, ***Іммортологія*** та ***Медицина 0антистаріння***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 170

СТРАТЕГІЯ СТАРІННЯ — визначення індивідом сенсу та мети подальшого життя, що припадає на ***кризу виходу на пенсію***.

Виділяють такі С. с. (Чудновский, 1992):

• *Конструктивна С. с.* характеризується збереженням структури сенсу життя, хоча провідний сенс цієї ієрархії може бути змінений. Це відбувається при гармонійній взаємодії основних та другорядних складових ієрархічної структури, їхньому впливу на провідну складову цієї ієрархії.

• *Деструктивна С. с.* характеризується структурою сенсу життя, що розпадається, коли структурна ієрархія у багатьох аспектах перестає існувати, а провідний сенс розпадається на низку маленьких сенсів. У такому разі ситуація може суб'єктивно сприйматися як втрата сенсу життя.

Див. також ***Адаптація до старіння*** та ***Вік пороговий***.

СТРЕСОРИ ПІЗНЬОГО ВІКУ — фактори, що негативно впливають на психологічне благополуччя осіб старших вікових груп.

Основними С. п. в. прийнято вважати:

• відсутність чіткого життєвого ритму;
• звуження сфери спілкування;
• відхід від активної трудової діяльності;
• синдром «спустошеного гнізда», самотність;
• обернутість на себе;
• дискомфорт від замкненого простору;
• низький життєвий рівень;

Найбільш суттєвими є психологічні моменти самотності, що виражаються у нерозумінні та байдужості з боку оточуючих. Складність почуття самотності виражається в тому, що стара людина, з одного боку, відчуває збільшення розриву з оточуючими, боїться самотнього способу життя; з іншого боку, вона намагається відгородитися від оточуючих, захистити свій світ і стабільність від стороннього впливу.

До С. п. в. належать також економічні фактори, зокрема низький рівень прибутків, життя на межі фізичного виживання.

Див. також ***Психогенії пізнього віку***.

СТРУКТУРА НАСЕЛЕННЯ ВІКОВА — співвідношення чисельності різних вікових груп населення.

Залежить від рівнів народжуваності та ***смертності***, середньої тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня***) членів того чи іншого суспільства.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 171

Виділяють такі типи С. н. в.:

• *прогресивний* (високий показник природного приросту населення);

• *стаціонарний* (природний приріст населення знаходиться на незмінному рівні);

• *регресивний* (велика частка осіб старших вікових груп, негативний приріст населення).

С. н. в. України належить до регресивного типу: на початку 2005 р. в суспільстві нараховувалося понад 14,3 млн пенсіонерів, із них за ***віком*** — понад 10,3 млн осіб, за інвалідністю — понад 2,0 млн осіб; на кожні 1000 мешканців країни припадало понад 300 пенсіонерів. За шкалою ООН, старим населення вважається тоді, коли частка осіб у віці понад 65 років становить понад 7 % від усієї кількості населення. Оскільки в Україні зазначена частка сягнула 15,9 % (зокрема серед міських мешканців — 19,8 %), то її населення оцінюється як дуже старе.

Сучасне населення розвинутих країн можна описати як «*прямокутне*» суспільство (гістограма, що зіставляє кількість осіб у кожній віковій групі, певною мірою нагадує прямокутник), на відміну від «*пірамідального*» суспільства (велика кількість осіб у наймолодшій віковій групі та набагато менше людей у старших вікових групах) початку XX ст.

Див. також ***Навантаження демографічне***, ***Старіння демографічне*** та ***Старіння населення***.

СУЇЦИД ІНВОЛЮЦІЙНИЙ (від лат. *sui caedere* — вбивати себе) — спроба самогубства або завершене самогубство, що скоюють особи старших вікових груп. Від С. і. слід відрізняти інволюційний парасуїцид (спричинення індивідом собі тілесних ушкоджень, які завідомо не несуть ризику для його життя).

Статистика показує значуще збільшення числа самогубств із ***віком***: якщо на 100 тис. осіб 45–60 років припадає приблизно 24 випадки самогубства, то на 100 тис. осіб 75–80 років — приблизно 38 випадків самогубства, а на 100 тис. осіб 85–90 років — 44 випадки самогубства. Чоловіки старших вікових груп скоюють самогубства у 2–3 рази частіше, ніж жінки аналогічного віку.

Із збільшенням віку також суттєво збільшується відношення суїцидальних спроб до завершених суїцидів: у жінок 15–19 років воно складає 59:1, в чоловіків тієї ж вікової групи — 12:1; в жінок 70–74 років — 1,8:1, в чоловіків тієї ж вікової групи — 1,4:1.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 172

Виділяють такі основні причини розвитку суїцидальних схильностей:

• *Депресія* (див. ***Депресія інволюційна*** та ***Криза виходу на пенсію*** → ***віково-ситуативна депресія***). Суїцидальний ризик хворих на депресію у 30 разів (!) перевищує аналогічний показник недепресивних осіб: 40–80 % депресивних пацієнтів під час депресивного епізоду думають про суїцид; 20–60 % депресивних хворих мають у своїй історії хвороби відмітку про суїцидальну спробу; 15 % пацієнтів із важкою депресією закінчують життя самогубством.

• *Нарцисична криза*. Втрата партнера, друзів, родичів тощо, зниження сенсорних можливостей (див. ***Пресбіакусіс*** та ***Тіннітус***) призводять до втрати звичних соціальних зв'язків і десоціалізації (див. ***Теорія розсуспільнення***). До цього можуть додаватися такі фактори, як зниження політичної ваги та втрата життєвої перспективи.

До протективних факторів, що знижують суїцидальний ризик, відносять релігійність, особистий пошук сенсу буття, позитивний образ ***старості*** (напр., орієнтація на відповідні приклади батьків або попередніх поколінь), оптимістичні плани на майбутнє, підтримка дітей.

Окрім явних суїцидальних спроб нерідко зустрічаються випадки суїцидально мотивованого наближення власної ***смерті***, що може проявлятися, напр., у відмові від їжі.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 173

Т

ТАБЛИЦІ СМЕРТНОСТІ ТИПОВІ (модельні таблиці смертності) — система ***таблиць смертності***, кожна з яких відображає зміни інтенсивності ***смертності*** із зміною ***віку*** для населення з подібним порядком ***вмирання***.

Див. також ***Таблиця смертності застрахована*** та ***Таблиця смертності повна***.

ТАБЛИЦЯ СМЕРТНОСТІ — статистична таблиця, в якій містяться розрахункові показники ***смертності*** населення у певних вікових категоріях. С. т. застосовують при актуарних підрахунках, для встановлення можливих виплат у випадку ***смерті*** застрахованих осіб або у випадку, якщо вони доживуть до закінчення терміну страхування. Такі розрахунки служать підставою для встановлення тарифних ставок по договорах довготривалого страхування життя.

Див. також ***Біологія тривалості життя***, ***Закон Гомперца–Мейкема***, ***Таблиця смертності застрахована***, ***Таблиця смертності повна*** та ***Таблиці смертності типові***.

ТАБЛИЦЯ СМЕРТНОСТІ ЗАСТРАХОВАНА — актуарна ***таблиця смертності***, що складається за даними страхової компанії про чисельність застрахованих та померлих за ***віком*** та роком народження. Вигідно відрізняються від загальних таблиць смертності точністю та повною співставністю даних.

Див. також ***Таблиця смертності повна*** та ***Таблиці смертності типові***.

ТАБЛИЦЯ СМЕРТНОСТІ ПОВНА — ***таблиця смертності***, що представляє дані по однорічних інтервалах від 0 до 100 або 110 років. Іноді в Т. с. п. перший рік життя членів популяції розбивають на дрібніші вікові інтервали.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 174

Т. с. п. дає уявлення про інтенсивність ***смертності*** залежно від ***віку***. Зазвичай Т. с. п. складається при переписі населення й обробляється за допомогою математичних методів згладжування.

Див. також ***Таблиця смертності застрахована*** та ***Таблиці смертності типові***.

ТАНАТОЛОГІЯ (від гр. *thanatos* — смерть, *logos* — учення) — букв. «наука про смерть» — наука, що вивчає ***смерть***, її причини, процес та прояви. Термін запропонований І. І. ***Мечниковим*** у межах його вчення про ***ортобіоз***.

Т. не обмежується суто медико-біологічною проблематикою, а включає також етнографічні, фольклорні, історичні, економічні та інші аспекти.

Див. також ***Вмирання*** та ***Вмирання стадії***.

ТЕОРІЇ СТАРІННЯ — теорії, що з тих чи інших позицій пояснюють феномен ***старіння***. Виділяють біологічні, психологічні, соціологічні Т. с.

Більшість існуючих біологічних Т. с. можна віднести до 3 великих груп:

- *органні теорії* (див. ***Теорії старіння органні (системні)***);
- *генетичні теорії* (див. ***Теорії старіння генетичні***);
- *стохастичні теорії* (теорії зношування організму, див. ***Теорії старіння стохастичні***).

Див. також ***Модель трьох факторів старіння***, ***Плейотропія антагоністична***, ***Програма довголіття*** та ***Теорія елевацийна***.

ТЕОРІЇ СТАРІННЯ ГЕНЕТИЧНІ — група біологічних ***теорій старіння***, в основу яких покладене твердження, що ***старіння*** безпосередньо пов'язане із змінами у генетичній конституції організму, насамперед з мутаціями у яДНК. Сутність генетичної природи старіння Т. с. г. вбачають або в переважно зовнішньому пошкодженні геному, або в переважно внутрішньому порушенні інформаційних потоків.

Виділяють такі види Т. с. г.:

- *Теорії запрограмованого старіння* базуються на дослідженнях тривалості життя (див. ***Біологія тривалості життя***), в яких відмічалася константність очікуваної тривалості життя (див. ***Тривалість життя очікувана***) особин різних біоло-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 175

гічних видів, у т. ч. й ссавців. Головний аргумент на користь цієї групи теорій — феномен ***ліміту Гейфліка***.

• *Теорія соматичних мутацій.* Оскільки ДНК відповідає за регулювання вироблення найважливіших для підтримки життя пептидів та протеїнів, припускають, що вікове зниження функцій обумовлене накопиченням мутацій у яДНК соматичних клітин. Так, пошкодження яДНК нелетальними дозами іонізуючої радіації знижує тривалість життя експериментальних тварин, причому пропорційно дозі випромінювання. Також встановлена зворотна кореляція між тривалістю життя ссавців та частотою хромосомних аномалій у цих ссавців із збільшенням їхнього віку. Окрім того, існує припущення, що вікова дисфункція мітохондрій пов'язана насамперед із мутаціями в яДНК.

• *Теорія передачі інформації.* Здатність організму виробляти функціональні протеїни залежить від точності генетичної інформації, закодованої в ДНК, від непорушеної транскрипції цієї інформації з ДНК на РНК та подальшої її трансляції в пептиди й протеїни. Транскрипція і трансляція — складні багатоступеневі процеси, на кожному етапі яких можуть виникати помилки, причому ймовірність помилок експоненціально зростає з віком. Дана обставина обумовлює феномен катастрофи помилки, проявом якого є те, що тривалість життя ссавців знаходиться у зворотно пропорційному зв'язку з інтенсивністю білкового обміну. (Див. ***Медведев*** Ж. О.)

• *Теорія епігенетичних механізмів* акцентує увагу на ролі епігенетичних помилок — збоїв у контролюванні експресії гена; головна роль тут відводиться основі 5-метилцитозіну (5mC). Порушення метилювання, обумовлене 5mC, може призвести до експресії генів, які за інших умов не проявляли би себе. Таким чином, у геномі може бути багато «німих» епігенетичних дефектів, що проявляються тільки через певний період часу або після певної кількості поділів клітин.

• *Гіпотеза втрати тіломір.* (Див. ***Гіпотеза старіння тіломірна***.)

Див. також ***Програма довголіття***, ***Теорія запрограмованого старіння*** та ***Теорія накопичення мутацій***.

ТЕОРІЇ СТАРІННЯ ОРГАННІ (СИСТЕМНІ) — група біологічних ***теорій старіння***, заснованих на твердженні, що початок та прогресування ***старіння*** ссавців обумовлені зниженням функції певного органу або системи організму.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 176

Однак така позиція викликає певну критику: хоч безсумнівним є те, що вікове погіршення функціонування того чи іншого органу або системи організму робить свій внесок у процес старіння, в ланцюжку «погіршення функціонування органів і систем → власне процеси старіння» легко можна сплутати наслідок із причиною.

Виділяють такі види Т. с. о.:

• *Зміни серцево-судинної системи.* Серцево-судинні хвороби є основною причиною ***смерті*** осіб старших вікових груп, а ефективне функціонування життєво важливих органів, включаючи ГМ та серце, можливе тільки за умов оптимального кровообігу. Однак в міру старіння знижується еластичність кровоносних судин внаслідок змін у середній судинній оболонці, що призводить до порушення функції серця через необхідність збільшення навантаження на нього для забезпечення нормального кровообігу. Цьому припущенню суперечить той факт, що ознаки старіння спостерігаються й у представників еволюційно нижчих видів (напр., дрозофіл і нематод), в яких відсутні кровоносні судини.

• *Зміни в імунній системі.* Імунна система ссавців відповідає за захист організму від умовно-патогенних мікроорганізмів, а також за пригнічення проліферації (тобто розростання тканини шляхом новоутворення клітин) змінених, злоякісних клітин самого організму. Імунітет людини є максимальним у підлітковому ***віці***, після чого здатність імунної системи до вироблення антитіл знижується внаслідок ***інволюції*** та атрофії таламуса. Із віком також посилюється аутоімунний феномен, що призводить до частішання хронічних аутоімунних хвороб. Функції імунної системи контролює та координує головний комплекс гістосумісності (ГКГ), локалізований у людини в 6-й хромосомі. Зниження функції ГКГ вважається центральною ланкою у процесах старіння. Проте, за аналогією із серцево-судинною системою, цьому положенню суперечить той факт, що старіють й організми, які не мають імунної системи. Крім того, оскільки на імунну систему великою мірою впливають гормони, то зміни імунних функцій лише віддзеркалюють первинні зміни в ендокринній системі, що регулює імунітет.

• *Зміни нейроендокринної системи.* Загальна життєва активність усіх ссавців тісно пов'язана з ефективністю нейроендокринних механізмів, що регулюють функції органів і тканин. Особлива роль приписується гіпоталамусу, оскільки через

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 177

гіпофіз він модулює активність надниркових залоз, щитовидної залози і гонад, чим обумовлює процеси старіння. Свій внесок у процеси старіння робить і підшлункова залоза, оскільки вона підтримує рівень цукру в крові, який зростає з віком. (Див. ***Старіння фізіологічне → ендокринна система***.)

• *Погіршення функції мітохондрій.* Мітохондрії — субклітинні органели, основна функція яких полягає у виробленні аеробної енергії в організмі тварин і комах усіх класів. При порівнянні молодих та старих особин усіх видів в останніх спостерігається зниження кількості та збільшення розмірів мітохондрій, а також почастішання структурних аномалій, що відображається на клітинному метаболізмі. (Див. ***Мітоптоз***).

ТЕОРІЇ СТАРІННЯ СТОХАСТИЧНІ — група біологічних ***теорій старіння***, опертих на твердження, що з часом в організмі відбуваються випадкові несприятливі зміни, які, накопичуючись, уже не компенсуються здатністю організму до виживання (див. ***Вітаукт***). Таким чином, ***старінню*** передує попереднє зниження життєдіяльності організму.

Виділяють такі види Т. с. с.:

• *Гіпотеза рівня життєдіяльності.* Сформульована Р. ***Пірлом***, який вважав: існує загальна закономірність між температурою тіла та швидкістю реакцій, що протікають в організмі. У ссавців визначений чіткий зворотний зв'язок між інтенсивністю основного обміну і тривалістю життя. Різновидом цієї гіпотези є стресова теорія старіння, згідно з якою резистентність до стресу є успадкованою особливістю організму, що визначає тривалість його життя. Із цього випливає: тривалість життя тих організмів, в яких із часом сформувався більш стресостійкий генотип, буде найбільшою (див. ***Довголіття гени***).

• *Акумуляційні теорії.* Старіння є накопиченням усередині клітин відходів, що утворилися в результаті обміну речовин. Такі відходи життєдіяльності втручаються у нормальний клітинний метаболізм й переважно неспецифічним шляхом впливають на організм, призводячи до дисфункцій та ***смерті*** (як на клітинному (див. ***Апоптоз***), так і на органному рівні (див. ***Органоптоз***)). Основна роль тут відводиться ліпофусцину — нерозчинній пігментній речовині, що з'являється у клітинах багатьох тканин ссавців (включаючи нейрони та волокна серцевого м'язу) в процесі старіння. Вважають, що ліпофусцин

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 178

утворюється при аутооксидації з клітинних матеріалів, які неповністю розпалися, у т. ч. із ліпідного компоненту мембран мітохондрій.

• *Теорія перехресних зв'язків*. Із збільшенням ***віку*** організму в багатьох важливих у біологічному плані макромолекул поступово розвиваються перехресні зв'язки, за своєю природою ковалентні або опосередковані молекулами водню, внаслідок чого змінюються фізичні та хімічні якості цих молекул. Так, утворення перехресних зв'язків у позаклітинного протеїну колагену з віком призводить до втрати еластичності кровоносних судин і шкіри ссавців. ДНК та РНК також можуть бути потенційними внутрішньоклітинними мішенями для агентів, що викликають перехресне зв'язування, а це, своєю чергою, призводить до суттєвих порушень інформаційного обміну в клітині.

• *Теорія вільних радикалів* (див. ***Теорія вільнорадикальна***).

ТЕОРІЯ ВІДПРАЦЬОВАНОЇ СОМИ — окремий випадок антагоністичної плейотропії (див. ***Плейотропія антагоністична***); запропонована Т. ***Кірквудом*** біологічна ***теорія старіння***, що підтверджує тезу про неадаптивну з точки зору еволюції роль ***старіння*** (Kirkwood, 1977).

У Т. в. с. постулюється наявність генів, що контролюють перерозподіл енергетичних ресурсів від підтримки функцій тіла до функції відтворення потомства.

За цією теорією, репарація соматичних пошкоджень, що потребує значних витрат енергії, конкурує за енергетичні ресурси з репродуктивною функцією. З еволюційної точки зору, марно витрачати надто багато енергії на підтримку соми, якщо в результаті постійного тиску на популяцію несприятливих умов оточуючого середовища шанси прожити довго не є великими. У такій ситуації більш адекватним рішенням для особини є швидке розмноження, щоб встигнути залишити після себе потомство до своєї загибелі. Коли життєві умови виду поліпшуються (вихід у нову екологічну нішу, розширення ареалу тощо), і, відповідно, зростає шанс на більш тривале життя, корисним буде перемкнути баланс у бік підтримки життєдіяльності, оскільки в такому разі збільшиться репродуктивне життя.

Див. також ***Теорії старіння генетичні*** та ***Теорія накопичення мутацій***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 179

ТЕОРІЯ ВІКОВОЇ СТРАТИФІКАЦІЇ — соціологічна ***теорія старіння***, що розглядає суспільство як сукупність вікових груп; такий стан речей віддзеркалює обумовлені ***віком*** розбіжності у здібностях, рольових функціях, правах та привілеях. Основи сучасного підходу до дослідження соціальної стратифікації закладені німецьким соціологом М. Вебером (1864–1920).

Т. в. с. акцентує увагу на місці осіб старших вікових груп у суспільстві, механізмах розподілу соціальних ролей, індивідуальних переміщеннях із групи в групу тощо. Т. в. с. дозволяє охарактеризувати осіб старших вікових груп у термінах демографічних показників, простежити їхні взаємозв'язки з іншими віковими групами. Слід зазначити, що осмислення вікової стратифікації суспільства ускладнюється впливом інших систем соціального ранжування — гендерних, етнічних, класових та ін.

Див. також ***Геронтосоціологія***.

ТЕОРІЯ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНА — біологічна ***теорія старіння***, запропонована Д. ***Харманом***. Пояснює виникнення низки захворювань, що зазвичай асоціюються з пізнім ***віком***: онкологічних та коронарних хвороб, паралічу, ревматоїдного артриту, катаракти, ***деменції альцгеймерівського типу*** тощо.

Згідно з положеннями Т. в., у процесі життєдіяльності в організмі утворюються агресивні форми кисню — вільні радикали (Harman, 1956, 1981). Ці з'єднання (вільні радикали) характеризуються непарним електроном на зовнішній орбіті, який значно підвищує їхню здатність вступати в реакцію з іншими речовинами й аутокаталітично атакувати сусідні з'єднання. Вільні радикали утворюються в результаті впливу на клітини або органели іонізуючого випромінювання.

Радикали кисню відіграють особливу роль у пошкодженні тканин, що асоціюється із ***старінням***. Так, при обміні речовин з молекул кисню утворюється багато високореактивних з'єднань, у т. ч. супероксидні та гідропероксидні радикали, пероксид водню, гідроксильний радикал та атомарний кисень. Мішенями для них стають бокові ланцюги поліненасичених жирних кислот у мембранах клітин та органел. При цьому має місце перекисне окислення ліпідів, що може суттєво пошкодити, навіть убити клітину (див. ***Апоптоз***). Мішенню для вільних радикалів може бути й ДНК, при цьому мДНК особливо чутлива до таких пошкоджень через свою близькість до місця вироблення вільних радикалів (внутрішня мембрана мітохондрій).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 180

Експериментально встановлена зворотна кореляція між тривалістю життя ссавців різних видів та інтенсивністю перекисного окислення. Різноманітні антиоксиданти (для людини це аскорбінова кислота, альфа-токоферол, бета-каротин, глютатіон, ферменти, напр., супероксид-дисмутаза, пероксидаза, каталаза) підвищують середню очікувану тривалість життя (див. ***Тривалість життя очікувана***).

Свідчень про збільшення максимальної тривалості життя (див. ***Тривалість життя максимальна***) недостатньо.

ТЕОРІЯ ЕЛЕВАЦІЙНА — запропонована російським дослідником В. М.Дільманом (1925–1994) біологічна ***теорія старіння***, згідно з якою дія механізму ***старіння*** розпочинається з постійного зростання порогу чутливості гіпоталамусу до рівня гормонів у крові, внаслідок чого збільшується концентрація циркулюючих гормонів. Це, своєю чергою, призводить до різноманітних форм патологічних станів, притаманних для осіб старших вікових груп: ожиріння, діабету, атеросклерозу (див. ***Атеросклероз церебральний***), депресії, гіпертонії, аутоімунних захворювань, клімактеричного синдрому (див. ***Синдром клімактеричний***) тощо. Зазначені хвороби призводять до старіння та ***смерті***.

Іншими словами, в організмі існує великий біологічний годинник, що відміряє час від народження до смерті. У певний момент цей годинник запускає в організмі деструктивні процеси, які прийнято називати старінням.

ТЕОРІЯ ЗАПРОГРАМОВАНОГО СТАРІННЯ — історично перша біологічна ***теорія старіння***, що сформульована німецьким біологом А. Вейсманом (1834–1914)з еволюційних позицій (Weismann, 1889).

За Т. з. с., ***старіння*** є продуктом реалізації генетичної програми онтогенезу, мета якої полягає у звільненні життєвого простору та ресурсів для нових поколінь. Біологічним механізмом при цьому виступає обмеження числа ділень соматичних клітин, на відміну від гермінативних клітин, що необмежено проліферують; міжвидові відмінності у тривалості життя тварин (див. ***Тривалість життя видова***) пояснюються кількістю клітинних генерацій.

Розвитком Т. з. с. стала концепція ***фенoптоза***.

Див. також ***Ліміт Гейфліка*** та ***Теорії старіння генетичні***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 181

ТЕОРІЯ ЗВІЛЬНЕННЯ (теорія роз'єднання) — соціологічна ***теорія старіння***, запропонована Е. Каммінгом та У. Генрі (Cumming & Henry, 1961); продовжує функціоналістську традицію в соціології, оскільки розглядає елементи соціального цілого в термінах їхньої функціональної залежності.

Т. з. пов'язує процеси ***старіння*** з неминучим відходом індивіда від взаємодії із соціальним середовищем. Послідовне руйнування соціальних зв'язків означає своєрідну підготовку до останнього розриву — з життям. Процес соціального відходу характеризується втратою соціальних ролей, обмеженням соціальних контактів, меншою орієнтацією на соціальні цінності, самозаглибленням. Відхід індивіда від звичного тиску з боку суспільства дозволяє молодшим та більш енергійним прийняти на себе вакантні ролі та функції.

Протилежністю Т. з. є ***концепція активності***.

Див. також ***Геронтосоціологія*** та ***Теорія розсуспільнення***.

ТЕОРІЯ НАЙМЕНУВАНЬ — соціологічна ***теорія старіння***, що визначає ***старість*** як стан девіантності.

За Т. н., індивідуальне «Я» з народження розвивається в атмосфері взаємодії з оточуючими людьми, тому на мислення та поведінку індивіда безпосередньо впливають як способи їх соціальної детермінації значущими іншими, так і реакція інших на дії цього індивіда. Поведінка осіб старших вікових груп також визначається нормами соціальної групи, до якої вони належать. «Інші» — молодші люди — іменують представників старшого покоління залежними від зовнішніх умов, непотрібними, маргінальними, такими, котрі втратили колишні здібності, впевненість у собі та почуття соціальної та психологічної незалежності. Соціальний стан осіб старших вікових груп означає, на їхню думку, насамперед пасивність. Тому саме та частина суспільства, що «іменує» й володіє важелями активного впливу, може й повинна розробляти соціальні програми для покращення життя «пасивних» осіб старших вікових груп.

Див. також ***Геронтосоціологія***.

ТЕОРІЯ НАКОПИЧЕННЯ МУТАЦІЙ — запропонована англійським біологом П. Б. Медаваром (1915–1987) біологічна ***теорія старіння***, в основі якої — положення про еволюційний відбір генів (Medawar, 1946, 1952). Т. н. м. підтверджує тезу про неадаптивну з точки зору еволюції роль ***старіння***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 182

Згідно з положеннями Т. н. м., старече згасання є побічним продуктом накопичення в генофонді особини тих летальних та напівлегальних генів, яким вдалося пройти крізь сито природного відбору завдяки тому, що їхній ефект проявляється в пізньому ***віці***. Природний відбір сприяє генам, які зсувають на пізні терміни дію інших, летальних генів, а також генам, що здатні прискорювати ефект «хороших» генів.

Т. н. м. пропонує такі гіпотететичні способи подовжити середню тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) людини:

- у масовому порядку відтермінувати народження дітей до певного віку (напр., до 40 років) — через кілька десятиліть цей вік підвищити ще на 10 років і т. п.;
- увести гени в оману, примусивши їх вважати, що тіло, в якому вони знаходяться, молодше, ніж є насправді — для цього необхідно ідентифікувати зміни, що відбуваються у внутрішньому середовищі організму в процесі старіння, та імітувати певні несуттєві хімічні якості тіла молодого індивіда з метою запобігти включенню «пізніх» летальних генів.

Див. також ***Теорії старіння генетичні*** та ***Теорія відпрацьованої соми***.

ТЕОРІЯ НЕВИКОРИСТАННЯ — психологічна ***теорія старіння***, за якою вікове зниження когнітивних функцій (див. ***Геронтизм***, ***Гіпотеза загального уповільнення*** та ***Старіння інтелекту класичний паттерн***) обумовлене все меншим їх використанням (Milne, 1956).

Висновком із Т. н. є теза про те, що практика може не тільки зберегти існуючі навички, але й відновити втрачені або ті, що погіршуються.

Див. також ***Геронтопсихологія***.

ТЕОРІЯ РОЗ'ЄДНАННЯ — див. ***Теорія звільнення***.

ТЕОРІЯ РОЗСУСПІЛЬНЕННЯ — соціологічна ***теорія старіння***, запропонована Дж. Розеном, Б. Нойгартеном, Е. Каммінгом та У. Генрі (Rosen & Newgarten, 1960; Cumming & Henri, 1962). Згідно з положеннями Т. р., у певний період ***етагенезу*** (який припадає на відхід від справ, див. ***Вік пенсійний*** та ***Вік пороговий***) починається розрив між індивідом та суспільством, зменшення енергії особистості та погіршення якості ще наявних зв'язків.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 183

Природа даного феномену є психосоціальною й пояснюється як природними змінами старіючої особистості, так і впливом на неї соціального середовища. Найчіткіше зазначений процес проявляється у передпенсійному та пенсійному віці. Окрім припинення трудової діяльності, подальшого погіршення матеріального становища і падіння соціального статусу, індивід на цьому етапі життя часто втрачає рідних та близьких, віддаляється від своїх уже дорослих дітей. Така втрата колишніх соціальних зв'язків сукупно з погіршенням фізичного та інтелектуального функціонування призводить до порушення динамічного стереотипу особистості, що склався, до зміни її світогляду та поведінки. Розсуспільнення проявляється у зміні мотивації, звуженні кола інтересів, зосередженні на своєму внутрішньому світі.

Виділяють такі джерела розсуспільнення:

• *Відторгнення осіб старших вікових груп, обумовлене потребами молодого покоління*: коли людина старішає, родина як суспільна одиниця не висуває до неї жодних вимог, відторгає її, тим самим позбавляючи певної соціальної ролі, змінює статус (див. ***Ейджизм доброякісний***).

• *Сам старіючий індивід, котрий втрачає комунікабельність.* Втративши старі суспільні зв'язки (родинні, дружні, професійні тощо), він уже не в змозі налагодити нові.

• *Відхід від справ, вихід на пенсію.* Втрачаючи звичні ділові комунікації, індивід стає некомунікабельним. При цьому на психічне здоров'я негативно впливає не тільки усунення від справ, але й зміна діяльності. Кількість інформації, що надходить до індивіда, зменшується, коло його інтересів звужується, падає активність, відтак прискорюється процес старіння.

За Генрі, незайнятість осіб старших вікових груп розглядається як сукупний процес, психосоціальне явище, що пояснюється як психологією самих індивідів, так і суспільним впливом на них. Така незайнятість з'являється у результаті зменшення життєвої активності осіб старших вікових груп та їхньої енергії.

У Т. р. виділяють 3 групи осіб, залежно від кількості притаманної їм психічної енергії:

• особи, котрі відчувають себе достатньо бадьорими та енергійними, продовжують працювати, виконують суспільні обов'язки і залишаються на тій же роботі, де були у зрілі роки;

• особи, котрі не працюють за наймом, не виконують суспільних обов'язків, проте насолоджуються своєю власною справою або хобі;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 184

• особи з недостатньою психічною енергією — вони або незайняті, або зайняті насамперед собою. Див. ***Хевігхерст*** Р. Дж. Див. також ***Геронтосоціологія*** та ***Теорія звільнення***.

ТЕОРІЯ СУБКУЛЬТУРИ — соціологічна ***теорія старіння***, запропонована А. Роузом (Rose, 1965). За Т. с., особи старших вікових груп володіють власною культурою, відмінною від культури представників інших вікових спільнот (див. ***Геронтокультура***). Це не новостворена, а раніше засвоєна та розпредметнена культура, тому носії вважають її своєю власністю. Така культура стає стрижнем, що об'єднує осіб старших вікових груп, створює особливу близькість між ними, підтримує звичні для них норми моралі, поведінки, традиції, духовні цінності. Водночас окрема культура ізолює своїх носіїв від інших вікових спільнот.

Із Т. с. випливає теза про необхідність створення окремих селищ (див. ***Геронтосередовище***) для осіб старших вікових груп. Практичний досвід реалізації такого плану в США виявив дороговизну та неефективність зазначеної практики.

Див. також ***Геронтосоціологія***.

ТЕРАПІЯ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ — метод ***омолодження***, що полягає у введенні в організм реципієнта стовбурових клітин. Термін «стовбурова клітина» введений російським гістологом та ембріологом О. О. Максимовим (1874–1928) на засіданні Товариства гематологів у Берліні (Максимов, 1909), а відкриття та перше дослідження стовбурових клітин здійснено Дж. А. Томпсоном (нар. 1958) і Дж. Герхартом (Thompson & Gearhart, 1998).

Стовбурові клітини мають такі характеристики:

• тотипотентність (здатність утворювати будь-який із 350 типів клітин організму ссавців);

• хоумінг (здатність при введенні в організм знаходити зону пошкодження і фіксуватися там, виконуючи втрачену функцію);

• фактори, що визначають унікальність стовбурових клітин, знаходяться не в ядрі, а в цитоплазмі (надлишок мРНК усіх прибл. 3 тис. генів, що відповідають за ранній розвиток зародка);

• тіломіразна активність (кінці хромосом стовбурових клітин надбудовуються, тому ці клітини здатні проходити потенційно безкінечну кількість клітинних поділів, вони безсмертні; див. ***Ліміт Гейфліка***).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 185

ТИПИ ПРИСТОСУВАННЯ ДО СТАРОСТІ — запропонована англійським геронтологом Д. Б. Бромлей класифікація варіантів адаптації індивіда до ***старості***:

• *Конструктивне ставлення до старості*, при якому літні та старі люди внутрішньо врівноважені, мають гарний настрій, задоволені емоційними контактами з оточуючими людьми. Вони в міру самокритичні і, разом з тим, досить терпимо ставляться до інших та їхніх недоліків. Не драматизують закінчення професійної діяльності, оптимістично сприймають життя, а можливість ***смерті*** трактують як природну подію, що не викликає печалі і страху (див. ***Ортобіоз***). Не переживши в минулому надто багато травм і потрясінь, вони не виявляють ані агресії, ані пригніченості, мають живі інтереси і постійні плани на майбутнє. Завдяки своєму позитивному життєвому балансу, вони впевнено покладаються на допомогу оточуючих. Самооцінка цієї групи осіб достатньо висока.

• *Залежне ставлення*. Залежна особистість — це індивід, внутрішньо підпорядкований певній особі (шлюбному партнерові або своїй дитині). Він не демонструє надто високих життєвих домагань і тому охоче покидає професійне середовище. Родинне середовище дає йому відчуття безпеки, допомагає підтримувати внутрішню гармонію, емоційну рівновагу, не відчувати ні ворожості, ні страху.

• *Захисне ставлення*, для якого характерні перебільшена емоційна стриманість, певна прямолінійність у вчинках і звичках, прагнення до «самозабезпеченості», неохоче прийняття допомоги від інших людей. Носії цього типу уникають висловлювати власну думку, неохоче діляться своїми сумнівами, проблемами. Захисну позицію вони займають іноді стосовно всієї родини: якщо навіть є якісь претензії та скарги на адресу сім'ї, вони їх не виражають. Захисним механізмом, який вони використовують проти відчуття страху смерті та знедоленості, є їхня надмірна активність, постійне «підживлення» зовнішніми діями. Такі особи з великим небажанням і лише під тиском оточуючих залишають свою професійну діяльність.

• *Вороже ставлення до інших* демонструють агресивні, вибухові і підозрілі особи, які прагнуть перекласти на оточуючих провину і відповідальність за власні невдачі, не зовсім адекватно оцінюють дійсність. Недовіра і підозрілість змушують їх замикатися в собі, уникати контактів з іншими людьми. Вони всіляко відганяють думку про перехід на пенсію (див. ***Криза***

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 186

виходу на пенсію), знімаючи інтенсивність свого напруження через активність. Їхні життєві шляхи, як правило, супроводжувалися численними стресами і невдачами, багато з яких призвели до нервових захворювань. Носії цього типу схильні до гострих реакцій страху, вони не сприймають свою старість, з відчаєм думають про прогресуючу втрату сил. Усе це поєднується ще й з ворожим ставленням до молодих людей, іноді з перенесенням цього ставлення на весь «новий, чужий світ». Такий своєрідний бунт проти власної старості поєднується в цих людей із сильним страхом смерті.

• *Вороже ставлення до себе* демонструють люди, які уникають спогадів, тому що в їхньому житті було багато невдач і труднощів. Вони пасивні, не бунтують проти власної старості, лише покірно приймають те, що посилає їм доля. Неможливість задовольнити потребу в любові є причиною депресій (див. ***Депресія інволюційна***), претензій до себе і смутку. Із цими станами поєднуються почуття самотності та непотрібності. Власне ***старіння*** оцінюється досить реалістично; завершення життя, смерть трактується такими особами як позбавлення від страждань.

ТИПОЛОГІЯ ДОМІНУЮЧИХ ІНТЕРЕСІВ У СТАРОСТІ — виділені російським соціологом А. В. Качкіним (Качкин, 1995) типи осіб старших вікових груп залежно від інтересів, що домінують в їхньому житті.

Залежно від домінування певних інтересів, виділені такі типи осіб старших вікових груп:

• *сімейний тип* — націлений лише на родину та її благополуччя;

• *самотній тип* — наповненість життя досягається головним чином шляхом спілкування із самим собою, власними спогадами (можливий варіант самотності вдвох);

• *творчий тип* — виявляє творче ставлення до своєї діяльності, яка не обов'язково має бути пов'язаною з художньою творчістю;

• *соціальний тип* — соціально орієнтована особа, зайнята суспільно корисними справами і заходами;

• *політичний тип* — заповнює своє життя участю (активною або пасивною) в політичному житті;

• *релігійний тип* — цікавиться питаннями сенсу буття або спасіння власної душі;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 187

• *згасаючий тип* — не зміг або не захотів компенсувати колишню повноту життя якимось новим заняттям, не знайшов застосування своїм силам;
• *хворий тип* — зайнятий не стільки підтримкою власного здоров'я, скільки спостереженням за перебігом своїх хвороб.

ТИПОЛОГІЯ СТАРИХ ТА СТАРОСТІ — запропонована американським психологом Ф. Гізе на основі теорії швейцарського психіатра К. Г. Юнга (1875–1961).

Виділені 3 типи:
• *старий-негативіст*, який заперечує наявність у себе будь-яких ознак ***старості***;
• *екстравертований старий*, який визнає настання старості через зовнішні впливи і шляхом спостережень за змінами (зростання молоді, розбіжності з нею в поглядах, ***смерть*** близьких, зміна свого становища в родині, іновації в галузі технологій, соціального життя тощо);
• *інтровертований старий*, якому притаманне гостре переживання процесу ***старіння***. Людина не виявляє інтересу до нового, поринає в спогади про минуле, малорухлива, цікавиться метафізичними питаннями, демонструє знижений статевий потяг, прагне до спокою тощо.

Див. також ***Образ тіла***.

ТИПОЛОГІЯ СТАРОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА — виділені російським соціологом І. С. Коном (нар. 1928) варіанти соціально-психологічного розвитку особистості на пізніх етапах її розвитку (Кон, 1987).

Розрізняють групи позитивних та негативних типів розвитку:
ПОЗИТИВНІ ТИПИ РОЗВИТКУ:
• Активна творча особистість, яка, навіть вийшовши на заслужений відпочинок, продовжує брати участь у суспільному житті, вихованні молоді тощо — живе повнокровним життям, не відчуваючи жодної меншовартості.
• Приділення уваги тим справам, на які раніше не було часу: самоосвіта, відпочинок, розваги тощо. Для старих цього типу притаманні добра соціальна та психологічна адаптація, гнучкість, але їхня енергія спрямована насамперед на себе.
• Докладання зусиль до підтримки життєдіяльності сім'ї (тип притаманний насамперед жінкам). Оскільки хатня робота безкінечна, то на хандру та нудьгу немає часу. Втім, задоволеність

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 188

життям у представників цього типу нижча, ніж у представників перших двох типів.

• Сенсом життя стає турбота про власне здоров'я, з чим пов'язані як різноманітні форми активності, так і моральне задоволення. Разом із тим проявляється (насамперед у чоловіків) схильність до перебільшення своїх реальних та позірних хвороб, підвищена тривожність та певна іпохондризація особистості.

НЕГАТИВНІ ТИПИ РОЗВИТКУ:

• Агресивні старі буркотуни, які невдоволені оточуючим світом, критикують усіх, крім самих себе, всіх повчають та тероризують безкінечними претензіями.

• Самотні та сумні невдахи, розчаровані в собі та своєму житті, які постійно звинувачують себе за реально та позірно втрачені можливості, тим самим роблячи себе глибоко нещасними.

ТІННІТУС (від лат. *tinnire* — дзвеніти) — форма порушення слуху в осіб старших вікових груп — шум у вухах, що блокує зовнішні сигнали. За оцінками медиків, від Т. страждає до 10 % осіб старших вікових груп.

Т. та інші сенсорні порушення (напр., ***Пресбіакусіс*** та ***Пресбіопія***) призводять до поглиблення соціальної дезінтеграції осіб старших вікових груп, що підвищує суїцидальний ризик серед осіб цієї категорії (див. ***Суїцид інволюційний*** → ***нарцисична криза***).

ТІФОН (Tithonos) — син міфічного царя Трої Лаомедонта. У Т. закохалася вічно прекрасна богиня Еос, яка його вкрала та випросила для нього в Зевса безсмертя, забувши при цьому попросити про вічну молодість. Старіючи, Т. все більше втрачав у вазі та зрості, аж поки не перетворився у цикаду (за деякими джерелами — у цвіркуна).

Образ Т. традиційно використовується в художній та науковій літературі для підтвердження тези про сумнівну цінність ***довголіття*** та ***безсмертя***, які не поєднані із здоров'ям.

ТРИВАЛІСТЬ АКТИВНОГО ЖИТТЯ — кількість років, протягом яких людина може вести достатньо активне життя.

Див. також ***Довголіття активне***, ***Довголіття професійне***, ***Довголіття сексуальне***, ***Довголіття соціальне*** та ***Ортобіоз***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 189

ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ВИДОВА (потенційна тривалість життя) — тривалість життя, притаманна здоровим представникам певного біологічного виду за умови відсутності факторів, що призводять до ***смерті*** (хвороби, нещасні випадки, катастрофи тощо).

Т. ж. в. представників виду Homo Sapiens різними авторами оцінюється по-різному, коливаючись в інтервалі 70–200 років. На думку швейцарського лікаря та алхіміка Парацельса (1493–1541), Т. ж. в. людини сягає 600 років, К. В. ***Гуфеланда*** — 200 років. Французький натураліст Ж. Л. Бюффон (1707–1788) в основу своїх розрахунків поклав співвідношення між періодами зростання та середньої тривалості життя (див. ***Тривалість життя середня***); вважаючи, що період зростання в людини складає 14 років, він стверджував, що Т. ж. в. має його перевищувати у 6–7 разів, сягаючи 90–100 років. Його співвітчизник фізіолог та лікар П. Ж. Флуранс (1794–1867) збільшив період зростання до 20 років, а число періодів зменшив до 5, прийшовши до майже такого ж ***віку*** — 100 років. За І. І. ***Мечниковим***, Т. ж. в. складає 125 років, О. О. ***Богомольцем*** — 150–160 років. Російський демограф Б. Ц. Урланіс (1906–1981), взявши за основний орієнтир тривалість життя в розвинутих країнах, у книзі «Еволюція тривалості життя» («Эволюция продолжительности жизни»; Урланис, 1978) шляхом складних розрахунків Т. ж. в. прийшов до віку 86 років для чоловіків та 88 років для жінок. Він заперечував об'єктивне значення т. зв. 100-річної межі людського життя, вважаючи її відображенням магії круглого числа, яке, своєю чергою, є наслідком панування десятинної (за кількістю пальців на руках) системи лічби. (Див. ***Кількість недожитих років середня***.)

Див. також ***Біологія тривалості життя*** та ***Тривалості життя гендерні відмінності***.

ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ МАКСИМАЛЬНА — демографічний показник, що демонструє тривалість життя окремих індивідів за максимально сприятливих умов (спадковість, спосіб життя, екологія, соціально-історичні умови тощо).

Досліджуючи Т. ж. м., необхідно пам'ятати про проблему верифікації реального ***віку*** довгожителя (див. ***Довголіття кавказького феномен***). Відповідні процедури верифікації реальної Т. ж. м. досі знаходяться у стані розробки.

ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ОЧІКУВАНА — інтегральний демографічний показник, що характеризує рівень ***смертності*** населення,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 190

позначаючи середню кількість років майбутнього життя людини певного ***віку***.

Т. ж. о. розраховується на основі відповідних таблиць смертності (див. ***Смертності таблиці***) шляхом ділення кількості людино-років майбутнього життя для осіб, які дожили до віку X, на кількість осіб, які дожили до цього віку. За X=0 даний показник носить назву «очікувана тривалість життя при народженні». Розрахунок Т. ж. о. здійснюється окремо для жінок і чоловіків.

У розвинутих країнах Т. ж. о. постійно зростає: так, у 1950 р. ймовірність дожити до віку 80–90 років складала для жінок 15–16 %, для чоловіків — 12 %. У 2002 р. ця ймовірність збільшилася до 37 % та 25 % відповідно.

ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ СЕРЕДНЯ — середній ***вік*** членів певної популяції на момент ***смерті***. Величина Т. ж. с. залежить насамперед від рівня дитячої ***смертності*** та успіхів системи охорони здоров'я, які, своєю чергою, обумовлюються економічними та соціально-історичними факторами.

Див. також ***Кількість недожитих років середня***.

ТРИВАЛІСТЬ МАЙБУТНЬОГО ЖИТТЯ СЕРЕДНЯ — демографічний показник, що найчастіше застосовується стосовно народжених у поточному році. Означає кількість років, які проживе кожний член певної вікової когорти, якщо протягом наступних років рівень ***смертності*** не буде змінюватися.

Один з основних факторів, що впливає на величину Т. м. ж. с. — скорочення дитячої смертності завдяки успіхам системи охорони здоров'я.

ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ — статистично значуща більша середня тривалість життя (див. ***Тривалість життя середня***) жінок (за різними даними, від 2-х до 10-ти років) порівняно з чоловіками, обумовлена генетичними, біологічними, соціальними та історичними факторами.

Виділяють такі фактори, що впливають на Т. ж. г. в.:

• *Генетичні фактори*. Наявність у хромосомному апараті жінок подвійного набору X-хромосом обумовлює вищу надійність важливих механізмів біологічної регуляції клітини, чого потребує основна природна функція жінки — репродуктивна. Так, життєздатність жінок, порівняно з чоловіками, менше залежить від індивідуально-спадкових варіацій.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 191

• *Біологічні фактори*. У популяції хлопчиків народжується більше, ніж дівчат, проте хлопчики частіше помирають ще у дитячому ***віці***, й пізніше кількість чоловіків стає меншою в усіх вікових категоріях (так, у 100-річному віці співвідношення чоловіків до жінок сягає 1:3 (!)). Жінки більшою мірою, ніж чоловіки, здатні накопичувати патологічні зміни, залишаючись при цьому хворими, але живими, оскільки на всіх етапах ***етагенезу*** вони менш вразливі до несприятливих зовнішніх впливів. Незважаючи на стрімке зовнішнє ***старіння***, в жінок старіння біологічне наступає пізніше. У чоловіків, навпаки, порівняно довше підтримується вироблення статевих гормонів (завдяки чому вони зберігають свої репродуктивні здібності і свіжий зовнішній вигляд), тому процеси їхнього старіння є більш поступовими і рівномірними, хоча й починаються раніше. Але реальне зношування окремих біологічних систем організму чоловіків відбувається в 1,1–1,3 разу швидше, ніж у жінок.

• *Соціальні фактори*. Характер праці (більш відповідальна, інтенсивна та важка в чоловіків), особливості способу життя (більша схильність чоловіків до алкоголізації, поширеність серед них тютюнопаління, схильність чоловіків до потенційно небезпечних дій, травматичних та високоризикованих професій тощо).

• *Історичні фактори*. Жіноча стать отримує найбільший зиск від досягнень цивілізації; з розвитком культури у більшості суспільств формувався культ жінки.

Див. також ***Андропауза***.

ТРИХОТІОДИСТРОФІЯ (від гр. *trichos* — волос; *theion* — сірка; *dys* — префікс, що виражає розділення, відділення, заперечення; *troph* — харчування) — форма ***прогерії***; проявляється, зокрема, в зниженому вмісті сірки у волоссі. Під мікроскопом на волосині можна побачити поперечні смужки, що виникають унаслідок браку в них багатих на сірку білків. Пучок такого волосся стає ламким та нагадує за кольором тигрячий хвіст. Саме під такою назвою («тигрячий хвіст») Т. увійшла в історію медицини у 1968 р.

Крім того, Т. обумовлює затримку когнітивного розвитку, маленький зріст та зниження репродуктивної функції. У деяких хворих спостерігається гіперчутливість до ультрафіолету (що вказує на порушення репарації ДНК) та інші вроджені аномалії.

Ф

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ГЕРІАТРИЧНА — розділ ***геріатрії***, що вивчає особливості впливу різних лікарських засобів на старіючий організм, розробляє біологічні методи боротьби з передчасним старінням (див. ***Старіння передчасне*** та ***Геропротектор***) та способи підтримки на нормальному рівні діяльності всіх систем організму та різних видів обміну. Для Ф. г. старіючого організму використовують такі класи препаратів:

- *антиагреганти* (запобігають тромбоутворенню);
- *антигіпоксанти* (захищають клітини організму від кисневого голодування);
- *антиоксиданти* (запобігають руйнуванню клітинних мембран);
- *дихальні протектори* (поліпшують дихальні процеси в клітинних структурах);
- *ДНК-репаранти* (усувають точечні мутації);
- *ентеросорбенти* (абсорбують з крові токсичні продукти обміну життєдіяльності організму);
- *хондропротектори* (стимулюють обмінні процеси в суглобному хрящі, відновлюють його структуру, мають протизапальний та знеболюючий ефекти);
- *церебропротектори* (захищають, поліпшують, адаптують структури ГМ до негативних впливів).

При призначенні лікарських препаратів особам старших вікових груп слід виявляти особливу обережність; особливо це стосується препаратів кардіологічної дії, седативних препаратів та анальгетиків. Так, початкову дозу, що зазвичай призначають особам молодого та середнього ***віку***, для осіб старших вікових груп слід знижувати на ½–⅔, а потім поступово її підвищувати, знаходячи найоптимальнішу.

Неприпустимою є поліпрагмазія — призначення багатьох лікарняних препаратів одночасно.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 193

Фармакотерапію пацієнтів старших вікових груп слід проводити в комплексі з фізіотерапевтичними методами.

ФЕНОПТОЗ — за В. П. ***Скулачовим*** (Скулачев, 1977; Longo, Mitteldorf & Sculachev, 2005), спеціальна програма «суїциду» цілого організму; поняття Ф. є подальшим розвитком ***теорії запрограмованого старіння***.

Відповідно до цього погляду, ***старіння*** є окремим випадком Ф., що розтягнутий у часі. Основним механізмом Ф. виступає ***апоптоз***, який, своєю чергою, запускається ***мітоптозом***.

Загальна схема: мітоптоз → апоптоз → ***органоптоз*** → Ф.

Можливі такі еволюційні механізми Ф.:

- *родинний відбір* (старішання та загибель організму заради користі родичів);
- *груповий відбір* (загибель заради особин, з якими організм не пов'язаний родинними зв'язками).

Біологічний сенс Ф. очевидний — він очищує популяцію від небажаних особин з метою захисту всієї популяції, якщо вони несуть для неї загрозу.

Ф. може сприяти стабілізації популяції при перенаселенні, посиленню генетичного розмаїття, скороченню ефективного циклу генерації, пришвидшенню адаптації.

ФІЛОСОФІЯ СТАРОСТІ — див. ***Геронтософія***.

X

ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА — див. ***Деменція альцгеймерівського типу***.

ХВОРОБА ДАУНА — див. ***Синдром Дауна***.

ХВОРОБА КРОЙТЦФЕЛЬДТА—ЯКОБА (спастичний псевдосклероз, синдром кортико-стріоспінальної дегенерації, трансмісивна спонгіоформна енцефалопатія) — прогресуюче дистрофічне захворювання кори ГМ, базальних гангліїв та спинного мозку. Уперше описане німецьким невропатологом Г. Ґ. Кройтцфельдтом (1885–1964) (Creutzfeldt, 1920). Німецький невролог А. М. Якоб (1884–1931) виявив сполучення при цьому захворюванні психічних порушень із симптомами ураження передніх рогів спинного мозку, екстрапірамідної та пірамідної систем і визначив захворювання як спастичний псевдосклероз або енцефалопатію з розсіяними осередками ураження тканини мозку (Jacob, 1921).

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ. Хвороба зазвичай уражає людей у ***віці*** старше 50 років і виявляється з вірогідністю 1–2 випадки на 1 млн осіб.

ЕТІОЛОГІЯ. Етіологія різних форм Х. К.–Я. є відмінною:

• *Спонтанна (класична) форма*. У мозку хворих спонтанно, без жодної причини, виникають пріони — особливий клас інфекційних агентів (суто білкові, не містять нуклеїнових кислот), що викликають важкі захворювання ЦНС у людини та низки вищих тварин. Пріонний білок, що має аномальну тримірну структуру, здатний прямо каталізувати структурне перетворення нормального клітинного білка в собі подібний (пріонний), приєднуючись до білка-мішені та змінюючи його конформацію, тобто геометричну форму органічних молекул. Патологічні білки, що накопичуються на поверхні клітини, блокують мембранні процеси, що призводить до ***апоптозу***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 195

Клітина, що намагається позбавитися від білків на своїй поверхні, починає виробляти активні кисневі з'єднання, проте білок на поверхні не дає їм вийти за межі клітини; в результаті відбувається руйнування клітини її ж активними з'єднаннями. Навколо уражених клітин розпочинаються запальні процеси за участю високоактивних ферментів, які призводять до ураження сусідніх здорових клітин.

• *Спадкова форма*. Хвороба виникає у родинах, де успадковується пошкодження гена для пріонового протеїну. Дефектний пріоновий протеїн набагато більше підлягає спонтанному перетворенню у пріон. Ознаки і перебіг спадкової форми хвороби подібні до спонтанної форми.

• *Ятрогенна форма*. Виникає внаслідок ненавмисного занесення пріонів в організм пацієнта при медичному втручанні. Джерелом пріонів можуть бути нові ліки, хірургічні інструменти або мозкові оболонки небіжчиків, що використовувалися для закриття рани при мозкових операціях. Нині таке джерело хвороби цілком усунене.

• *Нова форма*. Зараження відбувається внаслідок вживання м'ясних продуктів, що містять пріони з мозку тварин, уражених коров'ячим сказом. На відміну від спонтанної форми, уражає й молодих осіб у віці близько 20 років. Насамперед проявляється змінами особистості: хворі втрачають інтерес до свого хобі, цураються найближчих людей, страждають від депресії. Далі слідує втрата ваги, порушення координації рухів. Пацієнт не в змозі про себе піклуватися, не слідує елементарним правилам гігієни. Початок ***деменції*** віддалений, і пацієнт тривалий час усвідомлює свій стан.

СИМПТОМАТИКА. Близько 40 % хворих із спонтанною формою мають підгострий перебіг хвороби з прогресуючими когнітивними порушеннями, в 40 % випадків спостерігаються мозжечкові порушення, у 20 % випадків — їх комбінація. Клінічна картина включає розлад поведінки, порушення вищих коркових функцій, коркові порушення зору (аж до коркової сліпоти), мозжечкову дисфункцію, поєднання *пірамідної* (параліч кінцівок, спастичність, пожвавлення сухожильних рефлексів із поширенням рефлексогенних зон, випадіння поверхневих рефлексів, клонуси, патологічні рефлекси кисті або стопи) та *екстрапірамідної* (гіпокінезії та гіперкінези) симптоматики. Практично в усіх хворих розвиваються фокальні (у т. ч. міоклонус віка, губи або вторинно-генералізовані) міоклонічні напади, що можуть провокуватися фоно- або

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 196

фотостимуляцією, тактильним подразненням тощо. У більшості хворих під час ЕЕГ-дослідження виявляються характерні періодичні або псевдоперіодичні пароксизми гострих хвиль та / або спайок на загальному уповільненому низькоамплітудному фоні біоелектричної активності ГМ. У термінальній стадії — глобальні когнітивні порушення, ***смерть*** приблизно через 8 міс. від дебюту хвороби.

ПЕРЕБІГ. У перебігу Х. К.–Я. виділяють 3 стадії:

1) *Продромальний період* — симптоми неспецифічні і виникають приблизно в 30 % хворих. Вони з'являються за тижні і місяці до виникнення перших ознак деменції і включають астенію, порушення сну і апетиту, уваги, пам'яті та мислення, зниження маси тіла, втрату лібідо, зміну поведінки.

2) *Ініціальний період* — для перших ознак захворювання зазвичай характерні зорові порушення, головні болі, запаморочення і парестезії (розлади чутливості, що характеризуються відчуттями оніміння, поколювання, «мурашок по шкірі»). У деяких випадках (при т. зв. аміотрофічних формах) початку деменції можуть передувати неврологічні симптоми.

3) *Розгорнутий період* — зазвичай відзначається прогресуючий спастичний параліч кінцівок із супутніми екстрапірамідними симптомами, тремором, ригідністю і характерними рухами. В інших випадках може відзначатися атаксія, погіршення зору, м'язова фібриляція тощо.

ХВОРОБА ПАРКІНСОНА (паркінсонізм) — хронічне нейродегенеративне захворювання, що супроводжується прогресуючим руйнуванням та загибеллю дофамінових нейронів у ЦНС; починається, як правило, після 60 років. Уперше описане (як «тремтячий параліч»; Parkinson, 1817) англійським лікарем Д. Паркінсоном (1755–1824).

КЛАСИФІКАЦІЯ. За етіологією розрізняють паркінсонізм:

- *первинний*, або ідіопатичний (зустрічається у більшості випадків);
- *вторинний* (обумовлений іншими розладами або прийомом лікарських препаратів, див. ***Паркінсонізм медикаментозний***).

За клінічною формою розрізняють форми паркінсонізму:

- *акінетико-ригідну*;
- *тремтячу*;
- *змішану* (гіпокінетико-ригідно-тремтячу).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 197

ЕТІОЛОГІЯ. Значну роль в етіопатогенезі Х. П. відіграють генетичні фактори, а також вплив нейротоксинів, утворених у дофамінових нейронах, та вільних радикалів (див. ***Теорія вільнорадикальна***); в результаті відбувається пошкодження дофамінових нейронів, вичерпування в них запасів дофаміну, порушення їхньої трофіки і, врешті-решт, загибель.

Причинами паркінсоподібних проявів можуть бути також впливи факторів довкілля (солі важких металів, гербіциди, пестициди), хронічна цереброваскулярна недостатність або вживання лікарських препаратів, що викликають екстрапірамідні побічні ефекти.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ. Х. П. зазвичай починається з малих ознак рухових порушень: дрібний тремор, що нагадує катання пігулок або лічбу монет, гіпертонус м'язів (м'язова ригідність), брадикінезія (уповільнені, утруднені рухи), гіпокінезія (зменшення рухової активності), олігокінезія (швидке зменшення амплітуди і швидкості при повторюваних рухах), гугняве та змазане мовлення, скутість та незграбність рухів, згорблена постава, зміни ходи (човгання ногами, дрібні кроки), збіднена міміка, зміни почерку (дрібний, тремтячий).

Унаслідок руйнування дофамінових нейронів на ділянці «дофамінового шляху задоволення» в лімбічній системі поступово знижується мотивація та розвивається агедонія, що переходить у хронічну депресію. Може виникати тривожність (у т. ч. панічні атаки), нав'язливі стани, безсоння та денна сонливість, дисфагія (розлад акту ковтання), гіперсалівація (підвищена слинотечія), порушення сечовиділення, себорея (запальне захворювання шкіри, пов'язане із збільшенням кількості та зміною якості шкірного жиру), нечіткість зору, болі внаслідок рухових розладів, парестезії (поколювання, оніміння, відчуття «мурашок по шкірі»). Руйнування дофамінових нейронів лобних ділянок кори призводить до інтелектуальних порушень: зниження пам'яті та інтелектуальної продуктивності, здатності до навчання, що призводить до картини органічної розумової слабкості (деменції). Характерними є прогресуючі порушення рівноваги та дихального ритму. На пізніх стадіях розвитку хвороби нерідко додається органічний психоз із галюцинаторно-параноїдними (див. ***Параноїд інволюційний***) проявами або хронічний делірій (дезорієнтація у часі та просторі, сплутаність, галюцинації, маячня), що нерідко зумовлене прийомом лікарських препаратів.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 198

ХВОРОБА ПІКА (атрофія Піка, лобарна атрофія, обмежена передстареча атрофія мозку, синдром Піка) — рідкісне, як правило, хронічне та прогресуюче захворювання ЦНС, що зустрічається зазвичай у віці 50–60 років і характеризується деструкцією й атрофією кори ГМ, переважно в ділянках лоба та скроней. Названа ім'ям чеського психіатра і невропатолога А. Піка (1851–1924), який уперше описав її симптоми (Pick, 1892).

Продромальні симптоми проявляються у змінах особистості, появі у хворих раніше не притаманних їм особливостей характеру і поведінки. Хворі неадекватно оцінюють актуальну ситуацію, втрачають критерії загальноприйнятих норм поведінки, чуття міри і такту.

Клінічно Х. П. схожа на ***деменцію альцгеймерівського типу***: симптоми пресенільної розумової слабкості з розпадом мовлення, порушеннями логічного мислення та сприйняття, афазії та амнезії з апатією та екстрапірамідними розладами. Характерними є стереоптипії у поведінці (т. зв. «стоячі» симптоми) та мовленні. Часто хворі демонструють підвищений фон настрою та статеву розпусність.

Гістологічне дослідження тканини ГМ виявляє у нейронах нетипові включення. При посмертному розтині мозок хворих на Х. П. нагадує висохле ядро волоського горіха.

При Х. П. спостерігається дисоціація між глибокою психічною деградацією та цілковито благополучним соматичним станом. Атрофічний процес поступовий та хронічно прогресує, завершується повним розпадом психічної діяльності.

Тривалість хвороби складає, у середньому, 8–10 років; терапевтичному впливу вона не піддається (на відміну від хвороби Альцгеймера, де за умов раннього початку терапії можна призупинити розвиток порушень).

ХОРЕЯ ГАНТІНҐТОНА (дегенеративна хорея, спадкова хорея, прогресуюча спадкова хорея) — атрофічне захворювання ГМ ендогенно-екзогенної етіології. Описане американським лікарем Дж. Гантінґтоном (1850–1916) (Huntington, 1872).

КЛІНІЧНА КАРТИНА ТА ПЕРЕБІГ. Захворювання починається з появи гіперкінезів — мимовільних рухів. Х. Г. притаманні гіперкінези з повільним темпом посмикувань, невеликою амплітудою, відносно тривалими інтервалами та слабо вираженою м'язовою гіпотонією. Звичайними є порушення експресивного мовлення, обумовлені гіперкінезами мовленнєвої мускулатури, можливе

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 199

збідніння мовлення — мовленнєва аспонтанність. Хворі стають замкненими, дратівливими, легко збуджуються до стану злоби, характеризуються емоційною лабільністю із схильністю до депресивних станів, можливі суїцидальні спроби. Поволі прогресує інтелектуальна недостатність, що супроводжується наростаючою апатією, втратою ініціативи, спонтанності. Незважаючи на відносну збереженість пам'яті та здатності до суджень, помітно втрачається планувально-виконавчий компонент дії.

Деменція при Х. Г. має такі особливості: повільний розвиток із можливістю тривалих призупинок; загалом нетотальний характер деменції, що обумовлює можливість праці хворого, виконання ним простих звичних обов'язків, відсутність необхідності шпиталізації. Проте подальший перебіг Х. Г. демонструє все більшу інтелектуальну неспроможність хворих: вони погано розуміють навіть прості задачі, не можуть оцінити й нескладні ситуації, різко порушується запам'ятовування актуальних подій, втрачається пам'ять про минулі епізоди життя. Клінічна картина наближається до картини тотальної розумової слабкості та стає схожою на деменцію при інших атрофічних процесах, хоча деменція при Х. Г. зберігає свої відмітності: відсутність грубих порушень вищих коркових функцій у вигляді афазії, агнозії, апраксії.

Атипові варіанти Х. Г. передбачають перевагу або неврологічних симптомів, або психічних розладів. До атипових варіантів відносять й «стаціонарні» форми, за яких яскраво виражена симптоматика, що триває десятки років, так і не закінчується термінальною стадією, і хворі помирають від соматичних хвороб.

У більшості ж випадків Х. Г. триває 10–15 років і завершується ***смертю*** хворого в стані тотальної розумової слабкості та маразму.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 200

Ш

ШАНОБЛИВІСТЬ ДО СТАРШИХ — повага до осіб старших вікових груп. Відповідне ставлення проявляється як у культурних традиціях, так і в повсякденному житті.

Ш. до с. особливо притаманна доіндустріальним суспільствам; у розвинутих суспільствах натомість спостерігається поширення ***ейджизму***.

У наш час Ш. до с. більш помітна в поведінці осіб середнього ***віку***, ніж молодого, і більш притаманна сільським мешканцям, ніж міським; вона виразніше проявляється в культурах Сходу.

Див. також ***Геронтократія***.

ШИШКА СПОГАДІВ (пік спогадів) — феномен, що проявляється при дослідженні особливостей довготривалої пам'яті в осіб старших вікових груп.

Більшість автобіографічних спогадів припадає на період життя між 10 та 30 роками (Rubin, Rahhal & Poon, 1998), що обумовлено насиченістю цього періоду ключовими подіями: пубертат та перші еротичні переживання, шкільне навчання, професійна освіта, початок кар'єри, створення сім'ї, народження дітей, батьківство тощо. Натомість, автобіографічні спогади про більш ранній період життя зазвичай відрізняються бідністю (що із психоаналітичних позицій пояснюється дитячою амнезією, а із сучасних позицій — відсутністю в маленьких дітей розвинутих семантичних ресурсів для кодування особистих вражень).

Від феномену Ш. с. (характеризує кількість спогадів) слід відрізняти яскравість спогадів. Загалом більш ранні спогади оцінюються індивідом як менш яскраві та більш туманні. Віддалені спогади сприймаються так, ніби сам індивід є стороннім спостерігачем подій, що в них розгортаються; недавні спогади, навпаки,— з «власної» точки зору.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 201

Частина 2

ПЕРСОНАЛІЇ

АЛЬЦГЕЙМЕР (*Alzheimer*) Алоїс (1864–1915) — німецький психіатр і невролог, автор численних статей з проблем алкогольного психозу, шизофренії, епілепсії, сифілісу мозку, хореї Гантінґтона, артеріосклеротичної атрофії ГМ, пресенільного психозу. Отримав медичну освіту у Вюрцбурзі, жив і працював у Франкфурті. У 1895 р. очолив дослідницький інститут, де пропрацював усе своє життя. У 1904–1915 рр. опублікував шеститомну працю «Гістологічні та гістопатологічні дослідження сірої речовини головного мозку».

А. увійшов в історію медицини дослідженнями сенільної деменції, яку класик німецької психіатрії Е. Крепелін (1856–1926) запропонував назвати хворобою А. На основі власних фундаментальних досліджень А. описав відмінності між розумовою слабкістю судинного та нейродегенеративного ґенезу.

АМОСОВ Микола Михайлович (1913–2002) — український кардіохірург та біокібернетик, лауреат Ленінської премії (1962), дійсний член НАНУ (з 1969 р.), директор створеного за його ініціативи Інституту серцево-судинної хірургії, депутат Верховної ради СРСР.

У 1935 р. вступив до Архангельського медичного інституту, який закінчив з відзнакою (1939). Тоді ж (із 1934 р.) продовжує навчання у Заочному індустріальному інституті (диплом інженера з відзнакою отримав у 1940 р.). Працював хірургом лікарні у м. Череповець, після початку ІІ Світової війни — у комісії з мобілізації, згодом призначений головним хірургом польового пересувного шпиталю. Опісля працював хірургом у Москві та Брянську.

У 1952 р. А. переїхав до Києва, де прожив 49 років. Захистив докторську дисертацію «Резекція легень при туберкульозі» (1953), з 1958 р. починає співпрацювати з Інститутом кібернетики у галузі фізіологічних досліджень серця. У 1963 р. уперше в СРСР А. зробив протез мітрального клапана. Із часом наукові дослідження

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 203

А. оформилися в такі напрями (за його власним визначенням):

1) регулюючі системи організму (від хімії крові, через ендокринну і нервову систему до кори ГМ);
2) механізми розуму та штучний інтелект;
3) психологія і моделі особистості;
4) соціологія і моделі суспільства;
5) глобальні проблеми людства.

Із метою протидії старінню А. поставив на собі експеримент, основною метою якого було подолання «порочного кола старіння» (старіння → зменшення навантаження → детренованість → зменшення функції → нове скорочення мускулатури, функцій усіх органів → прискорення старіння): він став регулярно піддавати себе суворим фізичним навантаженням. У 1994–1995 рр. ним виконувалася вся відповідна програма. У 1996 р. стало важко бігати, у 1997 р. з'явилися задишка та стенокардія, проте пробіжок та гімнастики з гантелями А. не полишав. У 1998 р. почали траплятися стани непритомності, нічні напади задухи. Тоді ж А. починає і швидко закінчує книгу «Голоси часів» («Голоса времен»; Амосов, 1998), їде на операцію до Німеччини, де йому ставлять протез клапана серця та накладають 2 шунти на коронарні артерії. З моменту операції А. почав робити легку гімнастику, через півроку повернувся до навантажень (бігати почав з осені 1999 р.). Із весни 2000 р. експеримент відновлений у повному обсязі. У січні 2002 р. в А. трапився інфаркт міокарда.

Висновки А.:

1) пізній вік не найкращий для таких навантажень;
2) межі навантажень були явно завищені;
3) треба було скорочувати вправи значно раніше, не чекаючи, поки серце зовсім відмовить;
4) було припущено помилки в діагностиці наростаючого стенозу клапана, оскільки діагности покладалися на авторитет самого А. («Шеф. Він усе сам знає»).

АНАНЬЄВ (*Ананьев*) Борис Герасимович (1907–1972) — російський психолог, засновник ленінградської школи психології, декан факультету психології Ленінградського державного університету (нині Санкт-Петербурзький державний університет).

У 1924 р. А. вступив до Горського педагогічного інституту, де познайомився з доцентом психології Р. І. Черановським, який зацікавив його дитячою психологією. На початку 1925 р. Черановський організував кабінет педології, навколо якого згуртувалася

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 204

молодь, що цікавилася психолого-педагогічними проблемами; у це коло ввійшов й А. Дипломна робота А. «Еволюція світорозуміння та світосприйняття в юнацькому віці» була виконана під керівництвом Чарновського. Унаслідок орієнтації Чарновського на об'єктивну психологію В. М. Бехтерєва (1857–1927) та його співробітництва з бехтерєвським Інститутом мозку в м. Ленінграді (нині м. Санкт-Петербург), А. в 1927 р. поїхав на стажування саме до цього закладу. Свій захват перед особистістю Бехтерєва А. висловив у статті «Пам'яті великої людини», а пізніше у численних наукових статтях та доповідях.

У 1928 р. А. завершив навчання у Владикавказі та переїхав до Ленінграда — тодішнього провідного наукового центру СРСР. У 1929 р. його прийняли до аспірантури Інституту мозку, де він безпосередньо працював до 1942 р. Першою монографією А. була «Психологія педагогічної оцінки» («Психология педагогической оценки»; Ананьев, 1935), матеріалом для якої стали дослідження в організованій А. шкільній психологічній службі на базі середньої школи у Виборзькому районі Ленінграда. Після виходу в світ постанови ЦК ВКП(б) «Про педологічні збочення у системі Наркомпросів» (1936) був заарештований завідувач сектору психології Інституту мозку професор А. А. Таланкін, місце якого А. посів у 1937 р.; у тому ж році він здобув ступінь кандидата педагогічних наук (за сукупністю наукових робіт).

На чолі сектору психології А. розгортає 2 напрями досліджень: історія психології та чуттєве сприйняття. Докторську дисертацію (з історії психології) А. захистив у 1939 р. Із 1942 по 1943 рр. А. в евакуації — спочатку в Казані, потім у Тбілісі, де працює у психопатологічному кабінеті евакошпиталю. У 1943 р. він повертається до Ленінграда, а в 1944 р. ректор Ленінградського університету пропонує йому очолити новостворену кафедру психології. У 1945 р. А. стає членом-кореспондентом АПН РСФР, а у 1955 р. її дійсним членом.

Із кінця 1950-х рр. формується новий напрям досліджень А. — цілісне людинознавство, засади якого сформульовані в роботах «Людина як загальна проблема сучасної науки» («Человек как общая проблема современной науки»; Ананьев, 1957), «Про систему вікової психології» («О системе возрастной психологии»; Ананьев, 1957). У 1962–1966 рр. А. пише низку статей, де обґрунтовує комплексний підхід до досліджень людини; у 1967 р. він очолює факультет психології Ленінградського університету, створений у 1966 р. на базі відділення; а згодом виходить його засаднича

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 205

праця «Людина як предмет пізнання» («Человек как предмет познания»; Ананьев, 1969), де порушені проблеми дослідження життєвого шляху індивіда.

АНІСІМОВ (*Анисимов*) Володимир Миколайович (нар. 1947) — російський геронтолог, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Російської академії природничих наук, голова відділу канцерогенезу та онкогеронтології в НДІ онкології імені М. М. Петрова (м. Санкт-Петербург, РФ), президент Геронтологічного товариства РАН, член Міжнародної асоціації геронтологів і геріатрів, експерт програми ООН із старіння, головний редактор журналів «Успехи геронтологии» та «Вестник Геронтологического общества РАН», член редколегій журналів «Клиническая геронтология», «Проблемы старения и долголетия», «Aging, Clinical and Experimental Research», «Biogerontology», «Experimental Gerontology», «Acta Gerontologica» та ін.

Закінчив Перший ленінградський медичний інститут (1968), з 1965 р. працює в НДІ онкології Мінздраву РФ, викладає у Санкт-Петербурзькій академії післядипломної освіти. У своїй засадничій праці «Канцерогенез і старіння» («Carcinogenesis and Aging»; Анисимов, 1989), що вийшла в США, поставив питання про зв'язок канцерогенезу та геронтогенезу.

Лабораторія А. — одна з провідних не тільки у РФ, а й у світі. Тут вивчають вплив канцерогенних факторів на організм, механізми вікового збільшення частоти раку, роль епіфізу в старінні, ефективність і дію геропротекторів, фактори довголіття.

БЕЗРУКОВ Владислав Вікторович (нар. 1940) — український геронтолог, доктор медичних наук (1983), професор (1998), член-кореспондент АМН України (1997), заслужений діяч науки і техніки України (1998), лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки (2003), премії імені М. Д. ***Стражеска*** НАН України (2000) та премії імені Т. І. Єрошевського (РФ, 2001).

Закінчив Київський медичний інститут імені О. О. ***Богомольця*** (1963, нині Національний медичний університет імені О. О. Богомольця), аспірантуру (1965–1968) проходив в Інституті геронтології АМН СРСР (нині Інститут геронтології АМН України). Із 1988 р. обіймає посаду директора Інституту.

Основні напрями науково-дослідної роботи: фізіологія старіння (вивчення гіпоталамічних механізмів старіння організму, вікових особливостей гіпоталамічної регуляції вегетативних та

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 206

ендокринних функцій, ролі гіпоталамічних порушень у розвитку віково-залежної патології, гіпоталамічних впливів на тривалість життя) та соціальна геронтологія; вивчення прискореного старіння населення України, соціально-гігієнічних факторів ризику розвитку віково-залежних захворювань, оцінка стану здоров'я та потреб у різних видах медико-соціальної допомоги особам старших вікових груп.

Автор понад 450 наукових праць, у т. ч. 19 монографій та навчальних посібників з фізіології та соціальної геронтології, головний редактор науково-практичного журналу «Проблемы старения и долголетия».

БОГОМОЛЕЦЬ Олександр Олександрович (1881–1946) — український фізіолог, засновник школи патофізіології, дійсний член (з 1929) і президент (з 1930) АН УРСР, академік (з 1932) і віцепрезидент (з 1942) АН СРСР, дійсний член АМН СРСР (з 1944), депутат ВР СРСР 1-го та 2-го скликань і ВР УРСР 1-го скликання. Очолював створений ним Інститут експериментальної біології та патології та Інститут клінічної фізіології АН УРСР. Засновник «Фізіологічного журналу» АН УРСР. Лауреат Сталінської премії (1941), кавалер двох орденів Леніна, інших орденів та медалей.

Б. відомий насамперед численними працями з майже всіх галузей патологічної фізіології. Вони стосувалися питань ендокринології, обміну речовин, імунітету, алергії, онкології, кровообігу (зокрема гіпертонії) тощо.

Основою багатьох праць Б. є положення про те, що етіопатогенез залежить не тільки від безпосередніх причин, що викликали захворювання, а й від здатності організму до опору, тобто від його реактивності. Остання зумовлюється станом НС і сполучної тканини. Б. розробив учення про фізіологічну систему сполучної тканини, до якою включав різноманітні сполучнотканинні клітини та міжклітинні утворення. На думку Б., така система виконує в організмі кілька функцій: захисну (фагоцитоз і утворення антитіл), пластичну (загоювання ран, виразок, зростання переломів кісток), трофічну (участь в обміні речовин).

Щоб підвищити функції сполучної тканини при ряді захворювань, перебіг яких характеризується зниженням цих функцій, Б. розробив антиретикулярну цитоксичну сироватку — АЦС. Викликаючи помірне руйнування з'єднувальної тканини, вона мала стимулювати репаративні (відновлювальні) процеси й навіть омолоджувати організм.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 207

В останні роки свого життя Б. розробляв проблеми старіння організму. Зокрема, в 1939 р. він провів першу в світі конференцію з проблем старості та профілактики передчасного старіння (м. Київ), а в 1941 р. створив диспансер боротьби з передчасним старінням, на базі якого згодом було засновано Інститут геронтології АМН СРСР (нині Інститут геронтології АМН України) в м. Києві — перший заклад такого типу в СРСР й один з найперших у світі.

Услід за І. І. ***Мечниковим*** Б. вважав, що нормальна тривалість життя людини має складати 125–150 років, а старіння, що настає в 60–70 років, є передчасним і зумовлене несприятливими умовами життя та захворюваннями. На думку Б., соціальні та економічні умови для подовження життя людини можуть бути створені тільки при соціалізмі.

Геронтологічні ідеї Б. викладені в книгах «Старість» («Старость»; Богомолец, 1939) та «Подовження життя» («Удлинение жизни»; Богомолец, 1940).

БОТКІН (*Боткин*) Сергій Петрович (1832–1889) — російський лікар-терапевт та суспільний діяч. Закінчив медичний факультет Московського університету (1855). У тому ж році в ході Кримської війни працював у військово-польовому шпиталі під керівництвом М. І. Пирогова (1810–1881). По закінченні війни працював у клініках Парижа та Берліна. Повернувшись до Російської імперії, працював у Медико-хірургічній академії (м. Санкт-Петербург), отримав звання професора (1861). У 1873 р. став лейб-медиком, був обраний головою петербурзького осередку Товариства російських лікарів.

Ім'я Б. пов'язане з впровадженням у клінічну діяльність лабораторно-експериментального методу.

Науковий світогляд Б. спирався на 3 основні принципи:

1) провідне значення нервової системи в етіопатогенезі хворобливих станів (парадигма нервізму), що згодом стало підґрунтям для створення теорії вищої нервової діяльності І. П. ***Павлова***;

2) постулювання того, що хвороба вражає не окремий орган, а впливає на весь організм у цілому (наслідок із принципу нервізму);

3) визнання провідного значення довкілля в етіопатогенезі хворобливих станів, що закладало основи гігієнічного напряму в розвитку медицини.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 208

Працюючи на посаді гласного петербурзької міської думи, Б. очолив масштабне дослідження мешканців міських богаділень, результати якого були впорядковані та видані вже після його смерті (А. А. Кадьян, «Население С.-Петербугских городских богаделен»). У 1886 р. Б. був призначений головою комісії з оздоровлення Росії.

БРЕГГ (*Bragg*) Пол Чаппіус (1895–1976) — американський дієтолог, засновник американського руху здорового харчування. Розробив оригінальні техніки дихання, голодування, дієти та загартування організму. Став широко відомим після видання книги «Чудо голодування» («The Miracle of Fasting»).

Вважав, що людина має жити до 120 років, чому заважає нездоровий спосіб життя. Основою методу Б. є голодування та сироїдіння; під час періодичних голодувань (один день на тиждень, один тиждень у квартал) виводяться шлаки та залучаються приховані резерви організму. Вживати слід виключно дистильовану воду, оскільки в ній не містяться мінерали; харчову сіль потрібно виключити з раціону, основу якого мають складати овочі та фрукти. Велике значення Б. приділяв прогулянкам на свіжому повітрі, глибокому диханню та фізичним вправам; основою здоров'я вважав здоровий хребет та міцну нервову систему.

За одним поширеним переказом про Б., він загинув у віці 95 років під час віндсерфінгу. Насправді він помер у віці 81 року в шпиталі внаслідок серцевого нападу, що був спричинений нещасним випадком під час серфінгу.

БРОУН-СЕКАР (*Brown-Séquard*) Шарль Едуард (1817–1894) — французький фізіолог та невропатолог. Освіту отримав у Франції (Паризький університет, 1840); протягом певного періоду пропрацював у США та Великій Британії.

У 1889 р. повідомив про омолоджувальну дію на організм ін'єкцій витяжок з емульсії, приготовленої із сім'яникових залоз тварин (собак і кролів). Видаливши в тварини статеві залози, він розтирав їх у невеликій кількості води, фільтрував та вприскував під шкіру стегна. Доза складала 1 $см^3$, а сама ін'єкція була вельми болісною, що обумовило зміни в приготуванні субстрату. За новим способом, видалені в тварини статеві залози та сусідні органи негайно подрібнювали, до отриманої в результаті цього процесу кашки додавали столову ложку гліцерину. За 8 год. додавали 3 столові ложки дистильованої води; суміш струшували та фільтру-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 209

вали, в результаті чого отримували абсолютно прозору рідину. Із 1892 р. Б.-С. замість дистильованої почав використовувати кип'ячену морську воду, оскільки приготована таким чином емульсія викликала найменший біль при ін'єкції.

Уприскуючи собі ці витяжки, він помітив поліпшення загального стану, зростання розумової та статевої діяльності. Пізніше було встановлено, що тимчасова стимуляція активності організму змінюється занепадом фізичних сил та прогресуючим одряхлінням. Після невдалих спроб омолодження за допомогою пересадки статевих органів (дослідження С. О. ***Воронова***) інтерес до цієї проблематики знизився, і вчені знову зацікавилися нею тільки в 1950–1960-х рр. Новий етап був пов'язаний із значними успіхами в дослідженні дії гормонів, їхнього зв'язку з нервовими механізмами регуляції, із встановленням їхньої дії на глибинні процеси в клітинах.

ВОРОНОВ (*Voronoff*) Сергій Олександрович (1866–1951) — французький хірург російського походження, запропонував теорію про зв'язок гормональної активності організму з процесом старіння.

Народився в Російській імперії, у 18-річному віці разом із родиною переїхав до Франції, де у 1893 р. закінчив медичний факультет Сорбонського університету. Багато років працював лейб-медиком хедива (титул володаря країни) Єгипту; спостереження за каїрськими євнухами підштовхнули його до думки про роль статевих залоз в інволюційних процесах. Повернувшись у 1910 р. до Парижа, В. цілком віддає себе медичним дослідам і 12 червня 1920 р. проводить першу пересадку статевих залоз від мавпи до людини. Як донору перевага була віддана мавпі перед людськими трупами, оскільки, на думку В., мавпа вища за людину за якістю своїх органів, за фізичною конституцією, сильнішою та незаплямованою поганою спадковістю.

Рекламуючи успіх свого методу, В. стверджував, що прооперував 236 осіб у віці 55–70 років, при цьому у 90 % випадків був отриманий успішний результат. У групі прооперованих осіб у віці 70–85 років позитивний результат (відновлення статевого потягу) був досягнутий лише у 74 % випадків. Окрилений такими успіхами, В. почав проводити операції також і жінкам, пророкуючи швидке поширення свого методу. Проте ефекти від пересадки з часом згасали, а в деяких випадках тривалість життя пацієнтів була невеликою (сам В. заперечував, що його операції відіграли в цьому певну роль).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 210

Роботи В. стали підґрунтям для досліджень радянського біолога І. І. Іванова (1870–1932), спрямованих на створення гібридної між людиною (Homo Sapiens) та шимпанзе (Pan troglodytes) істоти, програма яких отримала схвальну оцінку керівництва ВКП(б).

В. став прототипом образу професора Преображенського з повісті М. А. Булгакова (1891–1940) «Собаче серце» («Собачье сердце»; Булгаков, 1925).

ГЕЙФЛІК (*Hayflick*) Леонард (нар. 1928) — американський біогеронтолог, президент Геронтологічного товариства Америки (1982–1983), член ради Національного інституту старіння. Лауреат низки премій та нагород, у т. ч. премії Сандоза за геронтологічні дослідження, протягом 13 років був головним редактором міжнародного журналу «Experimental Gerontology».

Народився у Філадельфії (США), науковий ступінь доктора філософії отримав в Університеті Пенсильванії (1956). У 1968 р. призначений професором медичної мікробіології медичного університету Стенфордського університету. У 1982 р. перейшов до Університету Флориди, де став директором Центру геронтологічних досліджень. Із 1988 р. — у Каліфорнійському університеті (Сан-Франциско), де наразі є професором анатомії.

Автор понад 275 наукових статей; спільно з П. Мурхедом розробив теорію, що отримала назву ліміту Гейфліка. Поява цієї теорії спростувала панівні свого часу положення А. ***Карреля*** про можливість безкінечної проліферації (тобто розростання тканини організму шляхом утворення нових клітин).

ГУФЕЛАНД (*Hufeland*) Кристоф Вільгельм (1762–1836) — німецький терапевт-клініцист, доктор медицини (1783), один із фундаторів наукової геронтології, яку він називав макробіотикою.

Медичну освіту отримав у Геттінгенському університеті; професор Єнського університету (з 1783), головний лікар лікарні Шаріте у Берліні (з 1800). Сприяв створенню Берлінського університету, де з 1810 р. працював професором кафедри терапії; створив Поліклінічний інститут у Берліні.

У своїй праці «Мистецтво подовжити людське життя» («Die Kunft das menschliche Leben zu verlangern»; Hufeland, 1797), що зіграла важливу роль у формуванні уявлень про фактори довголіття, запропонував комплексні рекомендації з особистої гігієни, праці та відпочинку, щодо їх чергування, режиму харчування, боротьби з надмірностями.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 211

Книга була перекладена всіма європейськими мовами, зокрема протягом 1805–1856 рр. витримала 5 видань російською.

ҐРАУНТ (*Graunt*) Джон (1620–1674) — англійський торговець, статистик-аматор, що вважається засновником демографії; розробляв методи кількісного дослідження соціальних процесів.

На основі взятих за багато років записів про смерті у Лондоні (на жаль, вельми сумнівних із точки зору статистики) Ґ. уперше побудував математичну модель (таблицю) смертності, що описує закономірності зростання ймовірності смерті в процесі старіння.

Ідеї Ґ. викладені у книзі «Природні та політичні спостереження, зроблені над бюлетенями смертності» («Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality»; Graunt, 1662). Прихильне сприйняття інтелектуальної аудиторії та позитивні особисті враження короля Карла II сприяли тому, що Ґ. уже за місяць після публікації був прийнятий у члени Королівської академії наук, а ще до кінця того ж року вийшло друге видання його праці.

Невдовзі після цього наукова діяльність Ґ. закінчилася — пожежа 1666 р. розорила його, він порвав із панівною англіканською церквою, перейшов у католицизм й усунувся від активного життя.

ҐРЕЙ (*Grey*) Обрі Девід Ніколас Джаспер ді (нар. 1963) — англійський геронтолог. Закінчив Кембриджський університет (1985), де вивчав інформатику. Отримав ступінь доктора філософії (2000) за внесок у дослідження процесів старіння (книга «The Mitochondrial Free Radical Theory of Aging»). До 2006 р. брав участь у розробці програмного забезпечення для генетичної бази даних Fly Base у відділі генетики Кембриджського університету. Наразі Ґ. — співробітник Інституту з етики та технологій, що розвиваються; радник Інституту сингулярності; головний редактор журналу «Rejuvenation Research».

На думку Ґ., можна виділити 7 типів пошкоджень, що відбуваються при старінні:

1) мутації яДНК, які призводять до раку;
2) мутації мДНК;
3) накопичення у клітинах виведених з обміну продуктів життєдіяльності («сміття»);
4) накопичення поза клітинами виведених з обміну продуктів життєдіяльності;
5) втрата клітин;
6) старіння клітин;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 212

7) утворення позаклітинних перехресних зв'язків.

Ґ. є розробником стратегії досягнення нехтуваного старіння інженерними засобами. Він вважає, що більша частина фундаментальних досліджень, необхідних для створення ефективної медицини антистаріння, наразі вже проведені, а головною проблемою в наш час є брак фінансування. Для вирішення організаційних і фінансових проблем у цій галузі Ґ. став одним із засновників Фонду Мафусаїла, що надає великі грошові премії (4,2 млн дол. у лютому 2007 р.) дослідникам, які досягли значного подовження життя лабораторної миші.

ЕРІКСОН (*Erikson*) Ерік Хомбургер (1902–1994) — американський психолог німецького походження, представник его-психології (в межах якої розробив психосоціальну теорію розвитку).

Закінчив Віденський інститут психоаналізу (1933), де проходив індивідуальний аналіз в А. Фрейд (1895–1982). У тому ж році переїхав разом із сім'єю до США, де відкрив у Бостоні кабінет дитячого психоаналізу. Викладав на медичному факультеті Гарвардського університету, працював у Гарвардській психологічній клініці. Згодом перейшов у Каліфорнійський університет, звідки звільнився через свої політичні переконання. Звідти перейшов до Центру Остена Ріггса у Массачусетсі, звідки в 1960 р. повернувся до Гарварда, де працював до виходу на пенсію у 1970 р.

Вважав, що організм розвивається з недиференційованої субстанції, що запрограмована на послідовний розвиток. Розробив цілісну концепцію стадій розвитку «Его», кожна з яких є рішенням унікального завдання розвитку у формі кризи, або виклику, що необхідно прийняти та подолати. Така криза є не катастрофою, а критичною точкою підвищеної вразливості і можливостей. Чим більше криз буде успішно подолано, тим успішнішим буде розвиток індивіда. У концепції Е. виділено 8 стадій розвитку, остання з яких (що припадає на період старості) характеризується вибором між его-інтеграцією та відчаєм.

Е. виділив 2 групи стадіальних новоутворень, підсумовування яких призводить до стагнації у пізньому віці, до сприйняття індивідом світу як джерела зла, до поєднання самовпевненості з чуттям невдало прожитого життя:

1) неадаптивні тенденції (поганий сенсорний розвиток, свавілля, безжалісність, віртуозність у вузькій сфері діяльності, фанатизм, розпорошення власних сил у неосяжній множині занять, некритична самовпевненість);

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 213

2) згубні тенденції, що негативно впливають на розвиток (відстороненість від світу, компульсивні дії, звичка гальмувати свою поведінку, інертність, перевага стратегій відмови від розв'язання актуальних завдань та використання сприятливих можливостей, недоступність для всього оточуючого, відсутність турботи про нове покоління, презирство до світу).

КАРРЕЛЬ (*Carrel*) Алексіс (1873–1944) — французький хірург, біолог і євгеніст, кавалер ордена Почесного легіону, лауреат Нобелівської премії з фізіології та медицини (1912); член наукових товариств США, Іспанії, Росії, Швеції, Нідерландів, Бельгії, Франції, Ватикану, Німеччини, Італії та Греції; почесний доктор Королівського університету в Белфасті, Прінстонського університету, Нью-Йоркського університету, Університету Брауна та Колумбійського університету.

Отримав ступінь доктора медицини у Ліонському університеті, практикувався у Франції та США (Чиказький університет та Інститут медичних досліджень імені Дж. Д. Рокфеллера).

К. зробив значний внесок у розробку теорії клітинного старіння. Його ідея про те, що клітини можуть ділитися безкінечно, домінувала на початку XX ст. Для підтвердження зазначеного положення К. помістив тканини ембріонального серця курчати у колбу власної конструкції і зберігав культуру живою протягом 20 років, регулярно додаючи живильні речовини. Цей термін значно перевищував нормальну тривалість життя курки.

Проте проведені у 1960-ті рр. дослідження Л. ***Гейфліка*** продемонстрували хибність таких положень (феномен ліміту Гейфліка). Пізніші дослідники пояснювали отримані К. результати тим, що щоденне годування живильними речовинами додавало нові штами клітин до гіпотетично безсмертної культури. Не можна також виключати можливість навмисного введення в культуру нових клітин, можливо, без відома самого К.

КОРНАРО (*Cornaro*) Луїджи (1464–1566) — венеціанський аристократ, реформатор харчування. У віці 35–40 р. страждав від численних хвороб, що спонукало його спробувати полегшити свій стан жорсткою дієтою. Окрилений її результатами, К. став притримуватися найсуворішого способу життя, а його улюбленим висловом стало «Хто їсть мало, той їсть багато».

Вже у пізньому віці (83-й рік життя) К. впорядкував свої дієтичні ідеї у книзі «Трактат про помірковане життя» («Tractatus de

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 214

vitae sobriae commodis»; Cornaro, 1536). Свою останню книгу він видав у віці 95 р.

КІРКВУД (*Kirkwood*) Томас (нар. 1951) — англійський зоолог. Народився у Південній Африці, з 1954 р. мешкає у Великій Британії.

Закінчив Кембріджський університет, захистив магістерську роботу з математики (1972). Закінчив бакалаврат з прикладної статистики в Оксфордському університеті (1973), докторську дисертацію з біології захистив у Кембріджському університеті (1983). У 1973–1981 рр. працював співробітником відділу статистики Національного інституту біологічних стандартів і контролю, у 1981–1988 рр. — науковим співробітником комп'ютерної лабораторії Національного інституту медичних досліджень (Лондон); у 1988–1993 рр. — керівник лабораторії математичної біології цього ж інституту. У 1993–1999 рр. — професор геронтології Манчестерського університету (перша професорська кафедра у Великій Британії з цієї спеціальності). У наш час — директор Інституту старіння та здоров'я при Школі клінічних медичних досліджень Університету Ньюкасла.

К. висунув та розробляє одну з основних математичних моделей старіння — теорію відрацьованої соми (Kirkwood, 1977).

КОМЕНСЬКИЙ (*Komenský*) Ян Амос (1592–1670) — чеський мислитель-гуманіст, педагог та письменник. Народився у південній Моравії у заможній родині; батько (член релігійної громади «Чеських братів» — послідовників гуситського протестантського руху) навчав свого сина вдома й прищепив йому любов до знань. У 16 років вступив до латинської школи, роки навчання в якій потім вважав утраченими — саме це наштовхнуло К. на необхідність реформи системи шкільної освіти. У 1611 р. керівництво «Чеських братів» направило К. на богословський факультет Карлова університету в Празі, а пізніше — до Гернборзького університету в Німеччині. У 1613 р. К. здійснив подорож Європою й того ж року записався до Гейдельберзького університету, де провчився близько року. У 1614 р., через хворобу, К. повернувся на батьківщину; з того часу почалася його педагогічна діяльність у школі м. Пршерова, де кількома роками раніше вчився він сам. Помер 1670 р. в Амстердамі (Нідерланди). Педагогічний доробок К. складає близько 250 праць.

У книзі «Загальна порада для виправлення справ людських» (1622) К. підкреслює, що «кожний вік призначений для учіння».

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 215

Усі, кому судилося народитися, незалежно від віку, в тому числі й старі, мають вчитися. Для осіб старших вікових груп необхідно створювати школи із своїми наставниками, уроками та завданнями, «дисципліною», щоб для них продовження життя стало просуванням уперед. У школі старості «необхідно вчити та вчитися тому, яким чином старі люди повинні мати можливість, уміти та хотіти правильно насолоджуватися плодами проведеного життя, правильно завершити своє земне життя та радісно переходити в життя вічне». У такій школі необхідно мати «три класи:

1) клас тих, хто переступає поріг старості та розглядає свої завдання і справи (здійснені та ті, що відбудуться);

2) клас тих, хто вступив у зрілу старість та поспішає здійснити те, що залишилося;

3) клас ветхих старих, які очікують уже тільки смерті».

Йдеться про необхідність створення школи підготовки до смерті, де навчають вміння та мистецтва вмерти шляхетно. Розроблена К. концепція школи старості та школи підготовки до смерті є прообразом моделей освіти для третього та четвертого віку, які нині реалізуються у країнах Європи.

КЮБЛЕР-РОС (*Kübler-Ross*) Елізабет (1926–2004) — американський психолог швейцарського походження. Закінчила медичний факультет Цюріхського університету, після чого в 1958 р. переїхала до США, де працювала в лікарнях Нью-Йорка, Чикаго та Колорадо.

Усупереч пануючій на той час медичній практиці, К.-Р. багато спілкувалася з помираючими хворими, слухала їхні сповіді, що стало основою для розробки курсу лекцій про передсмертний досвід. Виділені К.-Р. стадії вмирання індивіда наразі вважаються класичними.

МЕДВЕДЄВ (*Медведев*) Жорес Олександрович (нар. 1925) — російський письменник, дисидент і біогеронтолог. Лауреат премії Московського товариства дослідників природи (1965), Бронзової медалі Менделя (1970), Золотої медалі Американської асоціації біогеронтології (1984); член Геронтологічного товариства Америки.

Брав участь у II Світовій війні, був важко поранений і демобілізований у 1943 р. Вступив до Московської сільгоспакадемії імені К. А. Тимірязєва, яку закінчив у 1950 р.; у тому ж році захистив кандидатську дисертацію.

Автор низки книг, заборонених до видання в СРСР, у т. ч. «Біо-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 216

логічна наука і культ особистості» («Биологическая наука и культ личности»; Медведев, 1962) та «Зліт та падіння Т. Д. Лисенко» («The Rise and Fall of T. D. Lysenko», Медведев, 1969). Із 1973 р. мешкає і працює у Великій Британії; відтоді позбавлений радянського громадянства.

М. розробив теорію старіння, згідно з якою, воно є результатом накопичення помилок синтезу білків та нуклеїнових кислот.

МЕЧНИКОВ Ілля Ілліч (1845–1916) — російський та французький біолог, фізіолог та патолог, один із засновників еволюційної ембріології, розробник фагоцитарної теорії імунітету, засновник наукової геронтології. Почесний член Петербурзької АН (1902), лауреат Нобелівської премії у галузі фізіології і медицини (1908).

Народився у с. Іванівна (нині Куп'янський район Харківської обл.). Закінчив Харківський університет (нині Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна) (1864), спеціалізацію проходив у Німеччині, ембріологію безхребетних тварин вивчав в Італії. Захистив у Петербурзькому університеті магістерську (1867) та докторську (1868) дисертації. Професор Новоросійського університету (нині Одеський національний університет імені І. І. Мечникова) (1870–1882). У 1887 р. переїхав до Франції, де йому була надана лабораторія у створеному Л. Пастером (1822–1895) інституті. Із 1905 р. М. — заступник директора Інституту Пастера.

У 1882 р. М. відкрив явище фагоцитозу, на основі якого розробив порівняльну патологію запалення (1892), а в подальшому — фагоцитарну теорію імунітету.

Значне місце у працях М. посідають питання старості та старіння. М. вважав, що в людини старість та смерть наступають передчасно, внаслідок самоотруєння організму мікробними та іншими отрутами. Найбільше значення в цьому процесі М. надавав кишковій флорі. На підставі цього він запропонував низку профілактичних та гігієнічних заходів боротьби із самоотруєнням організму (стерилізація їжі, обмежене вживання м'яса тощо).

Основним засобом у боротьбі проти старіння та самоотруєння організму М. вважав болгарську молочнокислу паличку — *Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus*, виділену його асистентом болгарином С. Григоровим. Дослідивши статистику старіння по 36 країнах, М. встановив, що найбільша кількість осіб у віці 100 років і старше — 4 на 1000 — мешкають у Болгарії, що він пояснив уживанням болгарського йогурту («кисело мляко»).

Кінцевою метою боротьби з передчасною старістю М. вважав

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 217

ортобіоз, розробка теорії якого вважається його найсуттєвішим внеском у геронтологію.

НАГОРНИЙ Олександр Васильович (1887–1953) — український фізіолог та біохімік, засновник Харківської школи вікової фізіології і біохімії, член-кореспондент АН УРСР, заслужений діяч науки УРСР, професор.

Із відзнакою закінчив І Харківську гімназію (1906), у тому ж році вступив на природниче відділення фізико-математичного факультету Харківського університету (нині Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна). У 1914 р. стає дійсним членом Харківського товариства дослідників природи, у 1919–1930 рр. — секретар цього товариства. За активною участю Н. створена науково-дослідна кафедра зоології Харківського інституту народної освіти, на базі якої згодом утворюється Зоолого-біологічний інститут, пізніше перейменований у НДІ біології Харківського університету. Із 1930 р. Н. очолює сектор Інституту, згодом стає його директором.

У 1926 р. Н. працював у колоїдно-хімічному інституті у Франкфурті-на-Майні, результатом чого стала низка статей з колоїдної хімії протоплазми та проблеми старіння колоїдів. Ці статті заклали основи досліджень феномену старіння та довголіття, які стали центром наукових інтересів Н.

У 1929 р. Н. пропонує 5-річний план розробки проблем старіння і довголіття у їх фізико-хімічному, морфологічному та функціональному аспектах.

Виходять у світ його монографії «Проблема старіння і смерті» («Проблема старения и смерти»; Нагорный, 1935) та «Проблема старіння та довголіття» («Проблема старения и долголетия»; Нагорный, 1940), в яких обстоюється концепція згасаючого самооновлення протоплазми як причини старіння.

Під час ІІ Світової війни, в евакуації, завідує кафедрою фізіології і біохімії Об'єднаного українського університету в Кизил-Орді, продовжує дослідження. У післявоєнний період під керівництвом Н. досліджуються причини загасання з віком процесів самооновлення протоплазми, розвиток нейрогуморальної регуляції в онтогенезі, формуються підходи до молекулярної біології і біохімії онтогенезу. Отримані дані узагальнені в роботах «Старіння та подовження життя» («Старение и продление жизни»; Нагорный, 1948), «Чи можна подовжити життя?» («Можно ли продлить жизнь?»; Нагорный, 1953).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 218

Уже після смерті Н. вийшла колективна монографія «Проблема старіння і довголіття» («Проблема старения и долголетия»; Нагорный, Никитин, Буланкин, 1965).

НІКІТІН Володимир Миколайович (1907–1993) — український фізіолог та біохімік, академік АН УРСР, заслужений діяч науки УРСР.

Професійне життя Н. було нерозривно пов'язане з Харківським університетом (нині Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна): студент (1925–1929), аспірант, асистент, старший науковий співробітник, професор, завідувач кафедри фізіології людини і тварин (з 1953), директор НДІ біології.

По закінченні аспірантури Н. працює за сумісництвом викладачем кафедри фізіології сільськогосподарських тварин Зоотехнічного інституту, досліджуючи біохімізм молокоутворення в жуйних тварин; цей цикл робіт став основою для кандидатської (1937) та докторської (1939) дисертацій. Під час II Світової війни, працюючи в евакуації (на посаді професора Новосибірського сільськогосподарського інституту), Н. вивчає процеси кровотворення та вікових змін крові лабораторних тварин; цей цикл робіт став основою для написання «Атласу клітин крові» («Атлас клеток крови»; Никитин, 1946).

У післявоєнний час наукові інтереси Н. зосереджуються на питаннях проблем індивідуального розвитку, старіння та довголіття організму. Найбільш ґрунтовними дослідженнями в цьому напрямі, що були проведені під його керівництвом, стали, зокрема: вивчення гетерохронності старіння на рівні різних тканин органів та систем, встановлення провідної ролі трофіки у цих процесах; розвиток концепції «ендокринної формули» віку на основі глибокого вивчення залоз внутрішньої секреції, гормонального забезпечення організму, зміни чутливості фізіологічних систем до гуморальних сигналів, змін взаємодії ендокринної та нервової систем; моделювання уповільнення процесів старіння та подовження життя при періодичному харчуванні лабораторних тварин, що стримує їх зростання; дослідження особливостей нейрогуморального контролю вікових змін на всіх рівнях організації організму; дослідження генетичних механізмів старіння.

ОЛОВНИКОВ Олексій Матвійович (нар. 1936) — російський біолог. Закінчив Московський державний університет імені М. В. Ломоносова, кандидат біологічних наук, провідний співробітник Інституту біохімічної фізики РАН.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 219

У 1971 р. висунув тіломірну теорію старіння, що була покликана пояснити феномен ліміту Гейфліка (Оловников, 1971). У наступних двох статтях (Оловников, 1972, 1973) докладно розглянув біологічні наслідки своєї гіпотези, у т. ч щодо феномену старіння, канцерогенезу та імунних реакцій. У 1998 р. теза про тіломірний механізм обмеження кількості поділів клітини була підтверджена американськими дослідниками, які подолали ліміт Гейфліка шляхом активації тіломерази.

У 1992–1994 рр., з огляду на виявлені труднощі в поясненні деяких аспектів старіння з позицій тіломірної гіпотези, сформулював гіпотезу вкорочення геному постмітотичних клітин шляхом кінцевої недорепарації ДНК. У подальшому повністю відмовився від тіломірної гіпотези старіння, запропонувавши замість неї редусомну гіпотезу старіння.

У 2009 р. висувався на здобуття Нобелівської премії.

ПАВЛОВ Іван Петрович (1849–1936) — російський фізіолог, дослідник процесів травлення, розробник учення про вищу нервову діяльність, засновник найбільшої російської фізіологічної школи, лауреат Нобелівської премії у галузі медицини та фізіології «За роботу з фізіології травлення» (1904); на XV Міжнародному конгресі фізіологів (Москва–Ленінград, 1935) був удостоєний звання «старійшина фізіологів світу».

Народився у м. Рязані в родині священика. Закінчив рязанське духовне училище (1864), вступив до рязанської духовної семінарії, на останньому курсі якої прочитав книгу І. М. Сєченова (1829–1905) «Рефлекси головного мозку» («Рефлексы головного мозга»; Сеченов, 1866). У 1870 р. вступив на юридичний факультет Санкт-Петербурзького університету (нині Санкт-Петербурзький державний університет) й майже відразу (через 17 днів) перевівся на природниче відділення фізико-математичного факультету, де спеціалізувався з фізіології тварин у І. Ф. Ціона (1842–1912) та Ф. В. Овсяннікова (1827–1906). По закінченні університету вступив на III курс Медико-хірургічної академії, яку закінчив у 1879 р. Тоді ж за запрошенням С. П. Боткіна почав працювати у фізіологічній лабораторії при його клініці. Захистив докторську дисертацію (1883). У 1884–1886 рр. вдосконалюється у Бреслау та Лейпцигу (Німеччина), де працює в лабораторіях Р. Гейденгайна (1834–1897) та К. Ф. В. Людвіга (1816–1895).

Працюючи на посаді приват-доцента Військово-медичної академії, П. виконав свої основні дослідження з фізіології травлення

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 220

та розробив теорію умовних рефлексів. За свою головну працю — «Лекції про роботу головних залоз травлення» («Лекции о работе главных пищеварительных желез»; Павлов, 1897) згодом отримав Нобелівську премію. У 1901 р. обраний членом-кореспондентом, у 1907 р. — дійсним членом Петербурзької академії наук.

Із 1925 р. до кінця життя П. керує Інститутом фізіології АН СРСР. Його основний науковий здобуток — учення про вищу нервову діяльність — є основою сучасних досліджень із фізіології старіння, а її ключові поняття (підкріплення, умовний та безумовний рефлекси) стали загальновживаними.

ПІРЛ (*Pearl*) Раймонд (1879–1940) — американський біолог, один із засновників біогеронтології, автор 841 публікації (наукового та науково-популярного змісту).

Народився у Новій Англії в родині, що належала до середнього класу. Закінчив Дартмутський коледж, де отримав ступінь бакалавра (1899); докторський ступінь отримав у Мічиганському університеті (1902). У 1906 р. провів рік в Університетському коледжі Лондона, де його керівником був видатний англійський статистик К. Пірсон (1857–1936). Дана обставина обумовила інтерес П. до статистики, який він виявляв протягом усього свого життя.

Погоджуючись із М. ***Рубнером***, П. стверджував, що максимальна тривалість життя обернено пропорційна базальному рівню метаболізму (гіпотеза рівня життєдіяльності). Поділяючи помилкову ідею А. ***Каррeля***, П. вважав, що тривалість життя важливих елементів клітини обмежена в особин із швидким метаболізмом унаслідок виснаження або пошкодження. Сформульована пізніше Д. ***Харманом*** вільнорадикальна теорія старіння є правдоподібним поясненням гіпотези П. Сформульована П. гіпотеза рівня життєдіяльності була однією з найпопулярніших теорій старіння понад півстоліття. Щоправда, їй суперечить спостереження, за яким щури та кажани мають схожі метаболічні процеси, проте кажани живуть у кілька разів довше.

П. був відомий своєю жагою життя, любов'ю до їжі, вина, музики та вечірок. Тому недивно, що в своїй книзі «Алкоголь та довголіття» («Alcohol and Longevity»; Pearl, 1926) він навів переконливі докази на користь того, що вживання помірних доз алкоголю більшою мірою сприяє подовженню життя, ніж повне утримання.

РИБАЛКО (*Рыбалко*) Олена Федорівна (1923–2001) — російський психолог, доктор психологічних наук, професор, керівник

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 221

спеціалізації «психологія розвитку та диференціальна психологія» на факультеті психології Санкт-Петербурзького державного університету, кавалер медалі «Санкт-Петербурзький державний університет» (1996).

Спеціалізувалася на вивченні вікових перетворень функцій зору в дітей та підлітків, потім і в дорослих. Послідовниця онтопсихології як синтетичної науки, що інтегрує низку наукових дисциплін, насамперед вікову та диференціальну психологію. У своїх працях продемонструвала провідну роль вікових феноменів психіки, що пов'язані з індивідною організацією людини, а також даних диференціальної психології про індивідуальні відмінності людини на різних рівнях її організації. При такому підході найповніше розкривається складне, багатогранне та суперечливе становлення людини як біосоціальної істоти.

Автор понад 120 наукових праць, зокрема фундаментального підручника «Вікова та диференціальна психологія», де значна увага приділена питанням геронтогенезу.

РУБНЕР (*Rubner*) Макс (1854–1932) — німецький фізіолог і гігієніст. Навчався у Мюнхенському університеті під керівництвом А. фон Байєра (1835–1917) та К. фон Войта (1831–1908). Потім викладав в Університеті Марбурга, Інституті гігієни імені Р. Коха, Берлінському університеті. Р. став одним із засновників Інституту промислової фізіології імені кайзера Вільгельма й у 1913 р. посів місце його директора.

Р. відомий дослідженнями в галузі метаболізму, енергетичної фізіології, гігієни та термогенезу харчування. Сформулював теорію швидкості життя (підтриману пізніше Р. ***Пірлом***), згідно з положеннями якої повільний метаболізм обумовлює більшу тривалість життя особини. Своїм виникненням ця теорія зобов'язана промисловій революції (за логікою «чим швидше працює машина, тим більше вона зношується»).

СКУЛАЧОВ (*Скулачев*) Володимир Петрович (нар. 1935) — російський біохімік, доктор біологічних наук, член-кореспондент АН СРСР (1974), академік АН СРСР (1990, з 1991 — РАН), член Нью-Йоркської академії, доктор honoris causa Вільнюського університету (2005).

Закінчив біолого-ґрунтовий факультет Московського державного університету імені М. В. Ломоносова (1957), в якому працює з 1960 р. У 1965–1973 рр. — завідувач відділу біоенергетики Між-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 222

факультетської лабораторії біоорганічної хімії, з 1973 р. — завідувач лабораторії біоорганічної хімії. Директор Інституту фізико-хімічної біології імені А. М. Білозерського, що був утворений на базі цієї лабораторії в 1991 р. С. є головним редактором журналу «Биохимия» та членом редакційних колегій журналів «Биофизика» та «Молекулярная биология».

Розвиваючи теорію запрограмованого старіння, С. розробив концепцію програми «суїциду» цілого організму — феноптозу, основним механізмом якого вважав мітоптоз.

СТРАЖЕСКО Микола Дмитрович (1876–1952) — український терапевт, відомий клініцист.

Народився в Одесі, де закінчив гімназію (1894). У тому ж році вступив на медичний факультет Імператорського університету імені Святого Володимира (нині Київський національний університет імені Тараса Шевченка), по закінченні якого працював у міській лікарні та вишах м. Києва.

Із 1902 р. — у Військово-медичній академії (м. Санкт-Петербург), де під керівництвом І. П. ***Павлова*** провів експериментальні дослідження з фізіології кишок, які виклав у докторській дисертації (1904). Відтоді — старший ординатор у терапевтичній клініці Імператорського університету імені Святого Володимира. У 1907–1919 рр. — професор Київського жіночого медичного інституту; водночас — приват-доцент Імператорського університету імені Святого Володимира (1908–1919) та завідувач терапевтичного відділення київської міської лікарні (1917–1919).

У 1919–1922 рр. — завідувач кафедри Новоросійського університету, з 1922 р. — Київського медичного інституту. Керував відділенням Інституту експериментальної біології та патології (з 1934 р. — Інститут клінічної фізіології АН УРСР). Із 1936 р. — директор створеного ним Українського науково-дослідного інституту клінічної медицини. Під час II Світової війни — консультант евакошпиталів, керував дослідженнями у Центральному шпиталі Радянської Армії.

С. уперше в світі поставив прижиттєвий діагноз тромбозу судин серця (1909, спільно з В. П. Образцовим (1851–1920)), розробив класифікацію недостатності кровообігу з урахуванням біохімічних порушень (спільно з В. Х. Василенком (1897–1987)) та вчення про функціональну недостатність кровообігу.

Автор понад 100 праць, присвячених різноманітним питанням клініки та лікування внутрішніх хвороб.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 223

ФРЕНКЕЛЬ Захар Григорович (1869–1970) — російський гігієніст і геронтолог, академік АМН СРСР (1945), суспільний діяч.

Народився у м. Бориспіль, закінчив Ніжинську гімназію, вступив на медичний факультет Московського університету, звідки був виключений за участь у студентських сходках. У 1895 р. закінчив медичний факультет Дерптського університету (нині Тартуський університет, Естонія), працював повітовим санітарним лікарем. Депутат I Державної думи (1906), після розгону якої просидів 4 міс. у костромській в'язниці за те, що підписав т. зв. Виборзьке звернення. Співпрацював із журналами «Начало», «Новое Слово», «Жизнь», «Мир Божий», «Земское Дело», «Городское Дело». Із 1910 р. — головний редактор журналу «Земское Дело». Лауреат почесного диплому Всесвітньої гігієнічної виставки у Дрездені (Німеччина). Один з організаторів Російської гігієнічної виставки. Після Лютневої революції 1917 р. — заступник голови Центральної лікарняно-санітарної ради при Тимчасовому уряді. За радянської влади створив кафедри суспільної (соціальної) гігієни у низці медичних вишів; перша з них — у Державному інституті медичних знань (нині Медична академія імені І. І. ***Мечникова***), створена в 1920 р. Засновник Товариства працівників санітарної справи та епідеміологів (із 1939 р. — Товариство гігієністів, санітарних лікарів та епідеміологів). Один з організаторів та почесний голова Товариства геронтологів та геріатрів Ленінграда (1955).

Розвиваючи геронтологічні ідеї Д. І. Менделєєва (1834–1907), висловлені у праці «Потаємні думки» («Заветные мысли»; Менделеев, 1905), та І. І. Мечникова, Ф. створює фундаментальну працю «Подовження життя та діяльнісна старість» («Продолжение жизни и деятельностная старость»; Френкель, 1945), де формулює не тільки теоретичні основи, але й прикладні аспекти геронтології стосовно людини як біопсихосоціальної істоти.

ФРОЛЬКІС Володимир Веніамінович (1924–1999) — український фізіолог і геронтолог, віце-президент АМН України, керівник відділу біології старіння та завідувач лабораторії фізіології Інституту геронтології АМН України, академік НАН і АМН України, заслужений діяч науки і техніки України, професор.

Досліджував проблеми фізіології та експериментальної патології кровообігу. Після захисту в 1958 р. докторської дисертації очолив лабораторію фізіології створеного в тому ж році Інституту геронтології і експериментальної патології АМН СРСР; з цього моменту починається історія геронтологічних розробок Ф.,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 224

зокрема молекулярних та клітинних механізмів вікової патології кровообігу.

У цьому новому періоді наукової творчості головна тема для Ф. — фундаментальні механізми старіння. Результатом стала розробка адаптаційно-регуляторної теорії старіння (1960–1970), що найповніше викладена в монографії «Регулювання, пристосування та старіння» («Регулирование, приспособление и старение»; Фролькис, 1970). Згідно з положеннями цієї теорії, віковий розвиток і тривалість життя обумовлені балансом двох процесів: руйнівним (старіння) та протилежним йому процесом підтримання життєдіяльності (антистарінням).

Суттєвою складовою теорії старіння Ф. є генорегуляторна гіпотеза старіння, що розглядає порушення в регуляторній частині геному як первинні механізми старіння. Вікові порушення генної регуляції можуть призвести не тільки до зміни співвідношення синтезовуваних білків, але й до експресії генів, які раніше себе не виявляли, появи білків, що раніше не синтезувалися; і врешті-решт — до старіння та апоптозу. На думку Ф., генорегуляторні механізми старіння є основою розвитку вікової патології розповсюджених видів — атеросклерозу, раку, діабету, паркінсонізму, деменції альцгеймерівського типу. Залежно від експресії або репресії тих чи інших генів й буде розвиватися відповідний синдром старіння, відповідна патологія. На основі цих уявлень була сформульована ідея генорегуляторної терапії, покликаної попереджувати причини розвитку вікової патології. Так було доведено, що інгібітори етапів транскрипції й трансляції у функціонування генетичного апарату попереджують розвиток експериментального атеросклерозу.

ХАРМАН (*Harman*) Денхем (нар. 1916) — американський біогеронтолог, доктор медицини, почесний професор медичного центру при Університеті Небраски, розробник вільнорадикальної теорії старіння, засновник (1970) та виконавчий директор (1973–1993) Американської асоціації старіння, засновник Міжнародної асоціації біомедичної геронтології (1984). Закінчив хімічний факультет Каліфорнійського університету, здобувши науковий ступінь доктора філософії (1943); почав працювати на компанію Shell Oil, досліджуючи вільнорадикальні реакції в нафтопродуктах.

Захопившись дослідженнями феномену старіння, вступив до інтернатури Стенфордського університету, яку закінчив у 1954 р. У 1958 р. очолив кафедру кардіоваскулярних досліджень у медичному коледжі при Університеті Небраски.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 225

У 1972 р. запропонував уточнену мітохондріальну теорію старіння, в якій саме мітохондрії розглядаються як основні мішені патогенного впливу вільних радикалів.

ХЕВІГХЕРСТ (*Havighurst*) Роберт Дж. (1900–1991) — американський психолог та соціальний геронтолог. Проводив масштабні дослідження розвитку дітей та підлітків, на матеріалі яких сформулював концепцію стадій розвитку як серії культурних завдань, що розв'язуються в певному віці.

Метод дослідження людини протягом усього її життя спонукав інтерес Х. до проблем психології та соціології старіння. У 1950–1960-х рр. він очолив десятирічне дослідження осіб середнього та пізнього віку, відоме як Канзаське дослідження життя дорослих. Відкриття, зроблені під час реалізації цього проекту та подальших робіт, змінили тогочасні погляди на процеси старіння і дозволяють вважати Х. одним із засновників теорії розсуспільнення.

Зокрема, одним із висновків Канзаського лонгітюду було те, що особи старших вікових груп мають навчитися успішно долати такі стресогенні події:

1) смерть друзів та шлюбного партнера;
2) зменшення фізичних можливостей;
3) вихід на пенсію та зменшення прибутків;
4) збільшення вільного часу та потребу завести нових друзів;
5) освоєння нових соціальних ролей;
6) взаємодію з подорослішалими дітьми;
7) зміни довкілля або його створення.

Х. є автором книги «Пристосування до виходу на пенсію: кроснаціональне дослідження» («Adjustment to Retirement: A Cross-National Study»; Havighurst, 1970), де зазначав, що в усіх сучасних цивілізованих суспільствах людина живе під владою роботи як необхідності. Він вважав, що класична формула «дитинство — навчання, дорослість — робота, старість — дозвілля» має бути переглянутою таким чином, щоб усі три види діяльності мали місце у кожному віці, оскільки, не володіючи мистецтвом дозвілля, пенсіонери, замість навчання або гри, шукають собі іншу роботу. На думку Х., від уміння використовувати вільний час буде залежати, корисним чи некорисним є життя старої людини, приємним чи неприємним.

Внесок Х. у геронтологію був оцінений Премією Брукдейла (1979) за дослідження в галузі суспільних наук та поведінки.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 226

ЦИЦЕРОН (*Cicero*) Марк Туллій (106–43 до н. е.) — давньоримський політик (прихильник Республіки) та філософ (послідовник Стої), блискучий оратор.

У творі «Катон Старший про старість» («Cato Major de senectute»; Cicero, 44 до н. е.), що написаний у вигляді діалогу між Катоном Старшим, Лелієм та Сципіоном, він зазначив парадоксальний характер старості: «Досягнути її бажають усі, а досягнувши, їй же й дорікають. [...] Причина всіх подібних нарікань — у моралі, а не у віці: у старих стриманих, лагідних і добрих старість проходить терпимо, а зарозуміла і нетовариська вдача безрадісна у всякому віці. [...] Також і життю, прожитому спокійно, чисто і красиво, притаманна тиха й легка старість... [...] Адже нерозумні люди свої недоліки й проступки пояснюють старістю».

Розглядаючи 4 причини того, чому більшість людей вважають старість жалюгідною, автор їх же послідовно й спростовує:

1) *Старість заважає діяльності.* «Ті, хто відмовляє старості у можливості брати участь у справах, не наводять жодних доказів й уподібнюються людям, за словами яких кормчий нічого не робить під час плавання... Він не робить того, що роблять молоді, але насправді робить набагато більше і краще; не силою м'язів, ... не спритністю тіла вершаться великі страви, а мудрістю, авторитетом, рішеннями, і старість зазвичай не тільки не позбавляється цієї можливості, але й навіть укріплюється в ній. [...] Але, скажуть .., пам'ять послаблюється. [...] Старі зберігають свій розум, тільки б старання й наполегливість у них збереглися до кінця!»

2) *Старість послаблює тіло.* «Що може бути приємнішим за старість, оточену увагою юнацтва? Невже ми не визнаємо за старістю навіть і таких сил, щоб вона могла навчати молодих людей, їх виховувати і наставляти до виконання всіляких завдань, що пов'язані з обов'язком? Що може бути славнішим за саме таку діяльність? [...] ...Занепад сил сам по собі частіше викликаний пороками молодості, ніж недугами старості; розбещено проведена молодість передає старості знесилене тіло. ...Старості треба опиратися, [...] а вади, пов'язані з нею, заміщувати працелюбством; як борються з хворобою, так треба боротися і зі старістю...»

3) *Старість позбавляє плотських задоволень.* «...Найпрекрасніше, що людині дарувала природа ... — це розум, ніщо так не ворогує з цим божественним даром, як плотське задоволення... [...] ...Якщо розумом своїм і мудрістю зневажати плотське за-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 227

доволення ми не можемо, то ми маємо бути глибоко вдячні старості за те, що вона позбавляє нас від негідних бажань. Адже насолода сковує нашу здатність виносити судження, застилає, так би мовити, погляди розуму, ворожа доблесті. [...] Вінець старості — авторитет. Старість ... володіє таким високим авторитетом, що вона цінніша за всі насолоди юності».

4) *Старість наближує до смерті.* «Смерть необхідно або зневажати, якщо вона гасить дух, або ж її необхідно навіть бажати, якщо вона веде його туди, де він стане вічним. [...] Скільки часу кожному дано прожити, тим він і повинен бути задоволений. Адже актор, щоб мати успіх, не повинен грати у всій драмі; для нього достатньо заслужити схвалення у тих діях, в яких він виступав... [...] ...Усе те, що здійснюється відповідно до природи, слід відносити до її благ. Що ж настільки відповідає природі, як для старих смерть? [...] ...Задоволеність життям робить своєчасним прихід смерті».

У кінці твору Ц. наводить докази безсмертя душі, проте зазначаючи: «Якщо я тут помиляюся, віруючи у безсмертя людської душі, то помиляюся я охоче й не хочу, щоб мене позбавляли цієї помилки, яка потішає мене, поки я живий. Якщо я, будучи мертвий, нічого відчуватиму, як вважають деякі неважливі філософи, то я не боюся, що ці філософи будуть глузувати над моєю помилкою. Якщо нам не судилося стати безсмертними, то для людини все-таки бажати згаснути у свій час; адже природа встановлює для життя, як і для усього іншого, міру; старість же — заключна сцена життя, подібна до закінчення вистави в театрі. Утоми від неї ми маємо уникати, особливо тоді, коли ми вже задоволені».

ЧЕБОТАРЬОВ Дмитро Федорович (1908–2005) — український лікар-геронтолог, заслужений діяч науки УРСР (1964), академік АМН СРСР (1966), академік РАН (1991), академік НАН України та АМН України (1992), лауреат Державної премії УРСР (1984).

У 1929 р., незважаючи на відсутність робітничо-селянського походження, зміг вступити до Київського мединституту (нині Національний медичний університет імені О. О. ***Богомольця***), який закінчив у 1933 р. Загалом навчання тривало лише 2,5 роки, оскільки у 1932 р., коли почався Голодомор, Ч. разом з іншими студентами, був відряджений на село з метою організації пунктів харчування та віспопріації (здійснення щеплення проти віспи). Отримавши диплом з відзнакою, Ч., попри рекомендації М. Д. ***Стражеска***, не зумів вступити до аспірантури, оскільки був

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 228

безпартійний. Пропрацювавши в Інституті фізіотерапії імені В. В. Воровського (м. Чернігів), куди він потрапив за розподілом, Ч. повернувся до Києва, де рік пропрацював в Інституті удосконалення лікарів, після чого був прийнятий до аспірантури. Захистив кандидатську дисертацію на тему «Дивертикули тракту травлення» (1938). У 1940 р. отримав пропозицію посісти місце начальника медичної служби урядового санаторію «Україна» у м. Гагри, де познайомився з академіком О. О. Богомольцем. Саме тоді Ч. зацікавився проблемою довголіття. До м. Гагри він повертається й по закінченню II Світової війни, під час якої працював рентгенологом евакошпиталю. У 1945 р. Ч. переїжджає до м. Києва, де стає докторантом Інституту фізіології АН УРСР. У 1950 р. захищає докторську дисертацію «Гіпертензивний синдром вагітних». У 1955 р. очолює кафедру терапії Інституту удосконалення лікарів, завідування якою у 1957–1960 рр. суміщає з посадою головного терапевта Мінздраву УРСР; у 1960 р. стає головою вченої ради Мінздраву УРСР.

Із створенням Інституту геронтології Ч. був уведений до складу його вченої ради та призначений керівником клінічного відділу, а в 1962 р. стає директором Інституту геронтології. На цій посаді Ч. виявив великі організаторські здібності: під його керівництвом у 1964 р. закінчилося будівництво клінічного, а в 1965 р. — експериментального корпусів, побудований другий клінічний корпус (1972); сформована організаційна структура закладу, що в своїх загальних рисах зберігається донині, створена українська школа геріатрії.

Ч. брав участь у роботі VI (1963; Копенгаген, Данія), VII (1966; Відень, Австрія), VIII (1969; Вашингтон, США), XI (1978; Токіо, Японія), XII (1981; Гамбург, ФРН), XIII (1985; Нью-Йорк, США) конгресів Міжнародної асоціації геронтологів (із 2005 р. — Міжнародна асоціація геронтологів та геріатрів); завдяки його ініціативі та організаторським зусиллям, IX Конгрес (1972) пройшов у Києві, а сам Ч. був обраний його президентом.

Протягом 1963–1988 рр. Ч. очолював Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів, що було засноване за його ініціативою, координував геронтологічні дослідження у закладах системи АМН СРСР, став організатором радянської системи медико-соціальної допомоги особам старших вікових груп.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 229

Частина 3

ЗАКЛАДИ, ОРГАНІЗАЦІЇ, ВИДАННЯ ТА ДОКУМЕНТИ ГЕРОНТОЛОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 230

АМЕРИКАНСЬКА АКАДЕМІЯ МЕДИЦИНИ АНТИСТАРІННЯ (American Academy of Anti-Aging Medicine — A4M) — некомерційна організація, що включає 20 тис. членів із 100 країн світу: терапевтів, практикуючих лікарів, учених, урядовців, представників широкої громадськості тощо. Президент і засновник A4M — Р. Клатц.

Діяльність A4M спрямована на вдосконалення технологій для виявлення, запобігання та лікування захворювань, пов'язаних із старінням, на заохочення досліджень у галузі уповільнення та оптимізації процесів старіння. Ще одним напрямом діяльності A4M є поширення знань із медико-біологічних наук та з питань омолодження.

Адреса: 301 Yamato Rd, Suite 2199, Boca Raton, FL 33431 (Boca Raton Office); 1510 W. Montana Street, Chicago, IL 60614 (Chicago Office).

Див. також ***Європейська асоціація медицини антистаріння***, ***Ізраїльська академія протидії старінню*** та ***Міжнародна асоціація медицини антистаріння України***.

АМЕРИКАНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПЕНСІОНЕРІВ (American Association of Retired Persons — AARP) — загальнонаціональна неурядова організація, що базується в США та обстоює інтереси та права осіб у віці 50 років і старше.

Мета AARP — підвищення якості життя всіх старіючих осіб, надання спеціальних переваг, продуктів та послуг своїм членам. AARP є однією з найпотужніших лобістських груп у США, вона володіє страховими, інвестиційними фондами та іншими фінансовими інструментами. AARP об'єднує понад 35 млн членів, що робить її найбільшою організацією для осіб старших вікових груп у США.

Див. також ***«Сиві Пантери»***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 231

АМЕРИКАНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СТАРІННЯ (American Aging Association — AGE) — некомерційна організація, що об'єднує вчених-біогеронтологів та непрофесіоналів і має на меті проведення досліджень шляхів уповільнення процесів старіння. Заснована Д. Харманом у 1970 р.

Основні напрями діяльності:

- проведення щорічних наукових конференцій (38-ма щорічна конференція була проведена 29.05.09–01.06.09 у м. Скотт-сдейлі, штат Арізона);
- нагородження дослідників, які зробили значний внесок у досягнення цілей асоціації;
- стимулювання інтересу молодих учених до тематики антистаріння;
- публікація інформаційних бюлетенів та журналів (асоціація видає журнал «Age»).

БРИТАНСЬКЕ ТОВАРИСТВО МЕДИЦИНИ АНТИСТАРІННЯ (British Society of Anti-Ageing Medicine — BSAAM) — некомерційна організація, що ставить своєю головною метою сприяння дослідженням у галузі медицини антистаріння; заснована і знаходиться у м. Лондоні (Велика Британія). BSAAM не отримує підтримки від жодної промислової або іншої комерційної організації.

BSAAM виступає основним освітнім спонсором щорічної Лондонської конференції антистаріння (Anti-Ageing Conference London — AACL).

Див. також ***Європейське товариство медицини антистаріння***.

БУДИНОК-ІНТЕРНАТ ДЛЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ І ІНВАЛІДІВ — соціально-медичний заклад, що відповідає потребам осіб старших вікових груп, які потребують стороннього догляду за собою.

Згідно з Положенням про Б.-і. о. п. в. і., що затверджене наказом Міністерства праці та соціальної політики України № 549 від 29.12.2001, у заклади такого типу приймаються на державне утримання особи похилого віку, які досягли 55 років для жінок та 60 років для чоловіків, інваліди I та II груп, що за станом здоров'я потребують постійного догляду і не мають працездатних родичів, які були би зобов'язані утримувати їх за законом.

Для влаштування у Б.-і. о. п. в. і. необхідно надати путівку обласного управління соціального захисту населення, заяву з проханням про прийом до будинку-інтернату, паспорт, медичну

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 232

картку з висновком про необхідність стороннього догляду, довідку з управління пенсійного фонду про розмір призначеної пенсії, довідку про склад сім'ї з житлово-комунальної контори, домоуправління або сільради.

Див. також ***Пансіонат ветеранів війни та праці*** та ***Пансіонат геріатричний***.

ВІДЕНСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ ПЛАН ДІЙ З ПРОБЛЕМ СТАРІННЯ — перший міжнародний документ з проблем старіння, що визначає хід осмислення, розробки стратегій і програм із зазначеної проблематики. Був прийнятий у 1982 р. на першій Всесвітній асамблеї ООН з проблем старіння у Відні (Австрія), після чого ухвалений Генеральною Асамблеєю ООН.

План спрямований на зміцнення потенціалу урядів і громадянського суспільства в галузі ефективного розв'язання проблем старіння населення і розгляду потреб осіб старших вікових груп. План містить 62 рекомендації, що стосуються проведення наукових досліджень, збору та аналізу даних, професійної підготовки та освіти.

План охоплює такі сфери:

- охорона здоров'я і харчування;
- захист осіб старших вікових груп як споживачів;
- житло та довкілля;
- родина;
- соціальне забезпечення;
- забезпечення прибутків і зайнятість;
- освіта.

Див. також ***Мадридський міжнародний план дій з проблем старіння*** та ***Додаток В***.

«ВІЧНА МОЛОДІСТЬ» («Вечная молодость») — російський благодійний фонд, що має на меті розробку та впровадження методів омолодження і максимального подовження людського життя в найближчому майбутньому. Для реалізації цієї мети Фонд у своїй роботі ставить такі завдання:

- пошук та відбір експертною радою Фонду найбільш перспективних проектів;
- сприяння у забезпеченні всім необхідним найновіших біомедичних розробок;
- популяризація результатів та планів досліджень, орієнтованих на різні аспекти проблеми довголіття;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 233

• налагодження контактів між представниками біомедичної науки та бізнесу;
• розподіл і контроль використання фінансових внесків юридичних та фізичних осіб;
• фінансування цільових науково-дослідницьких програм;
• сприяння у підвищенні кваліфікації фахівців, які працюють над проблемами активного довголіття та ефективного омолодження;
• пошук і подальше просування талановитих студентів та молодих учених, котрі виявляють інтерес до проблем довголіття.

Розподіл фінансових витрат: фінансування біотехнологічних розробок — 45 %, покупка акцій біотехнологічних компаній — 25 %, виділення грантів — 10 %, організація конференцій — 10 %, проведення симпозіумів та семінарів — 10 %.

Засновник благодійного фонду — А. М. Фоменко, президент — Л. П. Фоменко, директор — О. О. Молодчий.

Адреса: РФ, г. Санкт-Петербург, 7-я линия, 76, бизнес-центр «Сенатор», оф. 216.

ВСЕСВІТНЯ АСАМБЛЕЯ ООН З ПРОБЛЕМ СТАРІННЯ — захід ООН, присвячений прийняттю міжнародних засадничих документів з проблематики старіння та покликаний привертати увагу світової громадськості до цієї теми.

Перша В. а. ООН з п. с. проводилася у Відні (Австрія) у 1982 р.; її результатом стало ухвалення ***Віденського міжнародного плану дій з проблем старіння***.

Друга В. а. ООН з п. с. проводилася у Мадриді (Іспанія) у 2002 р. під гаслом «Створення суспільства для людей всіх віків»; її результатом стало прийняття ***Мадридського міжнародного плану дій з проблем старіння***.

ГЕРІАТРИЧНА ДОСЛІДНИЦЬКА ГРУПА (Geriatric Research Group — GRG) — заснована в 1988 р. при медичному факультеті Університету Макмастера (Канада). Керівник — д-р У. Моллі.

Діяльність GRG пов'язана з розробкою і тестуванням методик оцінки і лікування деменції, сприяє освіті осіб старших вікових груп, захищає їхнє право на самостійність.

Дослідження, що проводяться GRG, стосуються також призначення ліків та їх клінічних випробувань, розробки директив для закладів системи охорони здоров'я тощо. GRG проводить семінари з питань, що стосуються осіб старших вікових груп, переймається

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 234

питаннями освіти та професійної підготовки медичних фахівців, діяльність котрих пов'язана із зазначеною категорією осіб.

ГЕРІАТРИЧНИЙ ПАНСІОНАТ — див. ***Пансіонат геріатричний***.

ГЕРОНТОЛОГІЧНЕ ТОВАРИСТВО АМЕРИКИ (Gerontological Society of America — GSA) — неурядова організація, заснована в Нью-Йорку (1945) на базі групи вчених та лікарів, які у 1930-х рр. об'єдналися у «Клуб з вивчення старіння». Із 1946 р. під егідою Товариства проводяться наукові конференції; відтоді почав виходити «The Journal of Gerontology» (з 1988 р. — «Journals of Gerontology»). У 1995 р. окремо видаються «Journals of Gerontology: Biological Science and Medical Science» та «Journals of Gerontology: Psychological Science and Medical Science». У 1969 р. Товариство переїхало у свій головний офіс у м. Сент-Луїс, штат Міссурі.

GSA провадить міждисциплінарні наукові дослідження в усіх аспектах геронтології: медичних, біологічних, психологічних та соціальних. Станом на 2006 рік, членами Товариства є близько 5000 осіб.

Адреса: 1220 L Street NW, Suite 901, Washington, DC 20005.

ГЕРОНТОЛОГІЧНЕ ТОВАРИСТВО РАН (Геронтологическое общество РАН) — утворене в 1994 р. за ініціативою членів Санкт-Петербурзького наукового товариства геронтологів та геріатрів І. І. Лихницької, В. М. Анісімова та Р. Ш. Бахтіярова, які опублікували відкритий лист у журналі «Врач» (№ 8). Учені закликали до об'єднання в наукове товариство фахівців не тільки в галузі геріатрії, але й молекулярної біології, генетики, фізіології і біохімії старіння, соціології, демографії і психології.

У 1994 р. у Санкт-Петербурзі відбулася Всеросійська установча конференція «Медичні та соціальні аспекти геронтології і геріатрії», на якій було прийняте рішення про створення Товариства. Президентом був обраний професор В. М. Анісімов.

Свою місію Товариство вбачає у «втіленні особливої місії російського народу, про яку писали російські філософи М. Ф. Федоров (1829–1903), М. О. Лоський (1870–1965), М. О. Бердяєв (1874–1948)». Результатом втілення цього має стати «…не тільки перемога над старінням, але й забезпечення Росії світового лідерства в галузі біотехнологій».

Адреса: РФ, 197758 г. Санкт-Петербург, Песочный-2, ул. Ленинградская, 68, НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 235

ДЕКЛАРАЦІЯ З ПРОБЛЕМ СТАРІННЯ — документ, прийнятий Генеральною асамблеєю ООН на Міжнародній конференції ООН з проблем старіння (15–16 жовтня 1992 р.) з нагоди 10-річчя прийняття ***Віденського міжнародного плану дій з проблем старіння*** (47-а сесія, 42-е пленарне засідання). Див. ***Додаток Б***.

ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ГЕРІАТРИЧНИЙ ЦЕНТР — структура, створена в липні 2005 р. за ініціативи ВР України та за наказом МОЗ України на базі ***кафедри терапії і геріатрії Національної медичної академії імені П. Л. Шупика*** та ***Інституту геронтології АМН України***.

Основною функцією Центру є організаційно-методична робота із стандартизації та проведення до- та післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників, а також волонтерів для системи медико-соціальної допомоги особам старших вікових груп. Разом із державними та громадськими організаціями Центр розробляє і впроваджує стандартизовані мультидисциплінарні програми з геріатрії для викладачів, медичних і соціальних працівників, волонтерів, воїнів альтернативної служби; програми фізичної та психологічної реабілітації для осіб старших вікових груп і працівників системи медико-соціальної геріатричної допомоги.

У перспективі Центр планує вести факультативні курси для студентів навчальних закладів різних рівнів акредитації, брати участь у міжнародних організаціях медико-соціального спрямування, координувати видання профільної літератури.

ЄВРОПЕЙСЬКА АСОЦІАЦІЯ МЕДИЦИНИ АНТИСТАРІННЯ (European Society of Anti-Aging Medicine — ESAAM) — некомерційна організація, заснована в 2003 р. у Парижі (Франція); штаб-квартира розташована у Відні (Австрія). ESAAM об'єднує національні організації медицини антистаріння в Європі та Туреччині.

Діяльність ESAAM має такі цілі та завдання:

- безперервна освіта лікарів, яка дозволила б їм слідувати найвищим стандартам медицини антистаріння;
- сертифікація фахівців у галузі медицини антистаріння;
- розробка загальних принципів розвитку медицини антистаріння в Європі;
- інтелектуальна підтримка нових проектів у галузі медицини антистаріння, сприяння дослідженням у галузі раннього попередження обумовлених віком захворювань тощо.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 236

Членом ESAAM є ***Міжнародна асоціація медицини антистаріння України***.

Див. також ***Американська академія медицини антистаріння*** та ***Британське товариство медицини антистаріння***.

«ЗА ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ» («За увеличение продолжительности жизни») — російська громадська організація, створена в Ярославлі у 2006 р. Наступного року розпочало роботу відділення організації у Костромі, у 2008 р. — у Білгороді. Голова — М. О. Батін, член думської фракції партії «Єдина Росія».

Для вирішення свого основного завдання (що задекларованe в назві) організація проводить масові заходи — мітинги, пікети, спортивні змагання тощо,— організовує лекції і семінари із залученням відомих російських учених, видає книги та інформаційні бюлетені, проголошує свою позицію в медіа.

Див. також ***«Наука за подовження життя»***.

ІЗРАЇЛЬСЬКА АКАДЕМІЯ ПРОТИДІЇ СТАРІННЮ (Israel Academy of Anti-Aging) — віртуальна організація, що позиціонує себе як клуб потенційних довгожителів, створений з метою обміну досвідом та знаннями.

В основі І. а. п. с. закладені ідеї її засновника і президента, прихильника веганосироїдіння О. М. Чупруна (1935–2008), за якими саме природній гігієні судилося стати філософією здоров'я та продуктивного довголіття новостворюваної цивілізації — Цивілізації третьої хвилі. Тому магістральним шляхом до супердовголіття вважається натуризм — спосіб життя, за яким засобом досягнення високої фізичної та розумової працездатності, довголіття вважаються не зовнішні засоби, а можливості самого організму до самозцілення та омолодження. Головною умовою цього виступає природнє харчування людини, тобто харчування у відповідності з її генетичною програмою, що надає стимул для руху та фізичної активності у праці та спорті. Таке харчування передбачає оптимізований амінокислотний баланс білків, які входять до щоденного раціону харчування.

Див. також ***Американська академія медицини антистаріння***.

ІНСТИТУТ БІОРЕГУЛЯЦІЇ І ГЕРОНТОЛОГІЇ ПІВНІЧНО-ЗАХІДНОГО ВІДДІЛЕННЯ РАМН (Институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения РАМН) — заклад, заснований у 1992 р.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 237

у Санкт-Петербурзі (РФ) з метою реалізації фундаментальних та прикладних завдань у галузі біорегуляції та геронтології, втілення в медичну практику результатів 20-річних експериментальних і клінічних досліджень нового класу лікарських препаратів — пептидних біорегуляторів, створених у науково-дослідній лабораторії біорегуляторів Військово-медичної академії імені С. М. Кірова.

Діяльність Інституту підпорядкована таким завданням:

- проведення фундаментальних наукових досліджень, удосконалення методів діагностики та прогнозування захворювань, розвиток науково-виробничих програм у галузі біорегуляції та геронтології;
- розробка, клінічне дослідження, виробництво та втілення у клінічну практику лікарських засобів, сучасних діагностичних та лікувальних технологій для ранньої діагностики, профілактики й лікування вікової патології;
- пропаганда наукових знань у галузі біорегуляції та геронтології (організація наукових конференцій, видавнича діяльність тощо).

Штат Інституту складається із 150 осіб, з яких 80 наукових співробітників (1 член-кореспондент РАМН, 27 професорів та докторів наук, 27 кандидатів наук, 9 лікарів вищої категорії).

Адреса: РФ, 197110, г. Санкт-Петербург, пер. Динамо, 3.

ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ — одна з провідних науково-практичних медичних установ в Україні, що розробляє проблематику старіння.

ІСТОРІЯ. Відкритий у 1958 р. як Інститут геронтології АМН СРСР. У 1958–1961 рр. Інститутом керував учень О. О. Богомольця, відомий патофізіолог, академік АМН СРСР М. М. Горєв. У 1961 р. Інститут очолив Д. Ф. Чеботарьов — послідовник М. Л. Стражеска та В. М. Іванова, клініцист широкого профілю. Із 1988 р. на чолі Інституту стоїть В. В. Безруков.

У 1972 р. на базі Інституту був проведений IX конгрес Міжнародної асоціації геронтологів (з 2005 р. — ***Міжнародна асоціація геронтологів і геріатрів***).

Із створенням у 1993 р. АМН України Інститут увійшов до складу її медико-біологічного відділення.

НАПРЯМИ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ. Уже з перших років існування Інституту виокремилися 3 основні напрями його діяльності:

1) *біологія старіння* (вивчення механізмів старіння та пристосування організму, ролі процесів регуляції в цих механізмах);

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 238

2) *клінічна геронтологія та геріатрія* (вивчення особливостей патогенезу, діагностики, клініки, лікування та профілактики захворювань, що асоціюються з пізнім віком);

3) *соціальна геронтологія та герогігієна* (дослідження ролі соціальних і гігієнічних факторів у старінні та довголітті).

ВИДАННЯ. На базі Інституту видаються наукові журнали ***«Проблемы старения и долголетия»***, «Проблемы остеологии», «Кровообіг та гомеостаз».

Адреса: м. Київ, вул. Вишгородська, 67.

Див. також ***Кафедра терапії і геріатрії*** та ***Російський науково-дослідний інститут геронтології***.

КАФЕДРА ГЕМАТОЛОГІЇ І ГЕРІАТРІЇ МОСКОВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕЇЇ ІМЕНІ І. М. СЄЧЕНОВА — створена на факультеті післявишівської професійної освіти в грудні 1991 р. (перша назва — кафедра гематології інтенсивної терапії з курсом геріатрії). У 1992–1998 рр. кафедру очолював Л. І. Дворецький. У 1998 р. перетворена на кафедру гематології і геріатрії з лабораторією проблем стандартизації в охороні здоров'я. Із 1998 р. і донині кафедру очолює доктор медичних наук, професор П. А. Воробйов.

Основна проблематика кафедри:

- диференційна діагностика захворювань крові;
- гематологія похилого віку;
- кардіологічні проблеми у похилому віці;
- ревматологія і артрологія похилого віку;
- розробка протоколів ведення хворих.

Для лікарів лікарських спеціальностей на кафедрі проводяться цикли тематичного удосконалення «Вибрані питання клінічної геріатрії у практиці терапевта» та «Вибрані питання клінічної гематології у практиці терапевта».

Для геронтологів, геріатрів, а також для терапевтів, які мають стаж роботи в лікарняно-профілактичних закладах геріатричного профілю не менше 5 років (враховується також робота за сумісництвом), на кафедрі проводиться сертифікаційний цикл «Геронтологія і геріатрія».

Адреса: РФ, г. Москва, ул. Б. Пироговская, 2.

КАФЕДРА ГЕРОНТОЛОГІЇ І ГЕРІАТРІЇ БІЛОРУСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ — створена згідно з постановою колегії Міністерства охорони здоров'я РБ від 28.06.06 № 8/19 та наказу Міністерства охорони здоров'я РБ від 06.09.06 № 684.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 239

Кафедра забезпечує викладання таких курсів: «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації захворювань внутрішніх органів в осіб похилого віку», «Лікування і реабілітація пацієнтів старших вікових груп із захворюваннями серцево-судинної системи і нервової системи», «Геріатрична терапія та реабілітація», «Геронтологія і геріатрія в практиці терапевта», «Лікування та реабілітація пацієнтів старших вікових груп із захворюваннями серцево-судинної системи», «Геріатрична терапія і реабілітація», «Лікування і реабілітація пацієнтів старших вікових груп із захворюваннями бронхолегеневої системи і кишково-травного тракту», «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації захворювань внутрішніх органів в осіб похилого віку», «Основні принципи медикаментозного і немедикаментозного лікування захворювань внутрішніх органів в осіб похилого віку», «Геріатрична терапія і реабілітація», «Проблема старіння, соматичного, психічного і соціального довголіття», «Лікування і реабілітація пацієнтів старших вікових груп із захворюваннями серцево-судинної системи і нервової системи», «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації захворювань внутрішніх органів в осіб похилого віку».

Завідувач — доцент Сушинський В. Е.

Адреса: РБ, Минский р-н, пос. Лесной.

КАФЕДРА ГЕРОНТОЛОГІЇ І ГЕРІАТРІЇ САНКТ-ПЕТЕРБУРЗЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ — передумови для її створення були закладені з початком викладання курсу геріатрії в січні 1980 р. при кафедрі терапії № 3, очолюваної професором І. М. Булаховським. Згодом, за розпорядженням ректора Ленінградського державного інституту додаткового удосконалення лікарів (нині Санкт-Петербурзька медична академія післядипломної освіти — СПбМАПО), у 1986 р. була організована перша у РФ кафедра геріатрії, засновником якої був професор Л. Ф. Гуло. Із 1997 р. кафедрою завідує доктор медичних наук, професор О. Л. Ар'єв — голова Санкт-Петербурзького відділення Міжрегіональної громадської організації геронтологів і геріатрів, член правління Російського товариства геронтологів і геріатрів.

На кафедрі проводяться різноманітні цикли тематичного та загального удосконалення для геріатрів, терапевтів та вузьких фахівців терапевтичного профілю. Найбільшою популярністю користуються такі цикли: «Діагностика та лікування захворювань внутрішніх органів в осіб похилого і старечого віку», «Терапія (геронтологія і геріатрія)», «Геріатрична кардіологія і нефрологія».

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 240

У межах зазначених циклів, починаючи з 1995 р., проводиться навчання середнього медичного персоналу (медичні сестри геріатричного профілю); також проводяться цикли удосконалення із здачею екзамену на сертифікат спеціаліста як для лікарів (геріатрів, терапевтів). На кафедрі також ведеться підготовка у клінічній ординатурі та аспірантурі.

Основний науковий напрям кафедри — дослідження вікових змін і патології серцево-судинної системи, системи травлення та нирок в осіб похилого та старечого віку.

Адреса: РФ, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

Див. також ***Кафедра терапії і геріатрії***.

КАФЕДРА ГЕРОНТОЛОГІЇ І ГЕРІАТРІЇ САРАТОВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ В. І. РОЗУМОВСЬКОГО — створена у 2002 р.; перший завідувач — проректор з лікарняної роботи О. С. Волкова.

Пріоритетні наукові напрями кафедри:

- проблема передчасного старіння;
- визначення біологічного віку;
- медико-соціальні проблеми пізнього віку.

Консультативна робота співробітників кафедри здійснюється на 2 лікарняних базах (Центр реабілітації обласного шпиталю ветеранів війни та терапевтичне відділення муніципального медичного закладу «Міська лікарня № 6»).

КАФЕДРА ТЕРАПІЇ І ГЕРІАТРІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА — (спочатку називалася кафедрою геронтології і геріатрії; з 2001 р. — кафедра терапії і геріатрії) створена в 1970 р. у Київському інституті удосконалення лікарів (нині Національна медична академія імені П. Л. Шупика) на базі Інституту геронтології АМН СРСР (нині ***Інститут геронтології АМН України***); в СРСР була першою і залишалася єдиною протягом тривалого періоду.

ІСТОРІЯ. Першим завідувачем кафедри був (за сумісництвом) Д. Ф. Чеботарьов. У 1972 р. на цю посаду була обрана професор О. Г. Калиновська. У 1990 р. кафедру очолив професор А. В. Токар (нар. 1936), який тривалий час виконував також обов'язки головного геріатра при МОЗ України та брав участь в організації геріатричної допомоги. У 2002 р. завідувачем обрано професора Л. А. Стадника, який у 2005 р. очолив також новостворений Державний навчально-методичний геріатричний центр.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 241

Із 1991 р., крім роботи на базі Інституту геронтології АМН України, співробітники кафедри проводять виїзні цикли з геріатричних питань у багатьох містах України; розробляють та переглядають програми підготовки відповідних фахівців та навчальні плани дисциплін геріатричного спрямування у вишах.

НАПРЯМИ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ. Основний напрям наукових досліджень кафедри — геріатрична кардіологія, зокрема зміни гемодинаміки та метаболізму, методи лікування при артеріальній гіпертензії, вікові особливості збудження міокарда за даними магнітокардіографії.

Адреса: м. Київ, вул. Вишгородська, 67.

Див. також ***Кафедра геронтології і геріатрії Саратовського державного медичного університету***.

МАДРИДСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ ПЛАН З ПРОБЛЕМ СТАРІННЯ — документ, прийнятий другою ***Всесвітньою асамблеєю ООН з проблем старіння*** у Мадриді (Іспанія) 8–12 квітня 2002 р.; ухвалений Генеральною асамблеєю ООН. Див. ***Додаток В***.

М. м. п. п. с. призначений для зміцнення потенціалу урядів і громадянського суспільства у галузі ефективного розв'язання проблем старіння населення та розгляду потреб осіб старших вікових груп у розвитку та отриманні догляду.

План містить 132 рекомендації (удвічі більше, порівняно з попереднім ***Віденським міжнародним планом дій з проблем старіння***), що стосуються проведення наукових досліджень, збору та аналізу даних, професійної підготовки та освіти.

Його пріоритетні напрями:

- участь осіб старших вікових груп у розвитку суспільства;
- забезпечення охорони здоров'я та добробуту в похилому віці;
- створення сприятливих умов для зазначеної категорії осіб.

МІЖНАРОДНА АСОЦІАЦІЯ БІОМЕДИЧНОЇ ГЕРОНТОЛОГІЇ (International Association of Biomedical Gerontology — IABG) — міжнародна некомерційна організація, заснована Д. Харманом у 1985 р. Штаб-квартира знаходиться в Нью-Йорку (США).

Завдання IABG:

- зробити доступними для широких верств населення результати біомедичних досліджень старіння;
- збільшити період здорового та продуктивного життя людини з метою мінімізації соціальних і медичних проблем, що асоціюються з пізнім віком;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 242

• сприяти професійній комунікації фахівців, що проводять біомедичні дослідження старіння.

XIII Конгрес IABG («Старіння, рак та вікові хвороби, загальні механізми») відбувся 18–20.05.09 у м. Квебек (Канада).

МІЖНАРОДНА АСОЦІАЦІЯ ГЕРОНТОЛОГІВ І ГЕРІАТРІВ (International Association of Gerontology and Geriatrics — IAGG) — міжнародна некомерційна організація, що сприяє дослідженням з геронтології та підготовці відповідних кадрів по всьому світу, взаємодіє з іншими міжнародними, міжурядовими та неурядовими організаціями такого профілю.

Історія IAGG розпочинається у 1950 р., коли у м. Льєжі (Бельгія) була заснована Міжнародна асоціація геронтологічних товариств. Всесвітні конгреси IAGG із 1951 р. проводилися через кожні три роки, а з 1985 р. — з періодичністю чотири роки. IX конгрес IAGG відбувся у 1972 р. у м. Києві під егідою ***Інституту геронтології АМН України***; XIX конгрес проходив 5–9 липня 2009 р. у м. Парижі (Франція).

МІЖНАРОДНА АСОЦІАЦІЯ МЕДИЦИНИ АНТИСТАРІННЯ УКРАЇНИ (МАМАСУ) — українська професійна організація, що має на меті об'єднання зусиль медицини і суспільства в пошуку нових можливостей для збереження повноцінного і довгого життя людини, член ***Європейської асоціації медицини антистаріння***. Діяльність МАМАСУ базується на тезі про те, що старість є хворобою, яка підлягає лікуванню.

Див. також ***Американська академія медицини антистаріння***.

МІЖНАРОДНИЙ ДЕНЬ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ — рішенням ООН відмічається 1 жовтня.

Головні цілі проведення М. д. л. п. в.:

• привернути увагу громадськості до проблем зазначеної категорії осіб; підвищити поінформованість громадськості про проблему демографічного старіння суспільства, індивідуальні та соціальні потреби осіб старших вікових груп, їхній внесок у розвиток суспільства;

• необхідність змінити ставлення до осіб старших вікових груп, забезпечити для них незалежність, участь у житті суспільства, необхідний догляд, умови для реалізації внутрішнього потенціалу та підтримку їхньої гідності.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 243

У межах М. д. л. п. в. проводяться безкоштовні концерти, благодійні вистави, кіносеанси, вечори відпочинку, а також конкурси художньої самодіяльності та спортивні змагання серед осіб старших вікових груп. Вшанування довгожителів, подружніх пар, персональні виставки робіт ветеранів та інші заходи традиційно приурочені до цього дня.

МІЖНАРОДНИЙ ТРАНСГУМАНІСТИЧНИЙ РУХ ІММОРТАЛІСТІВ «БЕЗСМЕРТЯ» (Международное трансгуманистическое движение иммортализтов «Бессмертие») — новий духовний напрям у сучасному трансгуманізмі, ініціатором та засновником якого є російський майстер йоги в традиції Адвайта Веданти, засновник філософії трансцендентального гуманізму, біоенергооператор I категорії, філософ-дослідник прикладних аспектів східної філософії, ректор-настоятель Монастиря-академії йоги «Зібрання таємниць», засновник Всесвітньої общини Лайя-йоги Свамі Вішну Дев.

Термін «трансгуманізм» уведений англійським біологом Дж. Хакслі (1887–1975) (Huxley, 1957). Його ідейними попередниками вважаються мислителі 1920–1950-х рр. — біолог Дж. Б. С. Холдейн (1892–1964), фізик Дж. Б. Бернал (1901–1971), палеонтолог і теолог П. Т. де Шарден (1881–1955). Достатньо близькими до трансгуманістичного напряму є ідеї космізму, викладені у працях М. Ф. Федорова (1829–1903), В. І. Вернадського (1863–1945), К. Е. Ціолковського (1857–1935), О. Л. Чижевського (1897–1964), О. В. Сухово-Кобиліна (1817–1903), В. Ф. Купревича (1897–1969) та ін.

Головною метою Руху є досягнення практичного безсмертя шляхом перезавантаження людської свідомості у небілковий носій.

Див. також ***НДІ інтегральних енергоінформаційних біотехнологій «Безсмертя»***.

«НАУКА ЗА ПОДОВЖЕННЯ ЖИТТЯ» («Наука за продолжение жизни») — російський благодійний фонд, метою якого є розробка і застосування наукових методів для суттєвого подовження здорового періоду людського життя.

Діяльність Фонду передбачає:

- створення комплексної наукової програми дослідження механізмів старіння та забезпечення її фінансування;
- розробку наукових методів втручання у процеси старіння з метою його уповільнення;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 244

• застосування результатів наукових розробок для суттєвого подовження здорового життя людини.

Головою наглядової ради Фонду є член думської фракції «Єдина Росія» (РФ) М. О. Батін (див. ***«За збільшення тривалості життя»***).

Адреса: РФ, г. Москва, Ленинский пр-кт, 15, оф. 225.

НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ГЕРОНТОЛОГІВ І ГЕРІАТРІВ УКРАЇНИ — професійне об'єднання, організоване Інститутом геронтології АМН СРСР (нині ***Інститут геронтології АМН України***) у 1963 р. На кінець 2009 р. налічувало близько 250 членів. За часів СРСР за участю Товариства було проведено п'ять Всесоюзних з'їздів геронтологів і геріатрів. За часів незалежності України проведено два національних з'їзди.

НАУКОВИЙ ГЕРОНТОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР «90+» («ДОВГОЖИТЕЛЬ») (Научный геронтологический центр «90+» («Долгожитель»))— російська комерційна організація, що мала на меті зміцнення здоров'я усіх верств населення, передовсім осіб похилого та старечого віку, поліпшення якості та тривалості життя, гармонізацію довкілля.

Напрями діяльності Центру:

• дослідження довгожителів РФ;

• розробка методичних рекомендацій та комплексу профілактичних заходів, базованих на новітніх медичних, екологічних та інформаційних технологіях, з метою зміцнення здоров'я та профілактики передчасного старіння населення.

Центром розроблені нові медичні технології та лікарські засоби, харчові добавки для профілактики старіння та зміцнення здоров'я; організований випуск лікарських засобів природного походження (фітокомпозиції з лікарських рослин, бальзами, смоли, ефірні олії тощо), фільтрів для води, аероіонізаторів тощо.

При Центрі виходила газета «Здоровье и долголетие», в якій переважали науково-популярні публікації з геронтології, профілактики хвороб, здорового способу життя тощо.

Відомостей про діяльність Центру після 2004 р. не знайдено.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ СТАРІННЯ (National Institure of Aging — NIA) — дочірня організація Національного інституту здоров'я (США), створена в 1974 р. за наказом президента Р. Ніксона (1913–1994).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 245

Щорічно Інститут витрачає близько 1 млрд дол. на дослідження в галузі геронтології. Одним із напрямів таких досліджень є пошук геронтогенів.

Під егідою NIA проводиться, зокрема, Балтиморське лонгітюдне дослідження нормального старіння.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ГЕРОНТОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР (Национальный геронтологический центр) — створений у грудні 1996 р. за ініціативи Міністерства науки та технологій РФ провідними науковими та лікарняно-освітніми закладами РФ з метою розробки та широкого застосування технологій подовження періоду активного життя людини.

Засновники Центру: Московська медична академія імені І. М. Сєченова, Московський державний медико-стоматологічний університет, Державний науковий центр «Інститут медико-біологічних проблем», Інститут системного аналізу РАН. Діяльність Центру координується Міністерством охорони здоров'я РФ та РАМН, а також здійснюється в тісному зв'язку з РАН. Центр є провідною організацією проблемної комісії «Прикладна геронтологія» Міжвідомчої наукової ради з геронтології та геріатрії РАМН та Міністерства охорони здоров'я РФ.

Головною метою Центру є координація, науково-методична, інформаційно-організаційна та фінансова підтримка, самостійне проведення досліджень і розробок у галузі фундаментальної і прикладної геронтології, а також здійснення практичних заходів, спрямованих на збільшення працездатності і тривалості здорового та активного життя людини.

Центр здійснює також клініко-діагностичну та лікувально-профілактичну програму «Клініко-оздоровчий центр». Центр здійснює підготовку фахівців медичного та оздоровчого напрямів у межах курсу «Біогеронтологія: профілактика старіння та біоактивація».

Центр видає щорічний збірник наукових праць «Профилактика старения», монографічну серію «Проблемы геронтологии», а також випуски методичних рекомендацій.

Адреса: РФ, г. Москва, ул. 60-летия Октября, 9.

НДІ ІНТЕГРАЛЬНИХ ЕНЕРГОІНФОРМАЦІЙНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ «БЕЗСМЕРТЯ» (НИИ интегральных энергоинформационных биотехнологий «Бессмертие») — створений російським майстром йоги в традиції Адвайта Веданти, засновником філософії трансценден-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 246

тального гуманізму, біоенергооператором І категорії, філософом-дослідником у галузі прикладних аспектів східної філософії, ректором-настоятелем Монастиря-академії йоги «Зібрання таємниць», засновником Всесвітньої общини Лайя-йоги Свамі Вішну Девом.

Головним напрямом роботи Інституту є програма «П'ять кроків досягнення реального безсмертя у фізичному тілі», що включає такі етапи:

1) Кероване виділення тонкого тіла з фізичного за допомогою медикаментозних засобів (психотропних речовин), електростимуляції певних ділянок мозку (зокрема кутової звивини правої півкулі), особливих технічних засобів (випромінювачів тонких енергій — т. зв. генераторів торсіонних полів), а також із залученням спеціально навчених біоенергооператорів (котрі здатні «магічним впливом» виділяти тонке тіло іншої людини та спрямовувати його в необхідне місце).

2) Удосконалення етапу 1 шляхом виконання трьох завдань:

- технічне забезпечення можливості виділяти тонке тіло в будь-якої непідготовленої людини;
- створення і технічне забезпечення «альтер-медіуму», тобто фізичного носія, в який може входити виділене тонке тіло «мандрівника»;
- створення фіксуючої апаратури, що могла б відстежувати процес виходу з тіла та інкарнації в нового носія, керування переміщенням астрального тіла та здійснення його захисту під час виходу, переміщення та реінкарнації.

3) Кероване перенесення свідомості «кандидата у безсмертні» в людські носії (клоновані або донорські тіла).

4) Кероване перенесення в альтернативний штучний носій — тіло-кіборг (звичайне тіло-біокіборг або тіло-біокіборг, що складається з нанороботів).

5) Остаточне звільнення від кайданів матерії та перехід до боголюдства: перенесення свідомості людини у безсмертне квантове тіло-голограму.

Інститут працює над створенням т. зв. «психорезонансної електронної технології», покликаної без посередників з'єднати волю оператора з електронними приладами,— створити психокомп'ютер, який дозволить оператору встановлювати зв'язок з операційною системою без посередництва клавіатури та «миші».

Див. також ***Міжнародний трансгуманістичний рух імморталістів «Безсмертя»***.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 247

ПАНСІОНАТ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ПРАЦІ — пристосований (або адаптований) заклад, що відповідає потребам осіб старших вікових груп, які не потребують стороннього догляду за собою.

У м. Києві створено комунальне підприємство «Кращий дім» на базі П. в. в. п. «Пуща-Водиця», розраховане на 120 місць. Вартість місячного утримання одного мешканця складає для його родичів 12 тис. грн. (бл. 400 грн. на добу). За іншою схемою, бажаючі потрапити в цей заклад мають передати права на здачу в оренду своєї квартири Київській держадміністрації; гроші, що будуть надходити від орендарів, підуть на сплату утримання.

Див. також ***Будинок-інтернат для осіб похилого віку і інвалідів*** та ***Пансіонат геріатричний***.

ПАНСІОНАТ ГЕРІАТРИЧНИЙ — стаціонарна соціально-медична установа загального типу для постійного проживання громадян похилого віку, ветеранів війни та праці, інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового медичного обслуговування.

Основним завданням П. г. є забезпечення належних умов для проживання, надання медичної допомоги громадянам похилого віку, інвалідам та особам із психоневрологічними захворюваннями, які потребують стороннього догляду і допомоги.

Див. також ***Будинок-інтернат для осіб похилого віку і інвалідів*** та ***Пансіонат ветеранів війни та праці***.

ПРИНЦИПИ ООН СТОСОВНО ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ — документ, прийнятий резолюцією 46/91 Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1991 р. Засновується на ***Віденському міжнародному плані дій з проблем старіння***.

Принципи містять такі положення: незалежність; участь; догляд; реалізація внутрішнього потенціалу; гідність (див. ***Додаток А***).

«ПРОБЛЕМЫ СТАРЕНИЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ» — науково-практичний журнал ***Наукового медичного товариства геронтологів та геріатрів України***, заснований у грудні 1991 р.; виходить 4 рази на рік. У журналі публікуються оригінальні та оглядові статті з такої проблематики:

- молекулярні, клітинні, системні механізми старіння;
- підходи до подовження тривалості життя, патогенезу, особливостей перебігу, діагностики та лікування хвороб в осіб похилого та старечого віку, практичні рекомендації;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 248

• соціальні та гігієнічні аспекти геронтології;
• історія геронтології;
• рецензії та хроніка.

Журнал входить до переліку ВАК України як фахове видання. Видавець — ***Інститут геронтології АМН України***.

РОСІЙСЬКИЙ ГЕРОНТОЛОГІЧНИЙ НАУКОВО-КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР (Российский геронтологический научно-клинический центр) — дослідницько-лікувальний заклад при ***Російському науково-дослідному інституті геронтології***, що надає послуги в галузі кардіології, гастроентерології, ортопедохірургії, урології та гінекології. У складі Центру працюють лабораторії: організації наукових досліджень, інформатизації, мінерального обміну, морфології біологічних рідин, вікової популяційної імуногенетики, мікробіології, клінічної вікової імунології і алергології, вікової ендоекології, вікової гематології, лазерних методів лікування, ліпідного обміну, біохімії розвитку, імуномодуляторів, референс-лабораторії з якості типуючих сироваток, клініко-діагностична лабораторія.

Адреса: РФ, г. Москва, ул. Леонова, 16а.

РОСІЙСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ (Российский научно-исследовательский институт геронтологии) — заснований у квітні 1997 р.

Основний напрям діяльності — організація і проведення наукових досліджень у галузі геронтології, пошук ефективних лікувально-профілактичних методів забезпечення здорового старіння осіб старших вікових груп та збереження активного довголіття.

До структури Інституту входить терапевтичне, кардіологічне, гастроентерологічне (з гематологічними ліжками), гінекологічне, хірургічне (з урологічними ліжками), неврологічне відділення та відділення інтенсивної терапії. Загальна кількість ліжко-місць — 220.

Директор Інституту — академік РАМН, професор В. М. Шабалін; головний лікар — заслужений лікар РФ М. Г. Філатова.

Адреса: РФ, г. Москва, 1-я ул. Леонова, 16.

Див. також ***Інститут геронтології АМН України***.

«СИВІ ПАНТЕРИ» («Gray Panthers») — мережа американських громадських організацій, що ставить за мету захист інтересів жінок, старших 50 років.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 249

Організацію заснувала американка М. Кун у 1970 р. у відповідь на її примусовий вихід на пенсію у віці 65 років. У 1980 р. «С. п.» отримала статус неурядової організації при ООН.

«С. п.» виступає за реформування системи охорони здоров'я, поліпшення соціального забезпечення, розширення прав трудящих, посилення природоохоронних заходів тощо.

«С. п.», як й інші подібні організації по всьому світу («Люті бабусі», «Голос жінок середнього та похилого віку», «Громадське підприємство», «Союз поколінь» тощо), рішуче виступає проти будь-яких форм ейджизму, організує пропаганду та проводить кампанії для поліпшення іміджу і стану осіб старших вікових груп, знаходить шляхи їхньої реінтеграції в суспільне життя, пропагує цінність десятиліть прожитого життя.

Див. також ***Американська асоціація пенсіонерів***.

УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ МЕНОПАУЗИ, АНДРОПАУЗИ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ КІСТКОВО-СУГЛОБНОЇ СИСТЕМИ (УАМАКСС) — всеукраїнська громадська організація (створена у 2002 р.), що об'єднує фахівців, чия практична, педагогічна та науково-дослідницька діяльність пов'язана з проблемами менопаузи, андропаузи, травматології та ортопедії, суміжних дисциплін.

Основна мета УАМАКСС — сприяти вирішенню проблем пацієнтів старших вікових груп, обумовлених змінами структурно-функціонального стану кістково-суглобної системи та пов'язаних з нею систем організму.

УАМАКСС організовує наукові дослідження, розроблює практичні рекомендації щодо діагностики, профілактики й лікування захворювань кістково-м'язової системи та їх ускладнень у пацієнтів старших вікових груп, а також проводить освітньо-інформаційну роботу з даної проблеми серед населення та медичних працівників.

УАМАКСС є членом Європейської асоціації менопаузи та андропаузи (European Menopause and Andropause Society — EMAS), Міжнародної асоціації старіння чоловіків (International Society for the Study of the Aging Male — ISSAM) та Європейської асоціації старіння чоловіків (European Society for the Study of the Aging Male — ESSAM).

УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО СПЕЦІАЛІСТІВ З ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРІЇ — громадська організація, створена в 1988 р. на базі 1-ї міської клінічної лікарні м. Полтава (вул. Енгельса, 27а).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 250

За Статутом Товариства, його головна мета — організація наукової, діагностичної та профілактичної роботи, спрямованої на удосконалення охорони здоров'я, підтримку геронтології і геріатрії серед інших наукових та медичних дисциплін, консолідація геронтологів України, створення регіональних центрів геронтологів та геріатрів, розширення міжнародних зв'язків серед учених та фахівців у відповідній галузі.

Відомостей про активну діяльність Товариства в останні роки не знайдено.

ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ І ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ «ВОСКРЕСІННЯ» (Центр медико-социальной помощи и психологической поддержки лиц пожилого возраста «Воскресение») — російська організація, що має на меті задоволення потреб людей у спілкуванні та розумінні, створення умов для розв'язання проблеми самотності і взаємин з іншими людьми. Місія Центру — активізація когнітивних, фізичних та емоційних можливостей осіб старших вікових груп, їхньої здатності приймати самостійні рішення, оволодівати технологіями самодопомоги.

Напрями діяльності Центру:

- інформаційно-освітній (бесіди, лекції, диспути);
- сучасні технології роботи з особами старших вікових груп (групові тренінги, технології релаксації, патронаж тощо);
- медико-профілактичний (фізична реабілітація);
- культурно-масова та суспільна робота (свята, відвідування музеїв тощо);
- навчально-методична та практична діяльність (лекції, анкетування тощо).

Директор Центру — Я. В. Лопатіна.

Адреса: РФ, 163061, г. Архангельск, пер. Троицкий, 51.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 251

ДОДАТКИ

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 252

Додаток А
Принципы ООН
в отношении лиц пожилого возраста[1]

Генеральная Ассамблея,

высоко оценивая вклад, который вносят пожилые люди в жизнь своего общества,

учитывая, что в Уставе ООН народы ООН выражают, в частности, решимость вновь утвердить веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности, в равноправие мужчин и женщин и в равенство прав больших и малых наций, а также решимость содействовать социальному прогрессу и улучшению условий жизни при большей свободе,

принимая во внимание разработку этих прав во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах и Международном пакте о гражданских и политических правах, а также в других декларациях с целью обеспечить осуществление универсальных норм в отношении конкретных групп населения,

во исполнение Международного плана действий по проблемам старения, принятого Всемирной ассамблеей по проблемам старения и одобренного Генеральной Ассамблеей в резолюции 37/51 от 3 декабря 1982 г.,

признавая огромные различия в положении пожилых людей не только между странами, но также в рамках отдельных стран и между отдельными лицами, что требует принятия различных мер в области политики,

учитывая, что во всех странах как никогда прежде возрастает число лиц преклонного возраста, состояние здоровья которых лучше, чем когда-либо ранее,

учитывая результаты научных исследований, опровергающие многие стереотипные представления о неизбежном и необратимом ухудшении здоровья с возрастом,

---

[1] Прийняті резолюцією 46/91 Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1991 р. Засновуються на Віденському міжнародному плані дій з проблем старіння.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 253

будучи убеждена в том, что в мире, дня которого характерно увеличение числа пожилых людей, заинтересованным и дееспособным пожилым людям необходимо обеспечить возможности участвовать в каждодневной жизни общества и вносить в нее вклад,

сознавая, что трудности, выпадающие на долю семьи, как в развитых, так и в развивающихся странах, требуют оказания поддержки лицам, обеспечивающим уход за слабыми пожилыми людьми,

принимая во внимание стандарты, уже определенные в Международном плане действий по проблемам старения, в конвенциях, рекомендациях и резолюциях Международной организации труда, Всемирной организации здравоохранения и других учреждений ООН,

призывает правительства включить — когда это представляется возможным — в свои национальные программы следующие принципы:

Независимость

1) Пожилые люди должны иметь доступ к соответствующим требованиям продовольствию, воде, жилью, одежде и медицинскому обслуживанию через посредство обеспечения им дохода, поддержки со стороны семьи, общины и самопомощи.

2) Пожилые люди должны иметь возможность работать или заниматься другими видами приносящей доход деятельности.

3) Пожилые люди должны иметь возможность участвовать в определении сроков и форм прекращения трудовой деятельности.

4) Пожилые люди должны иметь возможность участвовать в соответствующих программах образования и профессиональной подготовки.

5) Пожилые люди должны иметь возможность жить в условиях, которые являются безопасными и могут быть адаптированы с учетом личных наклонностей и изменяющихся возможностей.

6) Пожилые люди должны проживать дома до тех пор, пока это возможно.

Участие

7) Пожилые люди должны быть по-прежнему вовлечены в жизнь общества, активно участвовать в разработке и осуществлении политики, непосредственно затрагивающей их благосостояние, и делиться своими знаниями и опытом с представителями молодого поколения.

8) Пожилые люди должны иметь право искать и расширять возможности для деятельности в интересах общины и выполнять

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 254

на добровольной основе работу, отвечающую их интересам и возможностям.

9) Пожилые люди должны иметь возможность создавать движения или ассоциации лиц пожилого возраста.

Уход

10) Пожилым людям должны быть, обеспечены уход и защита со стороны семьи и общины в соответствии с системой культурных ценностей данного общества.

11) Пожилые люди должны иметь доступ к медицинскому обслуживанию, позволяющему им поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень физического, психического и эмоционального благополучия и предотвращать или сдерживать начало периода недугов.

12) Пожилые люди должны иметь доступ к социальным и правовым услугам в целях повышения их независимости, усиления защиты и улучшения ухода.

13) Пожилые люди должны иметь возможность на соответствующем уровне пользоваться услугами попечительских учреждений, обеспечивающих защиту, реабилитацию, а также социальное и психологическое стимулирование в гуманных и безопасных условиях.

14) Пожилые люди должны иметь возможность пользоваться правами человека и основными свободами, находясь в любом учреждении, обеспечивающем кров, уход или лечение, включая полное уважение их достоинства, убеждений, нужд и личной жизни, а также права принимать решения в отношении ухода за ними и качества их жизни.

Реализация внутреннего потенциала

15) Пожилые люди должны иметь возможности для всесторонней реализации своего потенциала.

16) Пожилые люди должны иметь доступ к возможностям общества в области образования, культуры, духовной жизни и отдыха.

Достоинство

17) Пожилые люди должны иметь возможность вести достойный и безопасный образ жизни и не подвергаться эксплуатации и физическому или психологическому насилию.

18) Пожилые люди имеют право на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или иного статуса, и их роль должна оцениваться независимо от их экономического вклада.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 255

Додаток Б
Декларация ООН по проблемам старения[1]

Генеральная Ассамблея,

принимая во внимание беспрецедентное старение населения, наблюдающееся во всем мире,

сознавая, что старение населения мира ставит перед правительствами, неправительственными организациями и частными группами беспрецедентную, но требующую незамедлительного решения практическую и программную задачу, заключающуюся в обеспечении надлежащего удовлетворения потребностей пожилых людей и реализации их потенциала как людских ресурсов,

сознавая также, что старение населения в развивающихся странах происходит гораздо более быстрыми темпами, нежели это происходило в развитых странах,

памятуя о том, что революционные сдвиги в демографической структуре обществ требуют коренного изменения в порядке организации общественного функционирования,

надеясь, что в предстоящее десятилетие произойдет расширение сотрудничества, увеличится число практических инициатив и объем ресурсов, выделяемых на деятельность в связи с проблемами старения,

приветствуя растущий вклад пожилых людей в экономическое, социальное и культурное развитие,

приветствуя также широкое участие в програмне ООН по проблемам старения,

признавая, что старение происходит в течение всей жизни и что подготовка к старости должна начинаться в детстве и продолжаться на протяжении всего жизненного цикла,

признавая также, что пожилые люди имеют право стремиться к самому лучшему состоянию здоровья и добиваться его,

---

[1] Прийнята 16 жовтня 1992 р. на другій Міжнародній конференції з проблем старіння з нагоди десятої річниці прийняття Віденського міжнародного плану дій з проблем старіння.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 256

признавая далее, что по мере старения некоторым лицам требуется всесторонняя забота со стороны общества и семьи,

подтверждая Международный план действий по проблемам старения, одобренный ею в ее резолюции 37/51 от 3 декабря 1982 г., и Принципы ООН в отношении пожилых людей, содержащиеся в приложении к ее резолюции 46/91 от 16 декабря 1991 г.,

отмечая многочисленные мероприятия ООН, посвященные проблемам старения в контексте развития, прав человека, народонаселения, занятости, образования, здравоохранения, жилья, семьи, инвалидности и улучшения положения женщин,

рассмотрев проблемы, возникшие в ходе осуществления Плана действий,

признавая необходимость практической стратегии деятельности по проблемам старения на десятилетие 1992–2001 гг.,

1) настоятельно призывает международное сообщество:

a) содействовать осуществлению Международного плана действий по проблемам старения;

b) обеспечить широкое распространение Принципов ООН в отношении пожилых людей;

c) поддерживать практические стратегии достижения глобальных целей по проблемам старения к 2001 г.;

d) поддерживять постоянные усилия Секретариата по разъяснению возможных практических направлений деятельности путем совершенствования процесса сбора данных, научных исследований, подготовки кадров, технического сотрудничества и обмена информацией по проблемам старения;

e) обеспечивать уделение должного внимания вопросам старения населения в текущих программах компетентных организаций и органов системы ООН и предоставление надлежащих ресурсов путем их перераспределения;

f) поддерживать широкое и ориентированное на практическую деятельность сотрудничество в рамках программы ООН по проблемам старения, в том числе между правительствами, специализированными учреждениями и органами ООН, неправительственными организациями в частным сектором;

g) укреплять Целевой фонд по проблемам старения как источник поддержки развивающихся стран в их деятельности в связи со старением населения;

h) способствовать тому, чтобы страны-доноры и страны-получатели помощи учитывали проблемы пожилых людей в их программах развития;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 257

i) уделять внимание проблемам старения на предстоящих крупных мероприятиях, в том числе — в ближайшем будущем — мероприятиях, посвященных таким темам, как права человека, семья, народонаселение, улучшение положения женщин, предупреждение преступности, молодежь, и на предлагаемой всемирной встрече на высшем уровне по вопросам социального развития;

j) поощрять прессу и средства массовой информации к тому, чтобы они играли ключевую роль в информировании о проблемах старения населения и смежных вопросах, включая проведение 1 октября Международного дня лиц старшего возраста и распространение Принципов ООН в отношении пожилых людей;

k) содействовать внутрирегиональному и межрегиональному сотрудничеству и обмену ресурсами для осуществления программ и проектов, связанных с проблемой старения, в том числе для обеспечения здоровья на протяжении всей жизни, получения доходов и развития новых форм продуктивной деятельности в старшем возрасте;

l) изыскать огромные людские и материальные ресурсы, крайне необходимые сегодня для принятия мер в связи с вступлением человечества в пору зрелости, которое можно рассматривать не только как демографическое, но и как социальное, экономическое и культурное явление, открывающее широкие перспективы;

2) настоятельно призывает также поддерживать национальные инициативы, связанные с проблемами старения, в контексте национальных культур и условиях, с тем чтобы:

a) соответствующие национальные стратегии и программы в интересах пожилых людей рассматривались как часть общих стратегий развития;

b) программные меры, призванные повысить роль правительства, добровольных групп и частного сектора, расширялись и получали поддержку;

c) правительственные и неправительственные организации сотрудничали в деле развития первичного медико-санитарного обслуживания, пропаганды здорового образа жизни и осуществления программ самопомощи в интересах пожилых людей;

d) лица старшего возраста рассматривались как члены общества, вносящие вклад в его развитие, а не как обуза;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 258

e) все население готовило себя к более поздней поре жизни;

f) старшее и молодое поколения сотрудничали в поиске оптимального соотношения между традицией и новаторством в экономическом, социальном и культурном развитии;

g) стратегии и программы разрабатывались с учетом особых качеств, потребностей и способностей женщин старшего возраста;

h) женщинам старшего возраста оказывалась надлежащая поддержка за их в целом непризнанный вклад в экономику и благосостояние общества;

i) мужчины старшего возраста поощрялись к развитию социальных, культурных и духовных качеств, чего они, возможно, были не в состоянии сделать в те годы, когда они были кормильцами;

j) общественность была более информирована и участвовала в разработке и осуществлении программ и проектов с участием лиц старшего возраста;

k) семьи получали поддержку в проявлении заботы о престарелых, а все члены семьи участвовали в этом;

l) местные органы власти сотрудничали с пожилыми людьми, предпринимателями, гражданскими ассоциациями и другими группами в поиске новых путей сохранения возрастной интеграции в семье и обществе;

m) руководящие деятели и ученые сотрудничали в проведении ориентированных на практические меры исследований;

n) политики сосредоточили внимание и ресурсы на реальных возможностях, а не на желаемых, но недостижимых целях;

o) международное сотрудничество расширялось до реально возможных масштабов в контексте стратегий достижения глобальных целей по проблеме старения до 2001 г.;

3) постановляет провести в 1999 г., при поддержке из регулярного бюджета по программам на двухгодичный период 1998–1999 гг. и за счет добровольных взносов, Международный год пожилых людей как знак признания демографического вступления человечества в пору зрелости и тех перспектив, которые оно открывает для развития более зрелых представлений и возможностей в общественной, экономической, культурной и духовной жизни — не в последнюю очередь в интересах всеобщего мира и развития в следующем столетии.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 259

Додаток В
Мадридский международный план по проблемам старения

Глава I. Введение

1) Международный план действий по проблемам старения, принятый на первой Всемирной ассамблее по проблемам старения в Вене, по мере развития основных направлений политики и инициатив, определял развитие теоретической мысли и практической деятельности по проблемам старения на протяжении 20 лет. Вопросы прав человека пожилых людей привлекли к себе внимание в 1991 г. связи с разработкой Принципов ООН в отношении пожилых людей, в которых содержались руководящие указания по вопросам независимости, участия, ухода, реализации творческого потенциала и достоинства личности.

2) XX век ознаменовался революционными изменениями в плане увеличения продолжительности жизни людей. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла 66 лет, увеличившись с 1950 г. на 20 лет, причем ожидается, что к 2050 г. она возрастет еще на 10 лет. Эта демографическая победа и стремительный рост численности населения мира в первой половине XXI века означают, что число людей в возрасте старше 60 лет, в 2000 г. составлявшее примерно 600 млн человек, в 2050 г. увеличится до почти 2 млрд человек, а процентная доля населения мира, относимого к категории пожилых людей, согласно прогнозам, увеличится с 10 % в 1998 г. до 15 % в 2025 г. Такое увеличение будет особенно значительным и стремительным в развивающихся странах, где в ближайшие 50 лет ожидается четырехкратное увеличение доли пожилого населения. В Азии и Латинской Америке процентная доля населения, относимого к категории пожилых людей, с 1998 по 2025 г. увеличится с 8 до 15 %, тогда как в Африке в этот же период процентная доля пожилых людей, согласно прогнозам, увеличится с 5 до всего лишь 6 %, а затем возрастет в 2 раза к 2050 г. В странах Африки к югу от Сахары, в которых продолжается борьба с пандемией

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 260

ВИЧ/СПИДа и где социально-экономическое положение остается напряженным, процентная доля пожилых людей будет вдвое ниже. В Европе и Северной Америке в период с 1998 по 2025 г. доля населения, относимого к категории пожилых людей, соответственно увеличится с 20 до 28 % и с 16 до 26 %. Подобные глобальные демографические изменения не только сильно отразятся на всех сторонах индивидуальной, общинной, национальной и международной жизни, но и преобразят все аспекты человеческого бытия: социальные, экономические, политические, культурные, психологические и духовные.

3) Происходящие в настоящее время знаменательные демографические изменения к середине столетия приведут к выравниванию процентных долей пожилых людей и молодежи в структуре населения мира. В глобальном масштабе ожидается, что процентная доля лиц в возрасте старше 60 лет в период с 2000 по 2050 г. увеличится в 2 раза — с 10 до 21 %, а доля детей снизится на одну треть — с 30 до 21 %. В некоторых развитых странах и странах с переходной экономикой число пожилых людей уже превышает число детей, а рождаемость упала ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения. К 2050 г. в некоторых развитых странах число пожилых людей будет превышать число детей более чем в 2 раза. Ожидается, что в развитых странах средний показатель соотношения между мужчинами и женщинами в размере 71 мужчины на 100 женщин возрастет до 78 мужчин на 100 женщин. В менее развитых регионах превышение доли пожилых женщин по сравнению с пожилыми мужчинами проявляется не в столь значительной мере, как в развитых регионах из-за, в целом, менее значительных различий в средней продолжительности жизни женщин и мужчин. В настоящее время соотношение мужчин и женщин в возрасте старше 60 лет в развивающихся странах в среднем составляет 88 мужчин на 100 женщин, причем, согласно прогнозам, к середине столетия оно несколько изменится и будет составлять 87 мужчин на 100 женщин.

4) Согласно прогнозам, демографическое строение превратится в серьезную проблему в развивающихся странах, где в течение первой половины XXI века ожидается стремительное развитие этого процесса. Ожидается, что доля пожилых людей к 2050 г. увеличится с 8 до 19 %, а доля детей сократится с 33 до 22 %. В связи с этими демографическими изменениями возникают значительные потребности в ресурсах. Несмотря на то, что в развитых странах процесс старения происходил постепенно,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 261

в настоящее время эти страны столкнулись с взаимосвязанными проблемами старения, безработицы и неустойчивости пенсионных систем, а развивающиеся страны стоят перед необходимостью решать проблемы развития и демографического старения одновременно.

5) Между развитыми и развивающимися странами имеются также другие важные демографические различия. При том, что в настоящее время подавляющая доля пожилых людей в развитых странах живут в районах, которые классифицируются как города, в развивающихся странах большинство пожилых людей проживают в сельской местности. Согласно демографическим прогнозам, к 2025 г. 82 % населения развитых стран будет сосредоточено в городах, тогда как в развивающихся странах в городах будет проживать менее половины населения. В развивающихся странах процентная доля пожилого населения в сельских районах выше, чем в городах. Несмотря на то, что взаимосвязь между процессами старения и урбанизации требует дальнейшего изучения, нынешние тенденции свидетельствуют о том, что в будущем во многих развивающихся странах доля пожилого населения в городах увеличится.

6) Между развитыми и развивающимися странами также имеются значительные различия в том, что касается типов домашних хозяйств, в которых живут пожилые люди. В развивающихся странах значительная доля пожилых людей живут в домашних хозяйствах, включающих представителей разных поколений. Это означает, что стратегические направления деятельности в развивающихся и развитых странах должны быть различными.

7) Самой быстрорастущей группой пожилого населения является старшая возрастная группа, т. е. лица 80 лет и старше. Если в 2000 г. их было 70 млн человек, то, согласно прогнозам, за ближайшие 50 лет их число увеличится более чем в пять раз.

8) Процентная доля пожилых женщин превышает процентную долю пожилых мужчин, причем в старших возрастных группах эта тенденция становится более отчетливой. Во всех странах одним из приоритетных стратегических направлений должно быть осуществление мер, направленных на улучшение положения пожилых женщин. Для обеспечения полного равноправия женщин и мужчин и разработки эффективных и результативных мер в целях решения этой проблемы необходимо признать, что процесс демографического старения имеет различные последствия для женщин и мужчин. Таким образом, абсолютно необхо-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 262

димо обеспечить учет гендерной проблематики при разработке всех стратегий, программ и законов.

9) Необходимо обеспечить интеграцию происходящего процесса глобального старения и более общего процесса развития. Политика в области старения требует внимательного анализа под углом зрения развития и общечеловеческих и общесоциальных задач с учетом последних глобальных инициатив и руководящих принципов, разработанных на крупных конференциях и встречах на высшем уровне ООН.

10) Международный план действий по проблемам старения на 2002 г. требует пересмотра подходов, политики и практики на всех уровнях и во всех секторах в интересах задействования громадного потенциала старения в XXI веке. Многие пожилые люди живут в безопасных и достойных условиях, изыскивая при этом возможности участвовать в жизни своих семей и общин. Цель Международного плана действий состоит в обеспечении пожилому населению всех стран мира возможности жить в безопасных и достойных условиях и продолжать участвовать в жизни общества в качестве полноправных граждан. Этот план, в котором признается, что фундамент здоровой и продуктивной старости закладывается с младенчества, призван стать в руках руководителей, отвечающих за выработку политики, практическим инструментом, который должен помочь им сосредоточить внимание на ключевых приоритетных задачах, связанных с процессами индивидуального и демографического старения. В Плане признаются общие особенности и проблемы процесса старения и излагаются конкретные рекомендации, которые могут быть гибко адаптированы с учетом значительной специфики условий в конкретных странах. В Плане признается наличие ряда этапов развития и переходных процессов в разных регионах, а также взаимозависимость всех стран в условиях глобализации.

11) Концепция общества для людей всех возрастов, разработанная в качестве темы Международного года пожилых людей, который проводился в 1999 г., содержала четыре аспекта: индивидуальное развитие на протяжении всей жизни; отношения между поколениями; взаимосвязь между старением населения и развитием; и положение пожилых людей. Проведение Международного года помогло в решении задач повышения осведомленности, проведения научных исследований и разработки политики во всех странах мира, включая усилия по обеспечению учета проблемы старения во всех секторах и по обеспечению более эффек-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 263

тивного использования возможностей, которые имеются на всех этапах жизни людей.

12) На крупных конференциях и встречах на высшем уровне ООН, специальных сессиях Генеральной Ассамблеи и мероприятиях, проводимых в рамках обзора осуществления принятых решений, были приняты цели, задачи и обязательства на всех уровнях, призванные способствовать улучшению социально-экономических условий жизни всех людей. Эти цели, задачи и обязательства задают контекст, в котором следует рассматривать конкретный вклад пожилых людей и их специфические проблемы. Осуществление соответствующих положений позволит пожилым людям вносить полноценный вклад в процесс развития и в равной степени с другими людьми пользоваться его плодами. Через Международный план действий по проблемам старения на 2002 г. красной нитью проходят перекликающиеся с этими целями, задачами и обязательствами такие центральные темы, как:

a) полное осуществление всех прав человека и основных свобод всех пожилых людей;

b) обеспечение безопасных условий жизни пожилых людей, что предполагает подтверждение цели ликвидации нищеты среди пожилых людей и развитие принципов ООН в отношении пожилых людей;

c) создание условий для того, чтобы пожилые люди могли принимать полноправное и эффективное участие в экономической, политической и социальной жизни общества, в частности посредством приносящего доход и добровольного труда;

d) создание возможностей для развития индивидуальных способностей, реализации творческого потенциала и обеспечения благосостояния на протяжении всей жизни, в том числе в старости, например посредством обеспечения обучения на протяжении всей жизни и участия в жизни общины, при одновременном признании того, что пожилые люди не составляют единую однородную группу;

e) обеспечение полного соблюдения экономических, социальных и культурных прав пожилых людей, а также их гражданских и политических прав и ликвидация всех форм насилия в отношении пожилых людей и возрастной дискриминации;

f) принятие обязательств в отношении обеспечения равноправия пожилых женщин, в частности путем ликвидации дискриминации по признаку пола;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 264

g) признание ключевого значения семей и взаимосвязи, солидарности и взаимовыручки поколений с точки зрения социального развития;

h) оказание пожилым людям медицинской помощи, поддержки и социальной защиты, включая медицинскую профилактику и реабилитацию;

i) налаживание партнерских отношений между государственными учреждениями всех уровней, гражданским обществом, частным сектором и непосредственно пожилыми людьми в целях перевода Международного плана действий в плоскость практических мер;

j) проведение научных исследований, изучение опыта и задействование возможностей техники в целях анализа, в частности, индивидуальных, социальных и медицинских последствий старения, особенно в развивающихся странах;

k) признание особого положения пожилых людей, принадлежащих к коренному населению, их уникальных условий жизни и необходимости изыскивать средства для того, чтобы они могли эффективно участвовать в принятии непосредственно касающихся их решений.

13) Поощрение и защита всех прав человека и основных свобод, включая право на развитие, является необходимым условием создания социально интегрированного общества для людей всех возрастов, в жизни которого пожилые люди будут принимать полноправное участие без какой-либо дискриминации и на основе равенства. Борьба с возрастной дискриминацией и содействие защите достоинства пожилых людей имеют основополагающее значение для обеспечения уважения, которое заслуживают пожилые люди. Поощрение и защита всех прав человека и основных свобод имеют важное значение для формирования общества для людей всех возрастов. Для этого необходимо развивать, подчеркивать и поощрять посредством всестороннего и эффективного диалога взаимообогащающие отношения между разными поколениями.

14) Рекомендации в отношении действий можно подразделить на три приоритетных направления: участие пожилых людей в развитии; обеспечение здравоохранения и благосостояния в пожилом возрасте; обеспечение благоприятных и позитивных условий для людей всех возрастных групп. Безопасность пожилых людей в значительной степени зависит от прогресса в решении этих трех задач. Приоритетные направления были разработаны для того, чтобы направить деятельность по разработке политики

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 265

и ее осуществлению на достижение конкретной цели успешной адаптации к условиям стареющего мира, в котором успех определяется улучшением качества жизни пожилых людей и устойчивостью различных механизмов, как формальных, так и неформальных, от которых зависит благосостояние людей на всем протяжении жизни.

15) Необходимо обеспечить учет проблемы старения при разработке глобальных повесток дня. Требуются согласованные усилия по выработке широкого и справедливого подхода к вопросу согласования политики. Задача состоит в том, чтобы увязать деятельность по проблеме старения с другими рамками деятельности в области социально-экономического развития и защиты прав человека. Тогда как разные страны и регионы могут проводить различную политику по конкретным направлениям, процесс старения населения не только универсален, но и способен определять ход истории, причем в не меньшей степени, чем глобализация. Следует признать, что пожилые люди способны продолжать вносить свой вклад в развитие общества, если они возглавят деятельность, направленную не только на улучшение положения самих пожилых людей, но и на улучшение положения в обществе в целом. Если мы хотим быть дальновидными, нам следует признать потенциал пожилого населения как основы для будущего развития.

Глава II. Рекомендации в отношении действий

А. Приоритетное направление I: Участие пожилых людей в развитии

16) Пожилые люди должны принимать полноправное участие в процессе развития и пользоваться его плодами. Ни один человек не должен лишаться возможности пользоваться благами развития. Последствия старения населения для социально-экономического развития общества в сочетании с социально-экономическими изменениями, происходящими во всех странах, требуют принятия срочных мер по налаживанию непрерывной деятельности в области социальной интеграции пожилых людей и расширения их прав и возможностей. Кроме того, миграция, урбанизация, тенденция к распаду расширенной семьи и образованию более компактных семей с более изменчивым составом, отсутствие доступа к необходимой для достижения самостоятельности технологии и другие социально-экономические изменения приводят к вытеснению пожилых людей из основного процесса развития, лишают их

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 266

продуктивной социально-экономической роли и ослабляют их традиционные источники социальной поддержки.

17) При том, что развитие может оказывать положительное влияние на положение всех слоев общества, процесс развития в долгосрочном плане может быть легитимным только при условии разработки и проведения в жизнь политики, обеспечивающей справедливое распределение выгод, получаемых в результате экономического роста. Один из принципов Копенгагенской декларации о социальном развитии и Программы действий, принятых на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития, касается разработки правительствами основ политики в отношении выполнения своей ответственности перед нынешним и грядущими поколениями по обеспечению равноправия разных поколений людей. Кроме того, на Саммите тысячелетия была подтверждена долгосрочная императивная задача ликвидации нищеты и достижения социальных и гуманитарных целей, поставленных на всемирных конференциях 1990-х гг.

18) Внимание руководителей, отвечающих за разработку политики, привлекла проблема, связанная с необходимостью адаптации к последствиям старения экономически активного населения и одновременно повышения производительности труда и конкурентоспособности, а также обеспечения стабильности механизмов социальной защиты. При необходимости, следует осуществлять многоаспектные стратегии проведения реформ для постановки финансирования систем пенсионного обеспечения на прочную основу.

Проблема 1: Активное участие в жизни общества и в процессе развития

19) Создание общества для людей всех возрастов предполагает решение задачи предоставления пожилым людям возможности продолжать вносить свой вклад в развитие общества. Для достижения этой цели необходимо устранить все факторы, которые приводят к социальной изоляции и дискриминации пожилых людей. Социально-экономический вклад пожилых людей не ограничивается экономической деятельностью. Часто они играют жизненно важную роль в семье и общине. Они вносят ценный вклад, который невозможно определить в экономических категориях: он выражается в уходе за членами семьи, продуктивной трудовой деятельности в целях обеспечения источников средств к существованию, ведении домашнего хозяйства и добровольной работе на благо общины. Кроме того, при выполнении этих

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 267

функций они готовят себе трудовую смену. Следует признать этот вклад во всех его проявлениях, включая вклад лиц всех возрастов, которые занимаются неоплачиваемым трудом во всех секторах, особенно женщин.

20) Участие в социальной, экономической, культурной, спортивной, развлекательно-оздоровительной и добровольной деятельности также способствует повышению и поддержанию личного благосостояния. Организация пожилых людей является важным инструментом для обеспечения — посредством проведения информационно-пропагандистской работы и укрепления связи между поколениями — благоприятных условий для участия пожилых людей.

21) Цель 1: Признание социального, экономического и политического вклада пожилых людей.

Меры

a) Обеспечение полного осуществления всех прав человека и основных свобод посредством поощрения осуществления конвенций по правам человека и других документов по правам человека, особенно в том, что касается борьбы с дискриминацией во всех ее проявлениях;

b) признание, поощрение и поддержка вклада пожилых людей в жизнь семьи, общины и в экономическую деятельность;

c) обеспечение возможностей, осуществление программ и оказание поддержки, необходимых для того, чтобы пожилые люди могли принять участие или могли продолжать принимать участие в культурной, экономической, политической и социальной жизни и могли заниматься образованием на протяжении всей жизни;

d) предоставление информации и обеспечение доступа, необходимых для расширения масштабов участия пожилых людей в деятельности общинных групп взаимной поддержки, создаваемых в целях укрепления связи между поколениями, и для расширения возможностей в плане самореализации;

e) создание благоприятных условий для деятельности добровольцев всех возрастов, включая общественное признание пожилых людей, которые имеют ограниченную возможность заниматься добровольной деятельностью или не имеют такой возможности вовсе, и оказание содействия для вовлечения пожилых людей;

f) поощрение более широкого толкования понятий культурной, социальной и экономической роли и непрерывного вклада

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 268

пожилых людей в жизнь общества, в том числе выражающихся в осуществлении неоплачиваемой трудовой деятельности;

g) обеспечение того, чтобы отношение к пожилым людям было справедливым, чтобы уважалось их достоинство, независимо от инвалидности или каких-либо иных обстоятельств, определяющих их статус, и чтобы их роль оценивалась независимо от их экономического вклада;

h) учет потребностей пожилых людей и уважение их права на достойное существование на всех этапах жизни;

i) поощрение среди работодателей позитивного отношения к производительному потенциалу пожилых людей, что должно вести к сохранению за ними рабочих мест и помогать в отношении повышения информированности населения, в частности посредством повышения их самооценки, об их важной роли на рынке труда;

j) поощрение участия в гражданской и культурной жизни в качестве стратегий борьбы с социальной изоляцией и поддержки мер, направленных на расширение прав и возможностей.

22) Цель 2: Участие пожилых людей в процессах принятия решений на всех уровнях.

Меры

a) Обеспечение учета потребностей пожилых людей и возникающих у них проблем в процессе принятия решений на всех уровнях;

b) поощрение там, где их еще нет, создания организаций пожилых людей на всех уровнях, в частности призванных представлять интересы пожилых людей в процессе принятия решений;

c) осуществление мер по обеспечению самого широкого и равноправного участия пожилых людей, в частности женщин, в процессе принятия решений на всех уровнях.

Проблема 2: Трудовая деятельность и стареющая рабочая сила

23) Пожилым людям следует предоставить возможность продолжать заниматься приносящим доход трудом до тех пор, пока они того желают и сохраняют способность к продуктивному труду. Сделать это нередко не позволяют безработица, занятость на работе неполный рабочий день и отсутствие достаточной эластичности рынка труда, которые сужают возможности, открывающиеся перед людьми, и лишают общество их потенциала и профессиональных знаний. В этой связи принципиально важное значение имеет осуществление обязательства относительно оказания содействия до-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 269

стижению цели полной занятости, изложенного в Копенгагенской декларации о социальном развитии, а также стратегий и политики, намеченных в Программе действий Всемирной встречи на высшем уровне и дальнейших инициатив в отношении повышения занятости, представленных в качестве рекомендаций 24-й специальной сессией Генеральной Ассамблеи. Необходимо повысить уровень информированности на рабочем месте о преимуществах сохранения стареющей рабочей силы.

24) В развивающихся странах и странах с переходной экономикой большинство людей пожилого возраста заняты в неформальном секторе, что нередко лишает их преимуществ надлежащих условий работы и социальной защиты, обеспечиваемых в формальном секторе экономики. Продолжительность жизни во многих развитых странах и странах с переходной экономикой превышает установленный пенсионный возраст или возраст выхода в отставку. Кроме того, в этих странах из-за сокращения рождаемости уменьшается число людей, пополняющих рынок рабочей силы, и эта тенденция нередко сопровождается возрастной дискриминацией. Нехватка рабочей силы происходит, как правило, в результате уменьшения численности молодых людей, поступающих на рынок рабочей силы, старения рабочей силы и тенденции досрочного выхода на пенсию. В этих условиях существенно важное значение имеют такие увеличения продолжительности трудовой жизни, как новые трудовые соглашения, предусматривающие гибкие условия выхода на пенсию, надлежащие условия работы и профессионально-техническая реабилитация пожилых инвалидов, благодаря которым пожилые люди имели бы возможность сочетать оплачиваемый труд с другими видами деятельности.

25) Особое внимание следует уделять факторам, сказывающимся на положении пожилых женщин на рынке труда, в частности тем факторам, которые сказываются на занятости женщин на оплачиваемой работе, включая более низкую заработную плату, отсутствие возможности для развития карьеры из-за нарушения непрерывности стажа, необходимость выполнения обязанностей, связанных с уходом за другими членами семьи, и их возможности накапливать пенсию и другие ресурсы, необходимые им после выхода на пенсию. Отсутствие политики в области организации труда, учитывающей потребности семьи, может усугублять эти трудности. Нищенское положение и низкие доходы в период трудовой деятельности женщин во многих

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 270

случаях являются причиной их нищеты в пожилом возрасте. Неотъемлемой целью Международного плана действий является обеспечение представленности разных возрастных групп и сбалансированного соотношения мужчин и женщин на рабочих местах.

26) Для достижения целей обеспечения занятости для всех необходимо признать, что продолжение найма пожилых работников необязательно приводит к сужению возможностей для трудоустройства молодежи, но может обеспечить внесение непрерывного и ценного вклада в повышение эффективности и производительности национальной экономики на благо для всех членов общества. Экономика в целом также может получать выгоду от других планов использования опыта и профессиональных знаний пожилых в деле профессиональной подготовки молодых и недавно нанятых работников.

27) В случае нехватки рабочей силы может возникнуть необходимость во внесении существенных изменений в существующие механизмы стимулирования, с тем чтобы поощрять большее число трудящихся к добровольной отсрочке полного выхода на пенсию и к дальнейшей производственной деятельности в качестве работников, занятых в течение неполного или полного рабочего дня. В рамках практических мер и политики в области рационального использования людских ресурсов необходимо принимать во внимание конкретные потребности пожилых людей и обеспечивать их удовлетворение. В связи с этим может потребоваться соответствующая адаптация условий на рабочих местах и условий труда для обеспечения того, чтобы пожилые люди располагали профессиональными навыками, здоровьем и возможностями для дальнейшей производственной деятельности в пожилом возрасте. Это означает, что работодателям, организациям трудящихся и работникам кадровых органов следует уделять более пристальное внимание возникающим как на национальном, так и на международном уровнях новым видам организации труда, которые могут способствовать сохранению и продуктивному использованию пожилых работников в рамках рабочей силы.

28) Цель 1: Возможности для трудоустройства всех пожилых людей, желающих работать.

Меры

а) Постановка вопроса о создании рабочих мест в центр макроэкономической политики, например, посредством обеспе-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 271

чения нацеленности политики на рынке труда на обеспечение повышения темпов роста производства и занятости в интересах людей всех возрастов;

b) предоставление пожилым людям возможности продолжать трудовую деятельность до тех пор, пока они хотят и в состоянии работать;

c) принятие меры, направленной на расширение масштабов занятости пожилого населения и снижение риска их социальной изоляции или зависимости на более поздних этапах жизни. Эту меру необходимо поощрять путем проведения такой политики, как: расширение масштабов участия пожилых женщин; обеспечение связанных с производственной деятельностью медико-санитарных услуг с упором на профилактику; поощрение охраны труда и производственной безопасности в целях сохранения работоспособности; обеспечение доступа к технологии, обучение в течение всей жизни, непрерывное обучение, профессиональная подготовка без отрыва от производства, профессиональная реабилитация и гибкие механизмы выхода на пенсию; меры по реинтеграции безработных и инвалидов на рынке труда;

d) реализация особых усилий, направленных на повышение масштабов участия женщин и таких обездоленных групп, как хронические безработные и инвалиды, что позволит снизить риск их социальной изоляции или зависимости на более поздних этапах жизни;

e) поощрение инициатив в области самостоятельной занятости пожилых людей, в частности путем поддержки развития малых и микропредприятий и обеспечения доступа пожилых людей к кредитам на недискриминационных условиях, в частности для женщин;

f) оказание помощи пожилым людям, уже занятым в неформальном секторе, в плане повышения их доходов, роста производительности и улучшения условий труда;

g) устранение возрастных барьеров, затрудняющих выход на организованный рынок труда, путем поощрения найма пожилых людей и заблаговременной нейтрализации факторов, приводящих к дискриминации пожилых работников к сфере труда;

h) внедрение, при необходимости, нового подхода к выходу на пенсию, в рамках которого учитываются потребности

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 272

работника, а также работодателя, в частности путем применения принципа использования гибкой политики и практики выхода на пенсию при сохранении приобретенных пенсионных прав. К числу возможных мер по достижению этой цели могут относиться уменьшение действия стимулов и факторов, обусловливающих досрочный выход на пенсию, и устранение сдерживающих факторов, затрудняющих трудовую деятельность после достижения пенсионного возраста;

i) признание того факта, что все большее число трудящихся несут ответственность за осуществление ухода за пожилыми членами семьи, инвалидами и лицами, страдающими хроническими заболеваниями, включая ВИЧ/СПИД, путем разработки, в частности, учитывающих потребности семьи и женщин стратегий, нацеленных на согласование потребностей трудовой деятельности и ухода за членами семьи;

j) устранение сдерживающих факторов, затрудняющих трудовую деятельность после достижения пенсионного возраста, например посредством защиты приобретенных пенсионных прав, прав на получение пособий по инвалидности и медицинских пособий, от пагубного воздействия отсроченного выхода на пенсию;

k) поощрение новых механизмов трудовой деятельности и новаторской практики на рабочих местах в целях сохранения производственного потенциала и удовлетворения потребностей трудящихся по мере их старения, в частности, путем разработки программ помощи трудящимся;

l) оказание трудящимся поддержки в выработке обоснованных решений о потенциальном воздействии в финансовом, медицинском и других отношениях более продолжительного участия в составе рабочей силы;

m) поощрение реалистичных представлений о профессиональных навыках и способностях пожилых работников путем преодоления пагубных стереотипных представлений о пожилых работниках или кандидатах на ту или иную должность;

n) учет интересов пожилых работников при утверждении директивными органами решений о слиянии предприятий, с тем чтобы они не подвергались воздействию еще более неблагоприятных факторов, сокращению пособий или потере занятости по сравнению с их более молодыми партнерами.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 273

Проблема 3: Развитие, миграция и урбанизация сельских районов

29) Во многих развивающихся странах и странах с переходной экономикой проблема старения населения является актуальной в сельских районах, что обусловлено оттоком молодежи из сельской местности. В этих условиях пожилые люди могут лишаться традиционной поддержки со стороны семьи и даже оставаться без адекватных финансовых средств. Стратегии и программы в области продовольственной безопасности и сельскохозяйственного производства должны разрабатываться с учетом последствий старения сельского населения. Пожилые женщины в сельских районах являются особенно уязвимыми в экономическом плане прежде всего тогда, когда их роль ограничивается выполнением неоплачиваемой работы на дому, а их поддержка и выживание зависят от помощи других лиц. Пожилые люди в сельских районах развитых стран и стран с переходной экономикой по-прежнему нередко не обеспечены основными услугами и не обладают достаточным объемом экономических и общинных ресурсов.

30) Несмотря на ограничения законной международной миграции, происходит расширение миграционных потоков в международных масштабах. В развивающихся странах и странах с переходной экономикой экономическая поддержка, в том числе в форме денежных переводов, поступающих от работающих за границей детей, зачастую является жизненно важным «спасательным кругом» для пожилых людей, а благодаря им — и для их общин и местной экономики. По мере того, как переехавшие несколько десятилетий назад в другие страны мигранты стареют, некоторые правительства стремятся изыскивать пути оказания им помощи.

31) По сравнению с сельскими районами условия жизни в городах обычно в меньшей степени способствуют сохранению традиционных семей, состоящих из нескольких поколений, и систем оказания взаимопомощи членами семьи. В развивающихся странах пожилые мигранты, переезжающие из сельской местности в города, часто лишаются в результате этого необходимых социальных связей и страдают от отсутствия надлежащей инфраструктуры в городах, что может являться причиной их маргинализации и изоляции, особенно если они заболевают или становятся инвалидами. В тех странах, в которых на протяжении многих лет отмечалась тенденция к миграции населения из сельских районов в города и к росту городов с недостаточно развитой инфраструк-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 274

турой, постоянно возрастает число пожилых бедняков. В развивающихся странах и странах с переходной экономикой переезд в город пожилых мигрантов часто влечет за собой проживание в перенаселенных домах, обнищание, утрату экономической самостоятельности и практически полное отсутствие ухода и социального обеспечения со стороны членов семьи, которые вынуждены зарабатывать себе на жизнь вне дома.

32) Цель 1: Улучшение условий жизни и инфраструктуры в сельских районах.

Меры

a) Расширение возможностей пожилых фермеров на основе обеспечения их постоянного доступа к финансовым услугам и услугам, связанным с использованием инфраструктуры, а также к более эффективным методам ведения сельского хозяйства и технологиям;

b) оказание содействия в целях создания и активизации деятельности по созданию мелких предприятий путем разработки проектов, позволяющих населению получать доход, а также путем учреждения сельских кооперативов и расширения экономической диверсификации;

c) содействие развитию системы финансовых услуг на местах, в том числе механизмов предоставления микрокредитов и учреждений по обеспечению микрофинансирования, в тех районах, где они недостаточно развиты, с целью поощрять население к инвестированию сбережений;

d) поощрение в сельских и отдаленных районах непрерывного образования, профессиональной подготовки и переподготовки взрослого населения;

e) создание возможностей для того, чтобы жители сельских и отдаленных районов были информированы о функционировании основанной на знаниях экономики и общества;

f) обеспечение учета прав пожилых женщин в сельских и отдаленных районах в плане их равноправного доступа к экономическим ресурсам и контролю над этими ресурсами;

g) поощрение мер надлежащей социальной защиты/социального обеспечения пожилых людей в сельских и отдаленных районах;

h) обеспечение для пожилых людей в сельских и отдаленных районах равного доступа к основным социальным услугам.

33) Цель 2: Смягчение проблемы маргинализации пожилых людей в сельских районах.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 275

Меры

a) Разработка и осуществление программ и оказание услуг, позволяющих пожилым людям в сельских районах, в том числе пожилым инвалидам, сохранять свою независимость;

b) содействие функционированию и укрепление традиционных механизмов оказания поддержки в сельских районах и на уровне общин;

c) уделение основного внимания оказанию в сельских районах поддержки пожилым людям, не имеющим родственников, особенно пожилым женщинам, которые обычно доживают до преклонного возраста, причем чаще всего имея меньше необходимых ресурсов, чем другие пожилые люди;

d) уделение приоритетного внимания расширению прав и возможностей пожилых женщин в сельских районах путем обеспечения их доступа к финансовым услугам и услугам, связанным с использованием инфраструктуры;

e) поощрение новаторских механизмов поддержки в сельских районах и на уровне общин, в том числе тех механизмов, которые способствуют обмену знаниями и опытом между пожилыми людьми.

34) Цель 3: Интеграция пожилых мигрантов в новых общинах.

Меры

a) Поощрение создания таких сетей социальной поддержки, которые облегчают жизнь пожилых мигрантов;

b) разработка мер по оказанию пожилым мигрантам помощи в достижении на устойчивой основе экономической безопасности и безопасности в области охраны здоровья;

c) разработка осуществляемых на уровне общин таких мер в целях предотвращения или смягчения негативных последствий урбанизации, как создание центров общения пожилых людей;

d) содействие проектированию таких жилых домов и помещений, которые позволяют представителям разных поколений одной семьи проживать вместе, в тех случаях, когда это сообразуется с культурными традициями и пожеланиями отдельных лиц;

e) оказание семьям помощи, с тем чтобы пожилые члены семьи, которые желают этого, могли проживать вместе со своими родственниками;

f) разработка политики и программ, которые, по мере необходимости и в соответствии с национальным законодательством,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 276

содействуют интеграции пожилых мигрантов в социальную, культурную, политическую и экономическую жизнь стран назначения и поощряют уважительное отношение к этим мигрантам;

g) устранение языковых и культурных барьеров при обеспечении государственных услуг для пожилых мигрантов.

Проблема 4: Доступ к знаниям, образованию и профессиональной подготовке

35) Образование является одной из чрезвычайно важных предпосылок активной и полноценной жизни. В ходе Саммита тысячелетия было взято обязательство обеспечить, чтобы к 2015 г. все дети имели возможность получить в полном объеме начальное школьное образование. Для создания общества, функционирующего на основе знаний, необходима разработка таких стратегий, которые позволяют обеспечивать человеку на протяжении всей его жизни доступ к образованию и профессиональной подготовке. Непрерывное образование и профессиональная подготовка являются весьма важными факторами обеспечения производительности как отдельных работников, так и национальной экономики.

36) В настоящее время в развивающихся странах имеется большое число людей, которые, будучи в преклонном возрасте, практически не знают грамоты и счета, что ограничивает их возможности в плане получения средств к существованию и может таким образом отражаться на их здоровье и благосостоянии. Во всех странах доступ к образованию и профессиональной подготовке на протяжении всей жизни также является одной из предпосылок обеспечения занятости пожилых людей.

37) Рабочее место, на котором представлены лица разных возрастных групп, создает условия для обмена профессиональными навыками, знаниями и опытом между отдельными лицами. Подобный вид взаимной профессиональной подготовки может быть формализован в виде коллективных соглашений и стратегий или осуществляться в рамках неформальной практики.

38) В отсутствие возможности получать образование и профессиональную подготовку развитие технологии может стать причиной отчуждения пожилых людей. Расширение доступа к образованию в более молодом возрасте принесет пользу и поможет людям адаптироваться к технологическим преобразованиям в пожилом возрасте. Однако, несмотря на такой доступ, во многих районах мира по-прежнему сохраняется высокий уровень негра-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 277

мотности. Технология может способствовать объединению людей, содействуя тем самым уменьшению степени маргинализации, изоляции и разобщенности представителей разных возрастных групп. Поэтому следует принимать меры по обеспечению доступа пожилых людей к технологии и их адаптации к технологическим преобразованиям.

39) Профессиональная подготовка, переподготовка и образование являются важными факторами определения возможностей работника выполнять работу и адаптироваться к изменениям на рабочем месте. Технологические и организационные преобразования могут стать причиной устарения профессиональных навыков того или иного работника и радикального снижения ценности, придаваемой ранее накопленному производственному опыту. Следует уделять больше внимания расширению доступа занятых в рамках рабочей силы пожилых людей к возможностям получения знаний, образования и профессиональной подготовки. Эти лица нередко сталкиваются с более значительными трудностями в деле адаптации к технологическим и организационным изменениям по сравнению с более молодыми работниками, в частности при рассмотрении вопроса о все более широком использовании информационных технологий.

40) Цель 1: Равенство в плане возможностей на протяжении всей жизни в том, что касается непрерывного образования, профессиональной подготовки и переподготовки, а также услуг по профориентации и трудоустройству.

Меры

a) Обеспечение к 2015 г. 50-процентного повышения уровня грамотности взрослых, в особенности женщин, и предоставление всем взрослым равноправного доступа к базовому и непрерывному образованию;

b) поощрение и пропаганда обучения грамоте и счету наряду с приобретением технических профессиональных навыков пожилых людей и стареющей рабочей силы, включая специализированное обучение грамоте пожилых инвалидов и их профессиональную подготовку по использованию компьютеров;

c) осуществление стратегий, которые позволяют обеспечить доступ к профессиональной подготовке и переподготовке пожилых работников и стимулируют их к дальнейшему использованию приобретенных ими знаний и профессиональных навыков после выхода на пенсию;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 278

d) обеспечение того, чтобы все могли пользоваться благами новых технологий, особенно информационных и коммуникационных технологий, с учетом потребностей пожилых женщин;

e) подготовка и распространение среди пожилых людей информации, которая поможет им эффективно работать с современными технологическими средствами, используемыми в повседневной жизни;

f) поощрение разработки компьютерных технологий, а также печатных и аудиоматериалов, обеспечивающих учет изменений в плане физических возможностей и возможностей зрения у пожилых людей;

g) поощрение дальнейших научных исследований в целях более эффективного определения соотношения между профессиональной подготовкой и производительностью, с тем чтобы убедительно продемонстрировать как работодателям, так и работникам преимущества непрерывной профессиональной подготовки и образования пожилых людей;

i) повышение уровня информированности организаций работодателей и трудящихся о целесообразности переподготовки пожилых работников, в частности женщин.

41) Цель 2: Полное использование потенциала и специальных знаний людей всех возрастов на основе признания того факта, что опыт приходит с возрастом.

Меры

a) Рассмотрение мер по обеспечению полного использования потенциала и специальных знаний пожилых людей в области образования;

b) создание в рамках учебных программ возможностей для обмена знаниями и опытом между поколениями, включая использование новых технологий;

c) обеспечение пожилым людям возможности выполнять функции наставников, посредников и советчиков;

d) поощрение и поддержка мероприятий по оказанию традиционной и нетрадиционной взаимопомощи представителями различных поколений в семье, районе и общине при обеспечении четкой гендерной перспективы;

e) поощрение добровольцев из числа пожилых людей к тому, чтобы они делились своими знаниями во всех областях деятельности, в частности в области информационных технологий;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 279

f) поощрение использования социально-культурных и просветительских знаний и потенциала пожилых людей.

Проблема 5: Солидарность между представителями разных поколений

42) Солидарность между поколениями на всех уровнях — в семье, в общине и в масштабах всей страны — является одним из основополагающих принципов создания общества для людей всех возрастов. Солидарность также является одной из основных предпосылок социальной сплоченности и создания основы, на которой зиждется функционирование формальной системы государственного социального обеспечения и неформальной системы ухода. Изменения в демографической, социальной и экономической областях обусловливают необходимость корректировки систем пенсионного обеспечения, социального страхования, здравоохранения и долгосрочного ухода, с тем чтобы обеспечить устойчивый экономический рост и развитие, а также эффективное получение людьми на устойчивой основе адекватного дохода и услуг.

43) Что касается семьи и общины, то связи между поколениями могут иметь ценность для всех их членов. Несмотря на мобильность людей в географическом плане и на другие факторы современной жизни, в силу которых представители разных поколений в семьях и общинах живут порознь, подавляющее большинство представляющих все культуры людей поддерживают тесные отношения со своей семьей на протяжении всей жизни. Такие отношения имеют обоюдный характер: пожилые люди зачастую вносят значительный финансовый вклад и, что чрезвычайно важно, вклад в плане обучения внуков и других родственников и ухода за ними. Всем группам общества, включая правительства, следует стремиться к укреплению таких связей. Тем не менее важно понимать, что совместное проживание пожилых людей с представителями более молодых поколений их семьи не всегда является для них предпочтительным или наилучшим вариантом.

44) Цель 1: Укрепление солидарности между поколениями на основе принципа справедливости и взаимопомощи между поколениями.

Меры

a) Разъяснение в рамках системы государственного образования того, что старение населения представляет собой актуальную проблему для всего общества;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 280

b) проведение обзора существующих стратегий с целью обеспечить, чтобы они содействовали укреплению солидарности между поколениями и тем самым способствовали социальной сплоченности;

c) разработка инициатив, содействующих взаимообогащающему и продуктивному обмену опытом и знаниями между поколениями, с целью обеспечить, чтобы пожилые люди рассматривались в качестве одного из ресурсов общества;

d) максимальное расширение возможностей, позволяющих поддерживать и укреплять отношения между поколениями в рамках местных общин, в частности путем содействия проведению встреч представителей всех возрастных групп и недопущения сегрегации по возрастному признаку;

e) рассмотрение необходимости решения конкретных проблем представителей поколения, которое вынуждено одновременно обеспечивать уход за своими родителями, детьми и внуками;

f) пропаганда и усиление солидарности между поколениями и взаимной поддержки в качестве ключевого элемента социального развития;

g) организация исследований, посвященных изучению преимуществ и недостатков условий жизни пожилых людей, в том числе проблеме совместного проживания членов одной семьи и самостоятельного проживания, в различных культурах и условиях.

Проблема 6: Ликвидация нищеты

45) Ликвидация нищеты среди пожилых людей является одной из главных целей Международного плана действий по проблемам старения. Хотя в последнее время в международном масштабе внимание в большей степени сосредоточено на достижении целевых показателей и осуществлении стратегии в области искоренения нищеты, пожилые люди во многих странах по-прежнему, как правило, не охватываются этими стратегиями и программами. Там, где нищета является повсеместным явлением, люди, прожившие всю жизнь в нищете, зачастую стоят перед перспективой провести остаток своей жизни в еще большей нищете.

46) Что касается женщин, то перекосы в системах социальной защиты, особенно те, которые обусловлены необходимостью наличия непрерывного стажа работы, ведут к дальнейшей феминизации нищеты. Определяемые признаком пола виды неравенства и различий в отношении принятия экономических решений, не-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 281

пропорциональное распределение неоплачиваемого труда между женщинами и мужчинами, отсутствие технической и финансовой поддержки предпринимательской деятельности женщин, неравный доступ к капиталам и контроль над ними, особенно в отношении наделения земельными ресурсами и получении кредитов и доступности рынков труда, а также наносящие ущерб традиции и обычаи ограничивают экономические возможности женщин и усугубляют процесс феминизации нищеты. Во многих обществах нищета в первую очередь угрожает домашним хозяйствам, возглавляемым женщинами, включая разведенных, отдельно проживающих женщин и незамужних женщин и вдов. Необходимы особые меры социальной защиты для решения проблемы феминизации нищеты, прежде всего среди пожилых женщин.

47) Пожилым инвалидам нищета также угрожает больше, чем другим пожилым людям, что частично обусловлено дискриминацией на рабочих местах, включая дискриминацию со стороны работодателей и отсутствие необходимым образом оборудованных рабочих мест, отвечающих их потребностям.

48) Цель 1: Сокращение масштабов нищеты среди пожилых людей.

Меры

a) Обеспечение уменьшения доли лиц, живущих в условиях крайней нищеты к 2015 г. в 2 раза;

b) охват пожилых людей стратегиями и программами, которые направлена на достижение целевого показателя в области уменьшения масштабов нищеты;

c) поощрение равных возможностей для пожилых людей в плане занятости и получения доходов, доступа к кредитам, рынкам и активам;

d) обеспечение осуществления специальных мер в рамках стратегий в области искоренения нищеты и программ осуществления в целях удовлетворения особых потребностей пожилых женщин, старожилов, пожилых инвалидов и одиноких людей;

e) разработка по мере необходимости и на всех надлежащих уровнях половозрастных показателей нищеты в качестве эффективного средства определения потребностей малоимущих пожилых женщин и поощрение использования имеющихся показателей нищеты, с тем чтобы проводить обзоры по половозрастным группам;

f) поддержка принципиально новых программ расширения возможностей пожилых лиц, прежде всего женщин, с точки

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 282

зрения их вклада в направленные на искоренение нищеты усилия в области развития и получение ими от них выгод;

g) укрепление международного сотрудничества для содействия национальным усилиям по искоренению нищеты в соответствии с согласованными на международном уровне целями в интересах обеспечения устойчивой социально-экономической поддержки пожилых людей;

h) укрепление потенциала развивающихся стран в деле преодоления препятствий на пути их участия в мировой экономике в условиях растущей глобализации, с тем чтобы помочь им в их усилиях по искоренению нищеты, в частности нищеты среди пожилых людей.

Проблема 7: Гарантия дохода, социальная защита/социальное обеспечение и профилактика нищеты

49) Системы, обеспечивающие гарантию дохода и социальную защиту/социальное обеспечение, функционирующие как за счет соответствующих отчислений, так и на иной основе, включают как неформальные, так и четко структурированные программы. Они представляют собой основу экономического процветания и социальной сплоченности.

50) Последствия глобализации, осуществление программ структурной перестройки, финансовые трудности и увеличение числа пожилых людей обычно рассматриваются как факторы, оказывающие «давление» на формальные системы социальной защиты/социального обеспечения. Огромное значение имеет обеспечение на устойчивой основе гарантий получения людьми адекватного дохода. В развивающихся странах, где имеется слабая формальная система социальной защиты/социального обеспечения, население оказывается уязвимым перед лицом рыночных потрясений, а отдельные люди могут оставаться без средств к существованию, что создает трудности для неформальной системы оказания поддержки в рамках семьи. В странах с переходной экономикой экономические преобразования привели к обнищанию целых слоев населения, особенно пожилых людей и многих семей, имеющих детей. Там, где это произошло, гиперинфляция практически лишила людей пенсий по возрасту и выплат по нетрудоспособности, пособий на лечение и сбережений.

51) Для решения проблемы феминизации нищеты, особенно среди пожилых женщин, необходимы надлежащие меры социальной защиты/социального обеспечения.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 283

52) Цель 1: Содействие осуществлению программ, дающих возможность всем работникам пользоваться базовой системой социальной защиты/социального обеспечения, в том числе, в соответствующих случаях, правом на получение пенсии, выплат по нетрудоспособности и медицинских льгот.

Меры

a) Разработка и осуществление политики, направленной на обеспечение надлежащей экономической и социальной защиты всех лиц пожилого возраста;

b) достижение равенства между мужчинами и женщинами в рамках систем социальной защиты/социального обеспечения;

c) достижение, в надлежащих случаях, того, чтобы системы социальной защиты/социального обеспечения охватывали все большее число лиц, занятых как в формальных, так и неформальных секторах;

d) разработка нетрадиционных программ социальной защиты/социального обеспечения для лиц, занятых в неформальном секторе;

e) внедрение программ, содействующих занятости низкоквалифицированных пожилых работников, и предоставление им доступа к системам социальной защиты/социального страхования;

f) стремление к обеспечению надежности, устойчивости, платежеспособности и транспарентности систем пенсионного обеспечения и, по мере возможности, страхование по нетрудоспособности;

g) создание нормативно-правовых рамок для частного и дополнительного пенсионного обеспечения и, по мере возможности, страхования по нетрудоспособности;

h) консультирование пожилых людей по всем вопросам социальной защиты/социального обеспечения.

53) Цель 2: Обеспечение пожилых людей достаточным минимальным доходом на основе уделения особого внимания неблагополучным в социально-экономическом плане группам населения.

Меры

a) Рассмотрение вопроса о создании в надлежащих случаях не основанной на отчислениях пенсионной системы и системы выплат по нетрудоспособности;

b) создание в срочном порядке систем социальной защиты/социального обеспечения, если они отсутствуют, для гарантий минимального дохода пожилым людям, не имеющим других

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 284

средств к существованию, большинство которых — женщины, особенно одиноким людям, которые, как правило, более уязвимы перед лицом нищеты;

c) принятие во внимание, в надлежащих случаях, уровня жизни пожилых людей за периоды, когда происходит реформирование пенсионных систем и системы страхования по нетрудоспособности;

d) реализация мер, призванных, в надлежащих случаях, смягчить последствия гиперинфляции для систем пенсионного обеспечения, страхования по нетрудоспособности и для сбережений населения;

e) обращение к международным организациям, в частности международным финансовым учреждениям, с призывом оказать, согласно их мандатам, поддержку развивающимся странам и всем нуждающимся странам в их усилиях по обеспечению основных видов социальной защиты, прежде всего для пожилых людей.

Проблема 8: Чрезвычайные ситуации

54) В чрезвычайных ситуациях, таких, как стихийные бедствия, и в других гуманитарных чрезвычайных ситуациях особенно уязвимы пожилые люди, о чем необходимо помнить, так как они могут оказаться вдали от семьи и друзей и им будет труднее найти еду и приют. Кроме того, на них могут быть возложены основные обязанности по уходу за другими людьми. Правительства и международные учреждения по оказанию чрезвычайной помощи должны признавать тот факт, что пожилые люди в состоянии внести положительный вклад в ликвидацию последствий чрезвычайных ситуаций путем участия в деятельности по восстановлению и реконструкции.

55) Цель 1: Доступ пожилых людей на справедливой основе к продовольствию, жилью и медицинскому и другому обслуживанию в периоды стихийных бедствий и других чрезвычайных гуманитарных ситуаций и после них.

Меры

a) Принятие конкретных мер в целях защиты пожилых людей и оказания им помощи в условиях вооруженного конфликта и иностранной оккупации, в том числе предоставление услуг по физической и психической реабилитации оказавшимся в такой ситуации инвалидам;

b) обращение к правительствам с призывом предоставлять защиту, содействие и гуманитарную помощь и чрезвычайную

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 285

гуманитарную помощь пожилым людям в ситуациях перемещения населения внутри страны в соответствии с резолюциями Генеральной Ассамблеи;

c) поиск и идентификация пожилых людей в периоды чрезвычайных ситуаций и обеспечение учета их вклада и их уязвимости в контексте докладов об оценке потребностей;

d) повышение уровня информированности сотрудников учреждений, занимающихся оказанием чрезвычайной помощи, о специфических аспектах физического состояния и здоровья пожилых людей и о путях адаптации мероприятий по удовлетворению основных потребностей к их запросам;

e) принятие мер по обеспечению наличия надлежащих услуг, физического доступа пожилых людей к ним и вовлечения их, в надлежащих случаях, в процесс планирования и предоставления услуг;

f) признание того факта, что пожилые беженцы — представители различных культур, оказавшись в новых, незнакомых условиях, зачастую нуждаются в особых видах социальной защиты и дополнительной поддержке, и обеспечение для них физического доступа к таким видам услуг;

g) уделение особого внимания оказанию помощи пожилым людям и разработке соответствующих руководящих принципов в контексте планов по оказанию чрезвычайной помощи в случае стихийных бедствий, включая готовность к стихийным бедствиям, профессиональную подготовку работников, занимающихся оказанием чрезвычайной помощи, а также наличие соответствующих услуг и товаров;

h) оказание пожилым людям помощи в восстановлении семейных и социальных связей и снятие у них посттравматического стресса;

i) внедрение после стихийных бедствий механизмов, позволяющих обеспечить, чтобы пожилые люди не становились объектом злоупотреблений и финансовой эксплуатации со стороны мошенников;

j) повышение уровня осведомленности и защиты пожилых людей в том, что касается физической, психологической, сексуальной или финансовой эксплуатации в чрезвычайных ситуациях, с уделением особого внимания тем конкретным рискам, с которыми сталкиваются женщины;

k) поощрение более целенаправленного включения пожилых беженцев во все аспекты планирования и осуществления

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 286

программ, в частности путем содействия самоподдержке активных людей и осуществления общинами инициатив по уходу за долгожителями;

l) поощрение международного сотрудничества, в том числе путем совместного несения расходов и координации гуманитарной помощи, в странах, пострадавших от стихийных бедствий и других чрезвычайных гуманитарных ситуаций и в период после конфликтов в формах, которые способствовали бы восстановлению и долгосрочному развитию.

56) Цель 2: Увеличение вклада пожилых людей в возрождение и восстановление общин и социальной структуры общества после чрезвычайных ситуаций.

Меры

a) Охват пожилых людей мероприятиями в рамках программ по оказанию чрезвычайной помощи общинам и по их восстановлению, в том числе путем выявления уязвимых пожилых людей и оказания им помощи;

b) признание потенциально важной роли пожилых людей как глав семей и общин с точки зрения образования, коммуникации и урегулирования конфликта;

c) оказание пожилым людям помощи в восстановлении их экономической самостоятельности путем осуществления проектов реконструкции, включая получение доходов, осуществление учебных программ и профессиональную деятельность, с учетом особых потребностей пожилых женщин;

d) оказание правовой консультативно-информационной помощи пожилым людям в тех случаях, когда они становятся перемещенными лицами или лишаются принадлежащей им земли и другого производственного и личного имущества;

e) уделение особого внимания пожилым людям в контексте программ и пакетов гуманитарной помощи во время стихийных бедствий и других чрезвычайных гуманитарных ситуаций;

f) взаимное использование и применение, в надлежащих случаях, опыта, накопленного в результате успешного задействования вклада пожилых людей после окончания чрезвычайных ситуаций.

B. Приоритетное направление II: Обеспечение здравоохранения и благосостояния в пожилом возрасте

57) Хорошее здоровье является жизненно важным достоянием каждого человека. Поэтому для обеспечения экономического

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 287

роста и развития общества чрезвычайно важное значение имеет хорошее состояние здоровья всего населения в целом. Здоровье в пожилом возрасте все еще не является достоянием всех людей планеты, о чем свидетельствует тот факт, что в целых странах, особенно развивающихся странах, и по некоторым группам населения по-прежнему отмечаются чрезвычайно высокие показатели смертности и заболеваемости среди всех возрастных групп.

58) Пожилые люди имеют полное право на доступ к профилактическому и иному лечению, включая реабилитационный уход и охрану репродуктивного здоровья. Всесторонний доступ пожилых людей к медицинскому обслуживанию и услугам, включая профилактику заболеваний, предусматривает признание того, что укрепление здоровья населения и профилактика заболеваний на протяжении всей жизни должны быть ориентированы на сохранение самостоятельности в плане ухода за собой, профилактику и замедление течения болезни и лечение инвалидности, а также на повышение качества жизни пожилых людей, которые уже являются инвалидами. Система здравоохранения и оказание медицинских услуг должны включать необходимую подготовку кадров и создание учреждений, удовлетворяющих особые потребности пожилого населения.

59) Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не лишь как отсутствие тех или иных болезней или недугов. Для того чтобы дожить до старости и сохранить при этом хорошее здоровье и благосостояние, каждый человек должен на протяжении всей своей жизни предпринимать соответствующие усилия, и при этом необходимо, чтобы жизнь его протекала в здоровой окружающей среде. Каждый человек обязан вести здоровый образ жизни, в то время как правительство обязано создавать благоприятные условия, которые позволяют сохранять хорошее здоровье и благосостояние до преклонных лет. В силу причин как гуманитарного, так и экономического характера необходимо обеспечивать пожилым людям такой же доступ к профилактике и лечению заболеваний и к реабилитации, как и представителям других групп. В то же время в сфере здравоохранения необходимо обеспечить оказание медицинских услуг, рассчитанных на удовлетворение особых потребностей пожилых людей, принимая во внимание, в необходимых случаях, включение гериатрической медицины в соответствующие учебные планы университетов и системы здравоохранения.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 288

Помимо органов государственного управления существуют другие важные субъекты, в частности неправительственные организации и семьи, которые помогают отдельным лицам вести здоровый образ жизни, тесно сотрудничая с органами государственного управления в деле создания благоприятных для этого условий.

60) В настоящее время во всех регионах мира происходит изменение эпидемиологической обстановки, свидетельствующее о том, что основными заболеваниями среди людей становятся не инфекционные и инвазионные заболевания, как это было раньше, а хронические и дегенеративные заболевания. При этом многие развивающиеся страны и страны с переходной экономикой несут на себе двойное бремя, будучи вынуждены бороться с новыми инфекционными заболеваниями или заболеваниями, которые ранее находились под контролем, такими, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия, и при этом противостоять все возрастающей угрозе неинфекционных заболеваний.

61) Рост потребностей в уходе и лечении со стороны стареющего населения требует соответствующей стратегии. Отсутствие такой стратегии может привести к серьезному увеличению соответствующих издержек. Стратегии, которые поощряют укрепление здоровья на протяжении всей жизни, включая лечение и профилактику заболеваний, уход, реабилитацию, при соответствующих показаниях, услуги по охране психического здоровья, поощрение ведения активного образа жизни и создание благоприятных для этого условий, могут понизить уровень инвалидности среди пожилых людей, а это, в свою очередь, приведет к экономии бюджетных средств.

Проблема 1: Укрепление здоровья и благосостояния на протяжении всей жизни

62) Укрепление здоровья предполагает наличие контроля за его состоянием и его улучшение. Основные стратегии деятельности в этой области изложены в Оттавской хартии укрепления здоровья (1986 г.). На Международной конференции по народонаселению и развитию (1994 г.) были поставлены цели увеличения продолжительности здоровой жизни, повышения качества жизни для всех, снижения показателей смертности и заболеваемости и увеличения средней продолжительности жизни. Осуществление рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по совершенствованию систем здравоохранения и обеспечению доступа к надлежащему медико-санитарному обслуживанию позволяет добиться более эффективного осуществления этих целей.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 289

63) Важнейшим условием поддержания здоровья в пожилом возрасте являются меры по укреплению здоровья и наличие равного доступа пожилых людей к здравоохранению и медицинским услугам, которые включают профилактику заболеваний на протяжении всей жизни. Подход с точки зрения ухода на протяжении всей жизни требует признания того, что деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний должна быть направлена на сохранение самостоятельности в плане ухода за собой, профилактику и замедление течения болезни и инвалидности, обеспечение лечения, а также на повышение активности и качества жизни пожилых людей, которые уже являются инвалидами.

64) Поддержание и улучшение состояния здоровья требует не только конкретных мероприятий по охране здоровья отдельных людей. На состоянии здоровья населения в значительной степени сказываются экологические, экономические и социальные факторы, включая физическую окружающую среду, географические условия, систему образования, занятость, возможность получения доходов, социальный статус, социальную поддержку, особенности культуры и половая принадлежность. Улучшение экономического и социального положения пожилых людей приведет к укреплению также их здоровья. Несмотря на совершенствование соответствующего законодательства и улучшение качества медико-санитарного обслуживания, женщины на протяжении всей жизни по-прежнему лишены равных возможностей во многих областях. Для женщин укрепление их благосостояния в пожилом возрасте имеет особо важное значение, поскольку они постоянно сталкиваются с различными препятствиями, которые в конечном итоге сказываются на их социальном и экономическом положении и физическом и психологическом благополучии в пожилом возрасте.

65) Дети и пожилые люди в большей степени, чем лица других возрастных категорий, подвержены пагубному воздействию различных форм загрязнения окружающей среды и в большей степени страдают даже от самых незначительных уровней загрязнения. Загрязнение окружающей среды сказывается не только на состоянии здоровья, но и снижает производительность труда и ухудшает качество жизни людей по мере их старения. Недостаточное и нерациональное питание также создает для пожилых людей гораздо более серьезную проблему и может самым негативным образом отразиться на состоянии их здоровья и

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 290

способности вести активный образ жизни. Основные причины заболеваемости, инвалидности и смертности в пожилом возрасте могут быть во многом устранены посредством мер укрепления здоровья и профилактики заболевания, особое внимание в рамках которых должно уделяться, в частности, питанию, физической активности и отказу от курения.

66) Цель 1: Уменьшение совокупного воздействия факторов, повышающих риск заболеваемости и, впоследствии, возникновения зависимости, в пожилом возрасте.

Меры

a) Уделение первоочередного внимания политике, направленной на искоренение нищеты, в целях, в частности, улучшения состояния здоровья пожилых людей, особенно неимущих и маргинализированных слоев населения;

b) создание, в надлежащих случаях, условий, позволяющих семьям и общинам обеспечивать уход и защиту стареющего населения;

c) определение конкретных целевых показателей, в частности показателей с разбивкой по признаку пола, для деятельности по улучшению состояния здоровья пожилых людей и снижению уровней инвалидности и смертности;

d) выявление основных экологических и социально-экономических факторов, способствующих развитию заболеваний и инвалидности в пожилом возрасте, и ослабление их воздействия;

e) уделение первоочередного внимания основным известным факторам, ухудшающим здоровье, таким, как нерациональное питание, малоподвижный и нездоровый образ жизни, а также курение и употребление алкоголя, в вопросах укрепления здоровья, санитарного просвещения, профилактики заболеваний и проведения информационных кампаний;

f) принятие комплексных мер, направленных на предупреждение злоупотребления алкоголем, с целью сокращения потребления табачной продукции и вынужденных контактов с курящими лицами в интересах поощрения отказа от потребления табака лицами всех возрастов;

g) осуществление правовых и административных мер и организация кампаний общественной информации и санитарно-пропагандистской деятельности, включая кампании по недопущению контакта с загрязнителями окружающей среды с раннего возраста и на протяжении всей жизни;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 291

h) поощрение безопасного использования всех медикаментов и сведение к минимуму масштабов нецелевого использования медицинских препаратов, получаемых по рецепту врача, посредством надлежащей регламентации и просветительской деятельности на основе привлечения представителей соответствующих отраслей и профессий.

67) Цель 2: Разработка политики, направленной на профилактику заболеваемости среди пожилых людей.

Меры

a) Разработка комплекса мероприятий, направленных на заблаговременное предотвращение заболеваний и профилактику возрастной инвалидности;

b) расширение программ иммунизации для взрослых в качестве превентивной меры;

c) обеспечение того, чтобы программы первичной профилактики и ранней диагностики, разработанные с учетом половых различий, постоянно имелись в наличии и были доступны для лиц пожилого возраста;

d) обеспечение профессиональной подготовки и стимулов для сотрудников социальных служб и служб здравоохранения, с тем чтобы они могли консультировать людей, достигших пожилого возраста, по вопросам, касающимся здорового образа жизни и ухода за собой;

e) уделение внимания опасностям последствий социальной изоляции и психических заболеваний, и уменьшение их негативного воздействия на состояние здоровья пожилых людей посредством оказания поддержки расширению прав и возможностей общин и деятельности групп взаимопомощи, включая программы налаживания связей между лицами той же возрастной категории и организации посещений пожилых людей по месту их жительства, а также посредством содействия активному участию пожилых людей в добровольной деятельности;

f) содействие участию пожилых людей в гражданской и культурной жизни в качестве стратегий борьбы с социальной изоляцией и поддержки усилий по расширению прав и возможностей;

g) неукоснительное осуществление и укрепление, в соответствующих случаях, национальных и международных правил техники безопасности, направленных на предотвращение травм и увечий среди лиц всех возрастных категорий;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 292

h) предотвращение случайных травм посредством обеспечения лучшего понимания их причин и посредством осуществления мер по обеспечению безопасности пешеходов, осуществления программ предотвращения падений, сведения к минимуму источников опасности, включая опасность пожаров, в жилых помещениях и оказания консультативных услуг по вопросам безопасности;

i) разработка на всех уровнях статистических показателей по характерным для пожилого возраста заболеваниям для использования при разработке политики, направленной на профилактику заболеваемости в этой группе;

j) поощрение пожилых людей к ведению или принятию активного и здорового образа жизни, включая физкультуру и спорт.

68) Цель 3: Обеспечение всем лицам пожилого возраста доступа к продовольствию и надлежащему питанию.

Меры

a) Содействие обеспечению равного доступа пожилых людей к чистой воде и безопасным продуктам питания;

b) достижение продовольственной безопасности путем обеспечения безопасного и адекватного с питательной точки зрения снабжения продовольствием как на национальном, так и на международном уровнях. Обеспечение в этой связи того, чтобы продовольствие и медикаменты не использовались в качестве средства политического давления;

c) содействие обеспечению здорового и адекватного питания на протяжении всей жизни, начиная с младенческого возраста, с уделением особого внимания удовлетворению особых потребностей в питании мужчин и женщин на протяжении всего жизненного цикла;

d) поощрение сбалансированного питания для надлежащего пополнения энергии и предотвращения дефицита питательных макро- и микроэлементов, желательно на основе потребления местных продуктов питания, в частности путем определения национальных целей в области питания;

e) уделение особого внимания проблеме нехватки питательных веществ и связанных с ними заболеваний в разработке и осуществлении программ укрепления здоровья пожилых людей и профилактики заболеваний;

f) обеспечение информированности пожилых людей и населения в целом, включая тех, кто осуществляет уход за пожилыми людьми, об особых потребностях этих людей в плане питания,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 293

включая потребление надлежащего количества воды, калорий, белка, витаминов и минеральных веществ;

g) содействие оказанию доступных стоматологических услуг в целях предотвращения и лечения заболеваний, которые могут затруднять процесс потребления пищи и стать причиной недоедания;

h) включение учета особых потребностей пожилых людей в плане питания в программы подготовки медицинского персонала и других специалистов, занимающихся уходом за пожилыми людьми;

i) обеспечение надлежащего и достаточного снабжения доступным продовольствием и продуктами питания для пожилых людей в больницах и других учреждениях, обеспечивающих уход за пожилыми людьми.

Проблема 2: Универсальный и равный доступ к медико-санитарному обслуживанию

69) Капиталовложения в развитие служб здравоохранения и реабилитации, занимающихся пожилыми людьми, способствуют увеличению продолжительности периода их здоровой и активной жизни. Главной целью в этой области является обеспечение широкого диапазона услуг, начиная от укрепления здоровья и профилактики заболеваний до равного обеспечения первичного медико-санитарного обслуживания, лечения заболеваний, проявляющихся в острой форме, решения на общинном уровне проблем хронических заболеваний, физической и психической реабилитации пожилых людей, в том числе пожилых людей с инвалидностью, и паллиативного ухода за пожилыми людьми с болезненными или неизлечимыми недугами или заболеваниями. Эффективный уход за пожилыми людьми предполагает комплексный учет физических, психологических, социальных, духовных и экологических факторов.

70) Первичное медико-санитарное обслуживание является основным медико-санитарным обслуживанием, базирующимся на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, доступных для всех отдельных лиц и семей в общине благодаря их всестороннему участию и при ценах, которые общины и страны могут себе позволить на каждой стадии своего развития в духе опоры на собственные силы и в духе самоопределения. Доступу пожилых лиц к медико-санитарному обслуживанию могут препятствовать финансовые, физические, психологические и юридические факторы. При получении таких

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 294

услуг они могут также сталкиваться с возрастной дискриминацией и дискриминацией по признаку возрастной инвалидности в силу того, что их лечение может представляться менее целесообразным, чем лечение более молодых людей.

71) Мы признаем серьезный характер проблем в области здравоохранения, затрагивающих многие развивающиеся страны и наименее развитые страны, особенно проблем, связанных с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и другими эпидемическими заболеваниями. Мы подчеркиваем необходимость того, чтобы Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности Всемирной торговой организации являлось элементом более масштабных национальных и международных действий по решению этих проблем.

72) Охрана интеллектуальной собственности имеет важное значение для разработки новых медикаментов. Мы признаем также обеспокоенность ее воздействия на цены. Мы согласны с тем, что Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности не мешает и не должно мешать государствамчленам принимать меры по охране здоровья населения. Соответственно, вновь заявляя о своей приверженности Соглашению, мы подтверждаем, что Соглашение может и должно толковаться и осуществляться так, чтобы это способствовало реализации права правительства на охрану здоровья населения и, в частности, способствовало обеспечению доступа к медикаментам для всех.

73) Правительства несут основную ответственность за установление стандартов медико-санитарного обслуживания и за обеспечение их соблюдения, а также за обеспечение медико-санитарного обслуживания людей всех возрастных групп. Партнерское сотрудничество между правительством, гражданским обществом, включая неправительственные и общинные организации, и частным сектором является важным вкладом в предоставление услуг пожилым людям и в обеспечение ухода за ними. Однако существенно важно признать, что услуги, предоставляемые семьями и общинами, не могут заменить эффективную систему здравоохранения.

74) Цель 1: Устранение проявлений социального и экономического неравенства по возрастному признаку, по признаку пола или по любому иному признаку, включая языковые барьеры, для обеспечения того, чтобы пожилые люди имели универсальный и равный доступ к услугам системы здравоохранения.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 295

Меры

a) Принятие мер для обеспечения равного распределения предназначенных для здравоохранения и реабилитации ресурсов среди пожилых людей и, в частности, расширения доступа к этим ресурсам малоимущих пожилых людей и содействия их распределению в слабо охваченных районах, например в сельских и отдаленных районах, включая обеспечение доступности основных лекарственных средств и других терапевтических мер;

b) содействие обеспечению равного доступа к услугам для малоимущих пожилых людей, а также для пожилых людей, которые проживают в сельских и отдаленных районах, в частности посредством сокращения или отмены потребительских сборов, создания систем медицинского страхования и осуществления других финансовых вспомогательных мер;

c) содействие обеспечению доступности основных лекарственных препаратов и других терапевтических мер;

d) повышение информированности и расширение прав и возможностей пожилых людей в плане выбора и эффективного использования медицинских и реабилитационных услуг;

e) выполнение международных обязательств по обеспечению доступа пожилых людей к первичному медико-санитарному обслуживанию без дискриминации по возрастному признаку и других форм дискриминации;

f) расширение доступа пожилых людей к первичному медико-санитарному обслуживанию и принятие мер для устранения дискриминации по возрастному признаку и других форм дискриминации в системе здравоохранения;

g) использование современной технологии, в частности возможностей телемедицины, если такие имеются, и дистанционного обучения, для устранения географических и материально-технических факторов, ограничивающих доступ к услугам системы здравоохранения в сельских районах.

75) Цель 2: Создание и укрепление служб первичного медико-санитарного обслуживания для удовлетворения потребностей пожилых людей и их вовлечение в этот процесс.

Меры

a) Принятие мер для обеспечения всеобщего и равного доступа к первичному медико-санитарному обслуживанию и создания общинных программ по охране здоровья пожилых людей;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 296

b) оказание поддержки местным общинам в деле предоставления пожилым людям услуг по укреплению здоровья;

c) включение в программы первичного медико-санитарного обслуживания, где это уместно и целесообразно, методов лечения, применяемых в традиционной медицине;

d) организация подготовки сотрудников служб здравоохранения и социального обеспечения в основных вопросах геронтологии и гериатрии;

e) поощрение на всех уровнях мер и стимулов по мобилизации коммерческих предприятий, особенно фармацевтических предприятий, к инвестированию средств в исследования с целью разработки препаратов, которые могли бы предоставляться по доступным ценам для лечения болезней, которым особенно подвержены пожилые люби в развивающихся странах, и обращение ко Всемирной организации здравоохранения с просьбой рассмотреть вопрос о повышении эффективности партнерского сотрудничества между государственным и частным секторами в области медицинских исследований.

76) Цель 3: Создание полного диапазона услуг системы здравоохранения для удовлетворения потребностей пожилых людей.

Меры

a) Создание регламентирующих механизмов надлежащего уровня для установления соответствующих стандартов медицинского обслуживания и реабилитации для пожилых людей;

b) осуществление стратегий развития общин, определяющих основные показатели для оценки потребностей, необходимые для планирования, осуществления и оценки местных программ здравоохранения. Эти основные показатели должны включать сведения, представленные пожилыми людьми;

c) совершенствование координации деятельности служб первичного медико-санитарного обслуживания и социальных служб, а также других общинных служб;

d) поддержка предоставления паллиативного ухода и его интеграции в комплексную систему медицинского обслуживания. Разработка с этой целью стандартов профессиональной подготовки и паллиативного ухода6 и поощрение междисциплинарных подходов в отношении всех сторон, обеспечивающих паллиативный уход;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 297

e) поощрение формирования и координации полного спектра услуг в порядке обеспечения преемственности в уходе, включая профилактику и укрепление здоровья, первичное медико-санитарное обслуживание, лечение острых заболеваний, реабилитацию, уход за хроническими больными и паллиативный уход, с целью гибкого использования ресурсов для удовлетворения различных и изменяющихся потребностей пожилых людей в охране здоровья;

f) создание специализированных геронтологических служб и улучшение координации их деятельности с деятельностью первичных медико-санитарных и социальных служб.

77) Цель 4: Вовлечение пожилых людей в процесс создания и укрепления систем первичного и долгосрочного медико-санитарного обслуживания.

Меры

a) Вовлечение пожилых людей в процесс планирования, осуществления и оценки социальных программ и программ здравоохранения и реабилитации;

b) поощрение сотрудников систем здравоохранения и социального обеспечения к всестороннему вовлечению пожилых людей в процесс принятия решений, касающихся ухода за ними;

c) содействие самостоятельному уходу среди пожилых лиц и максимальное использование их преимуществ и способностей в службах медико-санитарного обслуживания и социального обеспечения;

d) учет потребностей и мнений пожилых людей при определении политики в области здравоохранения.

Проблема 3: Пожилые люди и ВИЧ/СПИД

78) Диагностика ВИЧ/СПИДа среди пожилых людей сопряжена с трудностями в силу того, что симптомы этого инфекционного заболевания могут быть приняты за симптомы других синдромов иммунодефицита, наблюдаемых у пожилых людей. ВИЧ-инфекция представляет бульшую опасность для пожилых людей хотя бы в силу того, что эта категория населения, как правило, не охвачена общественно-информационными кампаниями, вследствие чего пожилые люди не располагают сведениями о том, как защитить себя от этой инфекции.

79) Цель 1: Совершенствование оценки воздействия ВИЧ/СПИДа на здоровье пожилых людей, как инфицированных, так и тех, кто занимается уходом за инфицированными или пережившими их членами семьи.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 298

Меры

a) Обеспечение и расширение сбора данных по ВИЧ/СПИДу с целью оценки масштабов инфицирования ВИЧ/СПИДом среди пожилых людей;

b) уделение особого внимания пожилым людям, обеспечивающим уход за больными ВИЧ/СПИДом, включая сбор качественных и количественных данных о состоянии здоровья и потребностях пожилых людей, оказывающих такие услуги.

80) Цель 2: Предоставление соответствующей информации, профессиональная подготовка по вопросам ухода за больными, лечение, медицинское обслуживание и социальная поддержка пожилых лиц-носителей ВИЧ/СПИДа и тех, кто обеспечивает уход за ними.

Меры

a) Пересмотр, при необходимости, стратегий деятельности по охране здоровья населения и профилактике заболеваний с целью отражения местной эпидемиологии. Информация о профилактике ВИЧ/СПИДа и опасности инфицирования, предназначенная для широких слоев населения, должна отвечать и потребностям пожилых людей;

b) организация подготовки по уходу для пожилых лиц, обеспечивающих такой уход, с тем чтобы они могли эффективно осуществлять уход с минимальными негативными последствиями для их собственного здоровья и благополучия;

c) обеспечение учета в стратегиях лечения больных СПИДом и в стратегиях оказания им поддержки потребностей пожилых людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом.

81) Цель 3: Расширение и признание вклада пожилых людей в развитие в качестве тех, кто заботится о детях с хроническими заболеваниями, включая ВИЧ/СПИД, и в качестве опекунов.

Меры

a) Анализ экономического воздействия ВИЧ/СПИДа на пожилых людей, в частности тех, которые занимаются уходом за больными, как это предусмотрено в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом;

b) осуществление политики, направленной на оказание материальной поддержки, помощи в плане медицинского обслуживания и предоставление займов пожилым людям, занимающимся уходом за больными, с тем чтобы они могли удовлетворять потребности детей и внуков, как это предусмотрено в Декларации тысячелетия;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 299

c) поощрение сотрудничества и взаимодействия между учреждениями и неправительственными организациями, которые занимаются вопросами, касающимися детей, молодежи, пожилых людей и ВИЧ/СПИДа;

d) содействие проведению исследований, направленных на обеспечение лучшего понимания общественностью вклада пожилых людей в социально-экономическое развитие во всех странах, особенно в тех из них, которые серьезно пострадали от эпидемии ВИЧ/СПИДа, и повышение ее информированности об этом вкладе, а также максимально широкое распространение результатов этих исследований.

Проблема 4: Профессиональная подготовка лиц, занимающихся уходом, и работников системы здравоохранения

82) Существует настоятельная необходимость расширения во всем мире гериатрической и геронтологической подготовки всех специалистов, работающих с пожилыми людьми в сфере здравоохранения, и расширения учебных программ по вопросам охраны здоровья и ухода за пожилыми людьми для сотрудников сферы социального обслуживания. Доступ к информации и основной профессиональной подготовке по уходу за пожилыми людьми необходимо предоставить и тем лицам, которые занимаются этим в рамках неформальной деятельности.

83) Цель 1: Предоставление более качественной информации и обеспечение профессиональной подготовки сотрудников системы здравоохранения и социального обеспечения и обслуживающего персонала по вопросам, касающимся потребностей пожилых людей.

Меры

a) Осуществление и поощрение проводимых для специалистов секторов здравоохранения и социального обеспечения, а также для лиц, занимающихся уходом на неформальной основе, учебных программ и программ профессиональной подготовки, касающихся оказания услуг пожилым людям и ухода за ними, включая геронтологический и гериатрический аспекты, и оказание всем странам, особенно развивающимся, поддержки в этих усилиях;

b) осуществление программ непрерывного повышения квалификации для сотрудников медицинских и социальных учреждений с целью содействовать применению комплексного подхода к охране здоровья и обеспечению благосостояния пожилых людей, а также к уходу за ними, включая социальные и психологические аспекты старения;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 300

c) расширение подготовки специалистов в области геронтологии и гериатрии, в том числе посредством целенаправленных усилий по увеличению набора студентов для обучения по этим специальностям.

Проблема 5: Потребности пожилых людей, касающиеся психического здоровья

84) Во всех странах мира основными причинами инвалидности и ухудшения качества жизни являются психологические проблемы. Ясно, что проблемы с психическим здоровьем не являются неизбежным следствием старения, однако в силу старения населения в целом можно ожидать значительного увеличения числа пожилых людей с психическими заболеваниями. Различного рода утраты на жизненном пути и изменения в жизни людей зачастую могут являться причиной широкого круга психических расстройств, которые, если их не выявить с помощью надлежащих средств диагностики, могут привести либо к неправильному лечению, либо к тому, что лечение вообще не будет проводиться, и/или к не являющемуся необходимым с клинической точки зрения направлением людей с такими расстройствами в специальные лечебные учреждения.

85) Стратегии, позволяющие бороться с такими заболеваниями, включают медикаментозное лечение, психосоциальную поддержку, учебные программы для лиц, утрачивающих способность восприятия окружающей действительности, обучение членов семьи и сотрудников социальной сферы методам ухода, а также создание специальных структур для обеспечения ухода в стационаре.

86) Цель 1: Создание всеобъемлющей системы услуг по охране психического здоровья, начиная с профилактики, своевременных терапевтических мер и оказания лечебных услуг и кончая устранением проблем с психическим здоровьем пожилых людей.

Меры

a) Разработка и осуществление национальных и местных стратегий, обеспечивающих более эффективную профилактику, своевременное обнаружение и лечение психических заболеваний у пожилых людей, включая диагностические процедуры, надлежащее медикаментозное лечение, психотерапию и профессиональную подготовку медиков и лиц, занимающихся уходом на неформальной основе;

b) разработка там, где это целесообразно, эффективной стратегии повышения качества оценки и диагностики болезни

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 301

Альцгеймера и аналогичных расстройств на ранней стадии заболевания. Связанные с этими расстройствами исследования следует проводить на многодисциплинарной основе, которая позволяет учитывать потребности больного, специалистов сферы здравоохранения и лиц, занимающихся уходом;

c) обеспечение наличия программ, направленных на оказание помощи лицам с болезнью Альцгеймера и другими психическими расстройствами, связанными со слабоумием, с тем чтобы они могли как можно дольше жить дома, где могли бы удовлетворяться их особые потребности;

d) разработка программ оказания поддержки системам самопомощи и предоставления на временной основе услуг по уходу за больными, семьям и другим лицам, занимающимся обеспечением ухода;

e) разработка программ психосоциальной терапии для оказания помощи в реинтеграции лиц, выписанных из лечебных учреждений;

f) создание всеобъемлющей системы оказания соответствующих услуг на непрерывной основе в общинах, с тем чтобы предотвращать помещение больных в специальные лечебные учреждения без необходимости;

g) создание систем услуг и заведений, которые обеспечивают безопасность, лечение и уважение человеческого достоинства больных, а также позволяют удовлетворять потребности пожилых людей, страдающих психическими расстройствами;

h) оказание содействия информированию общественности о симптомах, лечении, последствиях и прогнозе психических заболеваний;

i) оказание услуг по поддержанию психического здоровья пожилым людям, проживающим в домах по длительному уходу за престарелыми;

j) осуществление на непрерывной основе профессиональной подготовки работников сферы здравоохранения в целях обучения их методам обнаружения и оценки всех психических расстройств и депрессии.

Проблема 6: Пожилые лица и инвалидность

87) С возрастом увеличивается число случаев различных расстройств и инвалидности. В плане инвалидности в пожилом возрасте особенно уязвимыми являются женщины, что обусловлено, в частности, различиями между мужчинами и женщинами в продолжительности жизни и в сопротивляемости заболеваниям, а

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 302

также неравенством между мужчинами и женщинами, которые отмечаются на протяжении всей их жизни.

88) Последствия расстройств и инвалидности зачастую усугубляются негативным стереотипным восприятием инвалидов, в результате чего их способности могут недооцениваться, а проводимая социальная политика может не давать им возможности полностью реализовывать свой потенциал.

89) Проведение специальных мероприятий и создание благоприятных условий для всех пожилых людей имеет важное значение для обеспечения их самостоятельности и расширения возможностей пожилых людей-инвалидов в плане их всестороннего участия во всех аспектах жизни общества. Проблема старения людей, утративших способность адекватно воспринимать окружающую действительность, является одним из факторов, который следует учитывать в процессах планирования и принятия решений.

90) Цель 1: Сохранение максимального функционального потенциала на протяжении всей жизни и содействие всестороннему участию пожилых людей-инвалидов во всех аспектах жизни общества.

Меры

a) Обеспечение того, чтобы учреждения, занимающиеся разработкой национальной политики и координацией программ, связанных с инвалидностью, в своей работе уделяли внимание проблемам, касающимся пожилых людей-инвалидов;

b) разработка, по мере необходимости, национальной и местной политики, законодательств, планов и программ лечения и профилактики инвалидности с учетом факторов здоровья, экологических и социальных факторов;

c) предоставление услуг по физической и психической реабилитации пожилым инвалидам;

d) разработка общинных программ по повышению информированности о причинах инвалидности и о мерах по предотвращению инвалидности или адаптации к ней на протяжении всей жизни;

e) установление стандартов и создание условий с учетом возрастных особенностей в целях предотвращения инвалидности и предотвращения обострения ее симптомов;

f) содействие строительству такого жилья для пожилых людей-инвалидов, которое позволяет уменьшить число препятствий на пути самостоятельного существования и способствует такой самостоятельности; обеспечение пожилым людям-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 303

инвалидам там, где это возможно, доступа в общественные места, транспорт и другие службы, а также в коммерческие здания и службы, открытые для широкой публики;

g) содействие оказанию пожилым людям-инвалидам услуг по реабилитации и надлежащему уходу, а также их доступу к соответствующим технологиям, с тем чтобы они могли удовлетворять свои потребности в услугах в поддержке и всесторонней интеграции в жизнь общества;

h) содействие, согласно соответствующим нормам международного права, включая международные соглашения, доступу всех без какой-либо дискриминации, включая наиболее уязвимые группы населения, к таким фармацевтическим препаратам или медицинским технологиям, а также обеспечению их доступности по ценам для всех, включая обездоленные группы населения;

i) поощрение и содействие созданию организаций самопомощи пожилых людей-инвалидов и лиц, обеспечивающих уход за ними;

j) содействие тому, чтобы работодатели проявляли отзывчивость по отношению к пожилым людям-инвалидам, которые остаются работоспособными и могут выполнять оплачиваемую работу или работу на добровольных началах.

C. Приоритетное направление III: Создание благоприятных условий

91) Содействие созданию благоприятных условий для социального развития является одной из основных целей, согласованных на Всемирной встрече в интересах социального развития. Эта цель была подтверждена и подкреплена на 24-й специальной сессии Генеральной Ассамблеи по социальному развитию. Это обязательство предусматривает выполнение таких основных условий, как: создание транспарентных политических систем, основанных на принципах широкого участия населения и подотчетности и благого управления, на национальном и международном уровнях, как предусмотрено в Декларации тысячелетия; признание универсальности, неделимости, взаимозависимости и взаимосвязи всех прав человека; увеличение внешней помощи развивающимся странам путем оказания официальной помощи в целях развития и облегчения бремени задолженности; признание важной взаимосвязи между природоохранными, экономическими и социальными стратегиями; улучшение доступа развивающихся стран и стран с переходной экономикой на рынки развитых стран; и смягчение негативных последствий

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 304

международных финансовых потрясений. Эти и другие аспекты благоприятных условий и экономический рост и социальное развитие, которым они способствуют, позволят достичь поставленных целей и обеспечить осуществление стратегий, согласованных в настоящем Международном плане действий.

92) Мобилизация национальных и международных ресурсов на цели социального развития является одним из существенных компонентов реализации Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. С 1982 г. все больше внимания уделяется реформам, направленным на содействие эффективному и рациональному использованию имеющихся ресурсов. Вместе с тем неадекватные объемы получаемых и собираемых национальных доходов наряду с новыми проблемами, связанными с социальными услугами и системами социальной защиты и возникшими в результате демографических изменений и других факторов, ставят под угрозу финансирование социальных услуг и систем социальной защиты во многих странах. Все более широкое признание находит мнение о том, что растущее бремя задолженности развивающихся стран — крупнейших должников является непосильным для них и представляет собой один из основных барьеров, препятствующих прогрессу в деле обеспечения устойчивого развития на основе учета интересов людей и искоренения нищеты. Чрезмерное бремя обслуживания задолженности серьезно подрывает возможности многих развивающихся стран, а также стран с переходной экономикой в плане поощрения социального развития и оказания основных услуг.

93) Мы с обеспокоенностью отмечаем имеющиеся в настоящее время оценки, свидетельствующие о катастрофической нехватке ресурсов, необходимых для достижения согласованных на международном уровне целей развития, в том числе целей, содержащихся в Декларации тысячелетия. Для достижения согласованных на международном уровне целей развития, в том числе целей, содержащихся в Декларации тысячелетия, требуется новое партнерство между развитыми и развивающимися странами. Мы заявляем о своей приверженности обоснованной политике, благому управлению на всех уровнях и верховенству закона. Мы также обязуемся мобилизовывать национальные ресурсы, привлекать международные средства, поощрять международную торговлю как движущую силу развития, наращивать международное финансовое и техническое сотрудничество в целях развития, обеспечивать устойчивое финансирование долга и облегчение бремени внешней задолжен-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 305

ности и повышать согласованность и непротиворечивость международных валютной, финансовой и торговой систем.

94) Важное значение имеют также обязательства, касающиеся укрепления политики и программ, направленных на создание социально интегрированного, сплоченного общества для всех — для женщин и мужчин, детей, молодежи и лиц старшего возраста. В каких бы обстоятельствах ни находились люди пожилого возраста, они имеют право жить в условиях, способствующих расширению их возможностей. Хотя некоторые пожилые люди нуждаются в значительной физической поддержке и уходе, большинство из них хотят и могут продолжать вести активный и продуктивный образ жизни, в том числе путем участия в различных видах деятельности на добровольной основе. Нужна политика, которая позволяла бы расширять возможности пожилых людей и способствовала бы их активному участию в жизни общества. Это включает доступ к основным услугам, таким, как чистая вода и адекватное питание. Для этого нужна также политика, которая одновременно способствовала бы развитию личности на протяжении всего жизненного цикла и укрепляла бы независимость, а также обеспечивала бы поддержку социальным институтам, основанным на принципах взаимности и взаимозависимости. Правительства должны играть ключевую роль в формулировании и осуществлении политики, способствующей созданию таких благоприятных условий, наряду с вовлечением в эту деятельность гражданского общества и самих пожилых лиц.

Проблема 1: Жилье и условия жизни

95) Жилье и окружающая среда имеют особое значение для пожилых людей в силу таких факторов, как: доступность и безопасность; финансовое бремя, с которым сопряжено содержание дома; а также важная эмоциональная и психологическая безопасность, которую обеспечивает дом. Важно также, чтобы там, где это возможно, пожилым людям предоставлялись адекватные возможности выбора места проживания, что является фактором, который необходимо учитывать в контексте стратегий и программ.

96) В развивающихся странах и в некоторых странах с переходной экономикой стремительный процесс демографического старения происходит в контексте продолжающейся урбанизации, и все большее число пожилых лиц в городских районах не имеют доступного жилья и услуг. В то же время в сельских районах большое число пожилых лиц проживают в одиночестве, а не в тради-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 306

ционных расширенных семьях. Оставшись в одиночестве, они, как правило, лишены доступа к адекватному транспорту и системам поддержки.

97) В развитых странах обеспечение пожилых людей жильем и надлежащим транспортом также вызывает все большую обеспокоенность. Жилые застройки, как правило, проектируются для молодых семей, располагающих собственным транспортом. Проблема транспорта весьма остро стоит в сельских районах, так как пожилые люди по мере старения больше полагаются на общественный транспорт, уровень развития которого в сельских районах, как правило, невысок. Помимо этого, некоторые пожилые люди иногда продолжают жить в домах, которые они не могут содержать после отселения детей в собственное жилье или после смерти супруга.

98) Цель 1: Содействие созданию благоприятных условий для того, чтобы пожилые люди могли оставаться в своих общинах, с надлежащим учетом личных предпочтений, а также обеспечению пожилых людей различными видами доступного жилья.

Меры

a) Содействие созданию социально интегрированных общин, включающих людей всех возрастных групп;

b) координация межсекторальных усилий по поддержке постоянного взаимодействия между пожилыми людьми и их семьями и общинами;

c) поощрение капиталовложений в местную инфраструктуру, например в транспорт, здравоохранение, санитарию и безопасность, в целях оказания поддержки общинам, включающим представителей разных поколений;

d) осуществление политики и вспомогательных инициатив, облегчающих доступ пожилых лиц к товарам и услугам;

e) содействие справедливому распределению общественного жилья для пожилых лиц;

f) увязка строительства доступного жилья с созданием социальных вспомогательных служб в целях обеспечения комплексного подхода к предоставлению жилья, долгосрочному уходу и возможностям в плане социального взаимодействия;

g) поощрение проектирования и строительства удобного для пожилых людей и дающего им свободу передвижения жилья и обеспечение их беспрепятственного доступа в общественные места и помещения;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 307

h) предоставление пожилым людям, их семьям и тем, кто ухаживает за ними, своевременной и качественной информации и рекомендаций в отношении тех видов жилья, которыми они могли бы пользоваться;

i) обеспечение, при предоставлении пожилым людям жилья, должного учета их потребностей в уходе, а также их культурных потребностей;

j) содействие обеспечению более широкого выбора видов жилья для пожилых людей.

99) Цель 2: Улучшение планировки жилья и окружающей среды в целях содействия независимому проживанию путем учета потребностей пожилых лиц, особенно инвалидов.

Меры

a) Принятие мер к тому, чтобы городские районы не имели элементов, препятствующих мобильности и доступу;

b) содействие использованию технических средств и реабилитационных служб, призванных способствовать независимому проживанию;

c) удовлетворение потребностей в совместном проживании представителей различных поколений путем соответствующего проектирования жилья и застроек;

d) оказание пожилым людям помощи, с тем чтобы в их домах не было элементов, препятствующих мобильности и доступу.

100) Цель 3: Лучшее обеспечение пожилых людей доступным и недорогостоящим транспортом.

Меры

a) Улучшение обеспечения эффективными услугами в сфере общественного транспорта в сельских и городских районах;

b) содействие развитию как общественных, так и частных альтернативных видов транспорта в городских районах, например, местных транспортных предприятий и служб;

c) содействие профессиональной подготовке и оценке навыков водителей пожилого возраста, проектировке более безопасных дорог и разработке новых видов автотранспортных средств для удовлетворения потребностей пожилых людей и инвалидов.

Проблема 2: Уход и оказание поддержки лицам, занимающимся уходом

101) Уход за теми, кто нуждается в нем, осуществляемый либо пожилыми людьми, либо за ними, обеспечивается главным образом семьей или общиной, особенно в развивающихся странах.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 308

Семьи и общины также играют ключевую роль в профилактике ВИЧ/СПИДа, уходе за инфицированными, оказании им поддержки и лечении таких людей. В тех случаях, когда уходом занимаются пожилые люди, необходимо предусматривать меры для оказания помощи им самим. В тех же случаях, когда они обеспечиваются уходом, необходимо создавать и укреплять соответствующие инфраструктуры в области людских ресурсов, здравоохранения и в социальной области, как неотъемлемые предпосылки оказания эффективных услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке. Эту систему обеспечения ухода следует укреплять и совершенствовать на основе осуществления надлежащей государственной политики, поскольку доля нуждающихся в уходе людей увеличивается.

102) Даже в странах с тщательно продуманной официальной политикой обеспечения ухода связи между представителями различных поколений и взаимность по-прежнему обеспечивают неформальный характер большей части деятельности по уходу. Неформальный уход лишь дополняет профессиональный уход, но не заменяет его. Проживание пожилых людей в своей собственной общине считается идеальным вариантом во всех странах. Однако во многих странах уход за членами семьи без какой-либо компенсации для лиц, обеспечивающих уход, создает новые экономические и социальные проблемы. В частности, сейчас признаются издержки, которые несут женщины, по-прежнему обеспечивающие б льшую часть неформального ухода. Женщины, обеспечивающие уход, несут финансовое бремя в результате небольшого объема пенсионных взносов вследствие перерывов в работе по найму, в результате нереализованных возможностей продвижения по службе и в результате более низких доходов. Они также подвергаются физическому и эмоциональному стрессу, вызванному необходимостью сочетания трудовой деятельности с семейными обязанностями. В особо трудном положении находятся женщины, которым приходится одновременно обеспечивать уход за детьми и пожилыми лицами.

103) Во многих районах мира, особенно в Африке, пандемия ВИЧ/СПИДа заставляет пожилых женщин, которые и без того жили в трудных условиях, брать на себя дополнительные обязанности по уходу за детьми и внуками, больными ВИЧ/СПИДом, и за внуками после смерти родителей от СПИДа. Сейчас, когда зачастую взрослые дети обеспечивают уход за своими стареющими родителями, многие пожилые люди сами сталкиваются с неожи-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 309

данной необходимостью ухода за своими ослабленными болезнью детьми или вынуждены брать на себя все заботы по уходу за внуками.

104) В последние 2 десятилетия обеспечение ухода со стороны общины и проживание пожилых людей в своих общинах стали программной целью многих правительств. Иногда основной причиной такого подхода были финансовые соображения, так как общинный уход сопряжен с меньшими расходами, чем уход в специальных учреждениях, исходя из предположения, что уход будет обеспечиваться в основном семьями. В случае отсутствия адекватной поддержки на плечи лиц, обеспечивающих уход в рамках семьи, может ложиться непомерная нагрузка. Кроме того, возможности официальных систем общинного ухода, даже когда таковые имеются, часто весьма ограничены, так как они плохо обеспечены ресурсами и плохо координируются. Вследствие этого обеспечение ухода в специальных учреждениях может быть более предпочтительным вариантом для ослабленного пожилого человека или для лица, обеспечивающего уход. Учитывая все эти моменты, желательно иметь континуум доступных вариантов обеспечения ухода — от ухода в семье до ухода в специальных учреждениях. Наконец, существенно важное значение для выбора наиболее эффективного варианта имеет участие пожилых лиц в оценке их потребностей и в контроле за предоставлением услуг.

105) Цель 1: Обеспечение непрерывного ухода за пожилыми лицами с помощью различных источников и поддержка лиц, обеспечивающих уход.

Меры

a) Принятие мер для обеспечения общинного ухода и поддержка ухода в семье;

b) повышение качества ухода и расширение доступа к общинному долгосрочному уходу для одиноких пожилых лиц с целью расширения их возможностей для самостоятельной жизни в качестве одной из возможных альтернатив госпитализации и помещения в специальные учреждения;

c) оказание поддержки лицам, обеспечивающим уход, с помощью учебной подготовки, информации и психологических, экономических, социальных и законодательных механизмов;

d) принятие мер для обеспечения оказания помощи пожилым людям в тех случаях, когда неформальной поддержки нет, она утрачена или нежелательна;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 310

e) содействие проведению сопоставительных исследований для изучения систем ухода в рамках различных культур и ситуациях;

f) разработка и осуществление стратегий удовлетворения особых потребностей пожилых людей, обеспечивающих уход за умственно неполноценными лицами;

g) определение применения стандартов и создание и применение механизмов для обеспечения качественного ухода в специальных учреждениях;

h) развитие как формальных, так и неформальных систем социальной поддержки в целях расширения возможностей семей ухаживать за пожилыми людьми в семье, включая, в частности, оказание долгосрочной поддержки и услуг для растущего числа немощных пожилых людей;

i) укрепление на основе принятия соответствующих мер самообеспечиваемости пожилых женщин и мужчин и создание условий, способствующих повышению качества жизни и позволяющих им работать и жить независимо в своих общинах в течение максимально продолжительного периода или столько, сколько они захотят;

j) содействие обеспечению общинного ухода и поддержка ухода в семье с учетом справедливого распределения обязанностей по уходу между женщинами и мужчинами на основе принятия мер для обеспечения сбалансированности распределения производственных обязанностей и обязанностей по дому.

106) Цель 2: Поддержка той роли, которую играют пожилые люди, особенно пожилые женщины, в связи с обеспечением ухода.

Меры

a) Поощрение оказания социальной поддержки, включая оказание услуг, предоставление консультаций и информации как для пожилых лиц, обеспечивающих уход, так и для членов семей, за которыми они ухаживают;

b) определение путей оказания помощи пожилым лицам, прежде всего пожилым женщинам, в выполнении их обязанностей по уходу и удовлетворение их особых социальных, экономических и психологических потребностей;

c) усиление позитивной роли бабушек и дедушек в воспитании детей;

d) учет растущего числа пожилых лиц, обеспечивающих уход, в планах обеспечения услуг.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 311

Проблема 3: Отсутствие заботы, жестокое обращение и насилие

107) Отсутствие заботы, жестокое обращение и насилие в отношении пожилых лиц приобретает различные формы (физические, психологические, эмоциональные, финансовые и материальные) и наблюдаются в самых различных социальных, экономических, этнических и географических условиях. Процесс старения уменьшает способность залечивать полученные травмы, вследствие чего пожилые люди, ставшие жертвами жестокого обращения, вряд ли смогут в полной мере физически и эмоционально оправиться от полученных травм. Последствия полученных травм могут еще больше усугубляться тем, что пострадавшие из чувства стыда и страха не хотят обращаться за помощью. Общины должны совместными усилиями предотвращать жестокое обращение с пожилыми лицами, мошенничество в отношении этих лиц как потребителей и преступления против них. Специалисты должны признавать потенциальную опасность отсутствия заботы, жестокого обращения и насилия со стороны лиц, осуществляющих формальный и неформальный уход как дома и в общинах, так и в специальных учреждениях.

108) Пожилые женщины особенно подвержены опасности физического и психологического насилия из-за дискриминационных установок в обществе и несоблюдения прав человека женщин. Некоторые вредные традиции и обычаи приводят к жестокому обращению с пожилыми женщинами и к насилию в их отношении, что еще больше усугубляется нищетой и отсутствием доступа к средствам правовой защиты.

109) Нищета среди женщин непосредственно связана с отсутствием экономических возможностей и самостоятельности, доступа к экономическим ресурсам, включая кредиты, землепользование и права наследования, и доступа к образованию и службам поддержки, а также с их минимальным участием в процессах принятия решений. Нищета может поставить женщин в такие условия, когда они становятся уязвимыми к сексуальной эксплуатации.

110) Цель 1: Искоренение всех форм отсутствия заботы, жестокого отношения и насилия в отношении пожилых людей.

Меры

а) Повышение информированности специалистов и широкой общественности, с помощью средств массовой информации и других информационных кампаний, о проблеме жестокого

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 312

обращения с пожилыми людьми и о ее различных аспектах и причинах;

b) отмена обрядов вдовства, негативно влияющих на здоровье и благополучие женщин;

c) принятие законодательства и усиление правовых мер в целях искоренения жестокого обращения с пожилыми людьми;

d) искоренение вредных обычаев, негативно влияющих на положение пожилых людей;

e) поощрение сотрудничества между правительством и гражданским обществом, включая неправительственные организации, в деле решения проблемы жестокого обращения с пожилыми людьми на основе, в частности, развития инициатив на общинном уровне;

f) сведение до минимума опасности того, чтобы пожилые женщины подвергались воздействию всех форм отсутствия заботы, жестокого обращения и насилия, на основе улучшения понимания общественностью проблем, связанных с таким отсутствием заботы, жестоким обращением и насилием, и защиты их от этого, особенно в чрезвычайных ситуациях;

g) поощрение новых научных исследований причин, характера, масштабов, степени серьезности и последствий всех форм насилия в отношении пожилых женщин и мужчин и широкое распространение выводов научных исследований.

111) Цель 2: Создание вспомогательных служб для решения проблемы жестокого обращения с пожилыми людьми.

Меры

a) Создание служб для лиц, подвергшихся жестокому обращению, и реабилитация лиц, допускающих жестокое обращение в отношении пожилых лиц;

b) принятие мер, побуждающих медицинских и социальных работников, а также широкие слои общественности сообщать о предполагаемых случаях жестокого обращения с пожилыми людьми;

c) принятие мер, побуждающих медицинских и социальных работников сообщать пожилым людям, которые, как предполагается, становятся жертвами жестокого обращения, о защите и поддержке, которые могут быть им предоставлены;

d) включение вопросов, связанных с жестоким обращением с пожилыми людьми, в программы подготовки специалистов по вопросам ухода;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 313

e) учреждение программ для информирования пожилых людей о случаях мошенничества в отношении потребителей.

Проблема 4: Образ пожилых людей

112) Позитивный взгляд на проблему старения является одним из неотъемлемых элементов Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. Признание авторитета, мудрости, достоинства и сдержанности, которые приобретаются с жизненным опытом, было обычным элементом уважения к пожилым людям на протяжении всей истории человечества. В некоторых обществах этими ценностями часто пренебрегают, и пожилые люди неоправданно часто изображаются как бремя для экономики из-за возрастания их потребностей в медицинских и вспомогательных услугах. Хотя вопрос сохранения здоровья в пожилом возрасте, естественно, приобретает все б льшую актуальность для пожилых людей, постоянное привлечение внимания общественности к масштабам медицинского обслуживания, пенсионного обеспечения и других услуг и связанных с этим расходах иногда способствует созданию негативного представления о старении. Гораздо реже пожилые люди изображаются как симпатичные, творческие личности со своей индивидуальностью, вносящие важный вклад в общественную жизнь. От неправильного и негативного стереотипного изображения особенно страдают пожилые женщины: их вклад, достоинства, изобретательность и гуманность нередко замалчиваются, а они сами изображаются как слабые и зависимые существа. Это лишь усугубляет маргинализацию на местном и национальном уровнях.

113) Цель 1: Более широкое общественное признание авторитета, мудрости, продуктивного и другого важного вклада пожилых лиц.

Меры

a) Разработка и широкое пропагандирование принципов политики, предусматривающих индивидуальную и коллективную ответственность за признание прошлого и нынешнего вклада пожилых людей в целях противодействия укоренившимся в сознании предрассудкам и мифам и, в этой связи, обращение с пожилыми людьми с уважением и благодарностью, достоинством и вниманием;

b) побуждение средств массовой информации к такому изображению пожилых людей, которое подчеркивало бы мудрость, достоинство, вклад, мужество и изобретательность пожилых женщин и мужчин, в том числе пожилых людей-инвалидов;

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 314

c) побуждение работников системы просвещения к признанию и включению в их учебные программы вопросов, касающихся вклада, вносимого людьми всех возрастов, в том числе пожилыми людьми;
d) побуждение средств массовой информации к отказу от стереотипов и к отображению всего разнообразия рода человеческого;
e) признание того, что средства массовой информации являются инструментами перемен и могут играть решающую роль в укреплении роли пожилых людей в разработке стратегий, в том числе в сельских районах;
f) содействие вкладу пожилых женщин и мужчин в отображение их деятельности и волнующих их вопросов в средствах массовой информации;
g) побуждение средств массовой информации, а также частного и государственного секторов к отказу от дискриминации по признаку возраста на рабочих местах и позитивное отображение образа пожилых людей;
h) содействие позитивному отражению вклада пожилых женщин, с тем чтобы укрепить у них чувство собственного достоинства.

Глава III. Осуществление и контроль

114) Осуществление Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. потребует принятия устойчивых мер на всех уровнях, с тем чтобы отреагировать на предстоящее изменение демографической структуры и мобилизовать навыки и энергию пожилых лиц. Это потребует проведения систематической оценки для решения новых задач. Помимо этого, постоянно ощущается острая необходимость в международной помощи, чтобы содействовать развивающимся странам в проведении политики, направленной на решение проблемы старения.

115) Для осуществления Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. необходимы также, в частности, политическая, экономическая, этическая и духовная концепции социального развития пожилых людей, в основе которых лежат такие принципы, как человеческое достоинство, права человека, равенство, уважение, мир, демократия, взаимная ответственность и сотрудничество и полное уважение различных религиозных и этических ценностей и культурной самобытности людей.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 315

Национальные действия

116) Правительства несут главную ответственность за осуществление широких рекомендаций Международного плана действий 2002 г. Одним из необходимых первых шагов в направлении успешного осуществления Плана является включение проблемы старения и вопросов, волнующих пожилых людей, в национальные программы развития и стратегии искоренения нищеты. Одновременно будут приниматься меры по разработке новых программ, мобилизации финансовых средств и подготовке необходимых людских ресурсов. Соответственно, прогресс в деле осуществления Плана будет зависеть от эффективного партнерства между правительствами, всеми элементами гражданского общества и частным сектором, а также от благоприятной среды, в основе которой лежат, в частности, демократия, верховенство права, уважение всех прав человека и основных свобод и благое управление на всех уровнях, в том числе национальном и международном.

117) Роль неправительственных организаций имеет важное значение в деле поддержки правительств в их усилиях по реализации, оценке и осуществлению следующей деятельности по выполнению Международного плана действий 2002 г.

118) Следует приложить усилия к тому, чтобы содействовать принятию на организационном уровне последующих мер в связи с Международным планом действий, включая, если это необходимо, учреждение агентств, занимающихся вопросами старения, и национальных комитетов. Национальные комитеты по вопросам старения, в состав которых входят представители соответствующих секторов гражданского общества, особенно организаций пожилых людей, могут внести весьма ценный вклад и послужить в качестве национальных консультативных и координационных механизмов по вопросам старения.

119) Другими решающими элементами осуществления являются создание эффективных организаций пожилых людей; просветительская, учебная и исследовательская деятельность по вопросам старения; и сбор и анализ национальных данных, например получение дезагрегированных по признаку пола и возраста данных для планирования политики, мониторинга и оценки. Независимое и беспристрастное наблюдение за ходом осуществления также имеет важное значение и может проводиться независимыми учреждениями. Правительства, а также гражданские общества могут способствовать мобилизации ресур-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 316

сов организациями, представляющими пожилых людей или оказывающими им поддержку, путем расширения льгот.

Международные действия

120) Мы признаем, что благодаря торговле, потокам инвестиций и капитала и прогрессу в развитии технологии, в том числе информационной, глобализация и взаимозависимость открывают новые возможности для роста мировой экономики, развития и улучшения качества жизни во всем мире. В то же время сохраняются серьезные проблемы, включая широкомасштабные финансовые кризисы неуверенность в завтрашнем дне, нищету, изоляцию и неравенство как внутри обществ, так и между ними. Сохраняются значительные препятствия в плане дальнейшей интеграции и полного участия в глобальной экономике развивающихся стран, особенно наименее развитых стран, а также некоторых стран с переходной экономикой. До тех пор, пока благами социально-экономического развития не будут пользоваться все страны, все большее число людей во всех странах и даже целые регионы будут оставаться на периферии глобальной экономики. Мы должны действовать сейчас, с тем чтобы преодолеть препятствия, которые стоят перед народами и странами, и полностью реализовать имеющиеся у них потенциальные возможности на благо всех.

121) Глобализация создает возможности и проблемы. Развивающиеся страны и страны с переходной экономикой сталкиваются с особыми трудностями в решении этих проблем и использовании этих возможностей. Глобализация должна быть всеохватывающей и справедливой, и существует настоятельная необходимость в разработке и осуществлении политики и мер на национальном и международном уровнях при всестороннем и эффективном участии развивающихся стран и стран с переходной экономикой в целях оказания им содействия в принятии эффективных мер по решению этих проблем и использованию этих возможностей.

122) В целях дополнения национальных усилий в области развития необходимо расширить, признавая в то же время важное значение помощи и оказание финансовой помощи, международное сотрудничество для оказания содействия развивающимся странам, наименее развитым странам и странам с переходной экономикой в осуществлении Международного плана действий 2002 г., в частности, путем:

признания неотложной необходимости повышения согласованности и последовательности функционирования международ-

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 317

ных валютной, финансовой и торговой систем и эффективности управления ими. Стремясь содействовать достижению этой цели, мы подчеркиваем важное значение дальнейшего укрепления глобального экономического управления и усиления ведущей роли ООН в содействии процессу развития. С этой же целью необходимо активизировать предпринимаемые на национальном уровне усилия по расширению координации между всеми соответствующими министерствами и ведомствами. Аналогичным образом, мы должны поощрять координацию политики и программ международных учреждений и согласованность на оперативном и международном уровнях для достижения установленных в Декларации тысячелетия в области развития целей обеспечения поступательного экономического роста, искоренения нищеты и устойчивого развития;

принятия во внимание того, что в настоящее время осуществляются важные международные усилия по реформированию структуры международной финансовой системы. Этим усилиям следует придать устойчивый характер при обеспечении большей транспарентности и эффективного участия развивающихся стран и стран с переходной экономикой. Одна из главных целей реформы состоит в расширении финансирования на нужды развития и искоренения нищеты. Мы также подчеркиваем нашу приверженность созданию эффективных национальных финансовых секторов, которые вносят жизненно важный вклад в национальные усилия в области развития, как важного компонента структуры международной финансовой системы, содействующей развитию;

обращения с призывом к скорейшим согласованным действиям для эффективного решения проблем задолженности наименее развитых стран и развивающихся стран с низким и средним доходом на всеобъемлющей, справедливой, учитывающей интересы развития и долговременной основе посредством принятия на национальном и международном уровнях различных мер, благодаря которым страны-должники могли бы выплачивать задолженность в долгосрочном плане, в том числе, в соответствующих случаях, с помощью существующих упорядоченных механизмов сокращения задолженности, например списания долгов в обмен на осуществление проектов;

признания, что потребуется значительное увеличение официальной помощи в целях развития и объема других ресурсов для того, чтобы развивающиеся страны достигли согласованных на

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 318

международном уровне целей и целевых показателей в области развития, в том числе тех, которые закреплены в Декларации тысячелетия.

Мы настоятельно призываем развитые страны, которые еще не сделали этого, предпринять конкретные усилия для достижения целевого показателя выделения развивающимся странам официальной помощи в целях развития в объеме 0,7 % от валового национального продукта (ВНП) и в объеме 0,15 % от ВНП развитых стран на нужды наименее развитых стран, и призывает развивающиеся страны наращивать прогресс, достигнутый в обеспечении того, чтобы официальная помощь в целях развития использовалась эффективно для содействия достижению целей и целевых показателей в области развития.

123) Расширенное и целенаправленное международное сотрудничество и четкое обязательство со стороны развитых стран и международных учреждений, занимающихся вопросами развития, будет содействовать осуществлению Международного плана действий и создаст благоприятные условия для этого. Международным финансовым учреждениям и региональным банкам развития предлагается изучить и скорректировать их процедуры предоставления займов и субсидий для обеспечения того, чтобы пожилые люди признавались в качестве одного из элементов потенциала развития и их интересы учитывались в их политике и проектах в рамках деятельности по оказанию помощи развивающимся странам и странам с переходной экономикой в осуществлении Международного плана действий 2002 г.

124) Важное значение имеет также приверженность фондов и программ ООН делу включения проблемы старения в свои программы и проекты, в том числе на страновом уровне. Чрезвычайно важное значение имеет поддержка со стороны международного сообщества и международных учреждений, занимающихся вопросами развития, организаций, конкретно занимающихся вопросами подготовки кадров и укреплением потенциала по проблеме старения в развивающихся странах.

125) Другие приоритетные задачи международного сотрудничества по проблемам старения должны включать в себя обмен опытом и информацией о наилучшей практике, учеными и результатами научных исследований и собранными данными в качестве подспорья при разработке политики и программ, когда это необходимо; разработку проектов приносящей доход деятельности; и распространение информации.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 319

126) Координационный совет старших руководителей системы ООН должен включить вопрос об общесистемном осуществлении Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. в свою повестку дня. Необходимо сохранить и укрепить координационные центры, учрежденные в рамках системы ООН для подготовки Всемирной ассамблеи по проблемам старения. Необходимо усилить организационный потенциал системы ООН для выполнения ее функций по осуществлению Плана.

127) Первоочередными мерами программы Департамента по экономическим и социальным вопросам как координационного центра по проблемам старения в системе ООН, в целях содействия осуществлению Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. и распространения информации о нем, должны быть следующие: формулирование руководящих принципов разработки и осуществления политики; обоснование путей и средств включения вопросов старения в повестки дня для развития; участие в диалоге с гражданским обществом и частным сектором; и обмен информацией.

128) Региональные комиссии ООН несут ответственность за перевод Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. в плоскость региональных планов действий. Они должны также оказывать помощь национальным учреждениям, по их просьбе, в осуществлении их деятельности по вопросам старения и в наблюдении за этой деятельностью. Экономический и Социальный Совет мог бы укрепить потенциал региональных комиссий в этой связи. Необходимо оказывать поддержку усилиям региональных неправительственных организаций по созданию сетей для содействия осуществлению Международного плана действий.

Исследования

129) Необходимо поощрять и совершенствовать всеобъемлющие, диверсифицированные и специализированные научные исследования по проблемам старения во всех странах, прежде всего в развивающихся странах. Научные исследования, включая сбор и анализ данных, учитывающих возрастные и гендерные особенности, обеспечивают существенно важную информацию, необходимую для разработки и эффективной политики. Главная цель научно-исследовательского компонента Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. состоит в содействии, при необходимости, осуществлению рекомендаций и мер, определенных в Международном плане действий. Наличие надежной информации крайне необходимо для определения возникающих

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 320

проблем и принятия рекомендаций. Разработка и использование, при необходимости, всеобъемлющих и практических механизмов оценки, таких, как ключевые показатели, также необходимы для содействия принятию своевременных программных мер.

130) Необходимо также проведение международных исследований по проблемам старения для поддержки программных мер по решению проблем старения и обеспечению успешного практического осуществления Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. Это способствовало бы улучшению международной координации исследований по вопросам старения.

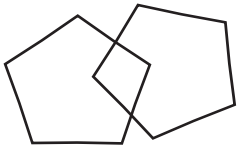
Глобальный контроль, обзор и обновление

131) Систематический обзор осуществления Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. государствами-членами имеет важное значение для достижения успешных результатов в деле повышения качества жизни пожилых людей. Правительства в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами могут принять решения в отношении соответствующих механизмов обзора. Ценным был бы обмен между государствами-членами информацией об итогах регулярных мероприятий по обзору.

132) Комиссия социального развития будет отвечать за последующую деятельность по осуществлению Международного плана действий по проблемам старения 2002 г. и оценку хода его осуществления. Комиссия должна обеспечивать комплексный учет в своей работе различных аспектов проблемы старения населения, которые нашли отражение в Международном плане действий. Обзоры и оценки будут иметь ключевое значение для эффективного выполнения решений Ассамблеи, и формы их проведения должны быть определены как можно скорее.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 321

Додаток Г
Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE)

№	Проба	Бали
1	ОРІЄНТУВАННЯ В ЧАСІ «Назвіть дату» (число, місяць, рік, день тижня, пора року)	0–5
2	ОРІЄНТУВАННЯ В МІСЦІ «Де ми знаходимося?» (країна, область, місто, клініка, поверх)	0–5
3	СПРИЙНЯТТЯ «Повторіть три слова: олівець, будинок, копійка»	0–3
4	КОНЦЕНТРАЦІЯ УВАГИ ТА ЛІЧБА Серійна лічба («від 100 відняти 7») — 5 разів або вимовити слово «земля» навпаки	0–5
5	ПАМ'ЯТЬ «Пригадайте три слова» (див. пункт 3)	0–3
6	МОВЛЕННЯ Показуємо ручку і годинник, запитуємо: «Як це називається?» Просимо повторити речення: «Жодних якщо, і або ні».	0–2
	ВИКОНАННЯ ТРИЕТАПНОЇ КОМАНДИ «Візьміть правою рукою аркуш паперу, складіть його навпіл та покладіть на стіл»	0–1
	ЧИТАННЯ «Прочитайте і виконайте: 1) закрийте очі; 2) напишіть речення; 3) змалюйте малюнок (див. зразок)» 	 0–3 0–3

Загальний бал: 0–30

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 322

Інструкція

ОРІЄНТУВАННЯ В ЧАСІ

Хворого просять точно назвати сьогоднішнє число, місяць, рік і день тижня. Максимальна оцінка (5 балів) надається, коли хворий самостійно і правильно називає число, місяць і рік. Якщо доводиться ставити додаткові запитання — присуджують 4 бали. Додаткові запитання можуть бути такі: якщо хворий називає тільки число, уточнюють: «Якого місяця?», «Якого року?», «Який день тижня?» Кожна помилка або відсутність відповіді знижує оцінку на 1 бал.

ОРІЄНТУВАННЯ В МІСЦІ

Перше запитання: «Де ми знаходимося?» Якщо хворий відповідає не вичерпно, ставлять додаткові запитання. Хворий має назвати країну, область, місто, заклад, в якому відбувається обстеження, номер кімнати (або поверх). Кожна помилка або відсутність відповіді знижує оцінку на 1 бал.

СПРИЙНЯТТЯ

Дають інструкцію: «Повторіть і намагайтеся запам'ятати 3 слова: олівець, будинок, копійка». Слова вимовляють максимально розбірливо із швидкістю 1 слово в секунду. Правильне повторення цих слів хворим оцінюється в 1 бал за кожне слово. Слова слід повторювати стільки разів, скільки це необхідно для того, щоб досліджуваний правильно їх повторив. Проте в балах оцінюється лише перше повторення.

КОНЦЕНТРАЦІЯ УВАГИ

Просять послідовно відняти від 100 по 7. Достатньо 5-ти віднімань (до результату «65»). Кожна помилка знижує оцінку на 1 бал.

Інший варіант: просять вимовити слово «земля» навпаки. Кожна помилка знижує оцінку на 1 бал. Напр., якщо хворий вимовляє «ямлез» замість «ялмез» ставлять 4 бали, якщо «ямлзе» — 3 бали тощо.

ПАМ'ЯТЬ

Просять хворого згадати слова, які слід було запам'ятовувати в п. 3 (олівець, будинок, копійка). Кожне правильно назване слово оцінюється в 1 бал.

МОВЛЕННЯ

Показують ручку і запитують: «Що це таке?», аналогічно — годинник. Кожна правильна відповідь оцінюється в 1 бал.

Просять хворого повторити граматично складну фразу «Жодних якщо, і або ні». Правильне повторення оцінюється в 1 бал.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 323

Усно дається команда, що передбачає послідовне здійснення трьох дій: «Візьміть правою рукою аркуш паперу, складіть його навпіл і покладіть на стіл». Кожна дія оцінюється в 1 бал.

Дають три письмові команди:

1) закрийте очі;

2) напишіть речення;

3) змалюйте малюнок (див. зразок у таблиці).

Хворого просять прочитати їх і виконати. Команди пишуть досить великими друкованими літерами на чистому аркуші паперу. Правильне виконання другої команди передбачає, що хворий має самостійно написати осмислене і граматично закінчене речення. При виконанні третьої команди хворому надається зразок (2 п'ятикутники з рівними кутами, що перетинаються), який він має перемалювати на нелінійованому папері. Якщо при перемальовуванні виникають просторові спотворення або не з'єднуються лінії, виконання команди вважається неправильним. За правильне виконання кожного із завдань надається 1 бал.

Інтерпретація результатів

Результат тесту отримують шляхом додавання результатів по кожному з пунктів. Максимально в цьому тесті можна набрати 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менший результат тесту, тим вираженіший когнітивний дефіцит. За даними різних дослідників, результати тесту можуть мати такі значення:

28–30 балів — немає порушень когнітивних функцій;

24–27 балів — переддементні когнітивні порушення;

20–23 бали — деменція легкого ступеня вираженості;

11–19 балів — деменція помірного ступеня вираженості;

0–10 балів — важка деменція.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 324

Додаток Д
Індекс Бартела з оцінки діяльності в повсякденному житті

Сфери самообслуговування і мобільності	*Оцінка (бали)*
Кишечник	0 = нетримання калу (або потреба в клізмі) 1 = поодинокі випадки (раз на тиждень і рідше) 2 = здатний контролювати (протягом останнього тижня)
Сечовий міхур	0 = нетримання сечі або необхідність катетеризації і нездатність справлятися самому 1 = поодинокі випадки (раз на тиждень і рідше) 2 = здатний контролювати (протягом останнього тижня)
Прийом їжі	0 = нездатний 1 = потребує допомоги при розрізанні продуктів, намащуванні масла тощо 2 = незалежний
Особистий догляд	0 = потребує допомоги в догляді за собою 1 = незалежний при догляді за обличчям / волоссям / зубами / при голінні (необхідні інструменти наявні)
Одягання	0 = залежний 1 = потребує допомоги, проте може почасти одягнутися сам 2 = незалежний (включаючи застібання ґудзиків, блискавок, зав'язування шнурків тощо)
Переміщення з ліжка на крісло і назад	0 = нездатний, не тримає рівноваги при сидінні 1 = необхідна значна допомога (однієї сильної / вмілої людини або двох людей), може сидіти 2 = необхідна невелика допомога однієї людини (фізична або словесна) 3 = незалежний

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 325

Користування туалетом	0 = залежний 1 = потребує певної допомоги, але здатний виконати деякі дії самостійно 2 = незалежний (одягання та роздягання, підтирання)
Пересування по дому або палаті, всередині приміщення	0 = нерухомий 1 = незалежний у кріслі на колесах, включаючи оминання кутів 2 = ходить з допомогою (фізичною або словесною, тобто під наглядом) однієї людини 3 = незалежний (але може використовувати який-небудь допоміжний засіб, напр., палицю)
Користування сходами	0 = нездатний 1 = потребує допомоги (фізичної, словесної, у переносці) 2 = незалежний
Користування ванним приміщенням	0 = залежний 1 = незалежний (всередині ванни або душової кабінки чи поза ними)

Вказівки з використання Індексу Бартела з оцінки діяльності у повсякденному житті:

1) Індекс має використовуватися для реєстрації того, що пацієнт робить, але не того, що може робити.

2) Головна мета дослідження полягає в тому, щоб встановити міру незалежності пацієнта від будь-якої допомоги, фізичної або словесної, і незалежно від обставин.

3) Потреба в спостереженні означає, що пацієнт не є незалежним.

4) Оцінка міри успішності дій пацієнта має ґрунтуватися на його найкращих показниках. Зазвичай збирають відомості шляхом опитування пацієнта, його друзів, родичів та медсестер. Однак важливі також безпосереднє спостереження та здоровий глузд. Пряма перевірка, проте, не є необхідною.

5) Зазвичай для оцінки важливою є діяльність пацієнта протягом останніх 24–48 год., проте в деяких випадках для цього підходить і триваліший період.

6) Вважається, що пацієнт із середніми значеннями індексу здатний виконувати близько 50 % необхідних дій.

7) Допускається використання пацієнтом допоміжних засобів для досягнення незалежності.

Додаток Е
Індекс задоволеності життям

Інструкція

Нижче наведені твердження про життя в цілому, які викликають у людей різноманітні оцінки.

Прочитайте кожне твердження списку. Якщо ви з ним згодні — зробіть проти нього відмітку у графі «Згоден»; якщо ви не згодні з твердженням — зробіть проти нього відмітку у графі «Не згоден».

Перевірте, будь ласка, чи відповіли ви на всі питання списку.

№	Твердження	Згоден	Не згоден
1	Із роками, я запевнююсь, що все не так погано, як я очікував		
2	У моєму житті було більше невдач, ніж у житті більшості з тих, кого я знаю		
3	Це найжахливіший час у моєму житті		
4	Сьогодні я відчуваю себе не менш щасливим (щасливою), ніж у молодості		
5	Моє життя могло би бути кращим, ніж воно є насправді		
6	Це найкращі роки мого життя		
7	Я займаюся, в основному, нудними та монотонними справами		
8	Від майбутнього я очікую приємних та цікавих подій		
9	Те, що я роблю сьогодні, цікаво для мене не менше за те, що я робив раніше		

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 327

10	Я відчуваю себе старим та втомленим (старою та втомленою)		
11	Я відчуваю свій вік, але це мене не турбує		
12	Озираючись на своє минуле, я задоволений (задоволена) прожитим життям		
13	Я не змінював би (не змінювала би) свого минулого, навіть якщо б зміг (змогла)		
14	Порівняно з іншими людьми мого віку, я накоїв (накоїла) в своєму житті набагато більше дурниць		
15	Порівняно з іншими людьми мого віку, я виглядаю добре		
16	У мене є плани на місяць або на рік уперед		
17	Коли я розмірковую про прожите життя, то розумію, що не зробив (не зробила) більшу частину того, що хотів (хотіла) зробити		
18	Порівняно з іншими людьми, я сумую надто часто		
19	Я багато чого очікую від життя		
20	Щоб не казали люди, життя пересічної людини стає сумнішим,а не радіснішим		

Джерело: Neugarten B. I., Havighurst R. J. & Tobin S. S. The Measurents of Life Satisfaction // Journal of Gerontology. — 1961, № 16. — P. 141.

Обробка результатів: спочатку підраховується сума балів (Х), при цьому нараховується 1 бал за кожен збіг відповіді досліджуваного з ключем.

КЛЮЧ	
Згоден	***Не згоден***
1, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 19	2, 3, 5, 7, 10, 14, 17, 18, 20

Далі вираховується власне індекс задоволеності життям (І. З. Ж.) за такою формулою: І. З. Ж. = (Х × 100 %) : 20 = 5 Х %.

Додаток Ж
М. В. Гоголь «Мертві душі» (уривок)

Зробивши один чи два повороти, герой наш опинився нарешті перед самим будинком, який здався тепер ще сумнішим. Зелена цвіль вкривала вже ветхе дерево на огорожі й воротях. Натовп будівель: людських, комор, льохів, що видимо ветшали, сповнював двір; біля них справа і зліва видно було ворота в інші двори. Усе говорило, що тут колись господарство текло у великому розмірі і все виглядало нині похмуро. Нічого не помітно було, що оживляло б картину, ні відчинюваних дверей, ні людей, що звідкись виходили б, ніякого живого клопоту й турбот у домі. Самі тільки головні ворота були розчинені, та й то тому, що в'їхав мужик з навантаженим возом, укритим рогожею, з'явившися ніби навмисне, щоб оживити це вимерле місце: іншим часом і вони були б замкнуті наглухо, бо в залізній петлі висів замок-велетень.Біля однієї з будівель Чичиков незабаром помітив якусь постать, що почала сваритися з мужиком, який приїхав возом. Довго він не міг розпізнати, якої статі була постать: жінка чи чоловік. Одяг на ній був зовсім невиразний, схожий дуже на жіночий капот, на голові ковпак, які носять сільські дворові жінки, тільки самий голос здався йому дещо хрипким для жінки. «Ой жінка!» — подумав він сам собі й зразу ж додав: — «Ой ні!» — «Звісно жінка!» — нарешті сказав він, роздивившись пильніше. Постать з свого боку дивилась на нього теж пильно. Здавалось, гість був для неї в дивовижу, бо вона оглянула не тільки його, а й Селіфана, і коней, починаючи з хвоста і до морди. По ключах, що висіли в неї за поясом, і з того, що вона лаяла мужика досить крутими словами, Чичиков зробив висновок, що це, певно, ключниця.

— Слухай, матінко,— сказав він, виходячи з брички,— а пан?..»

— Немає дома,— перебила ключниця, не чекаючи кінця запитання, і потім, хвилину згодом, додала: — А що вам треба?

— Маю справу.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 329

— Ідіть у кімнати! — сказала ключниця, відвернувшись і показавши йому спину, всю в борошні, з великою діркою трохи нижче.

Він вступив у темні, широкі сіни, з яких війнуло холодом, як з льоху. З сіней він попав у кімнату, також темну, ледь-ледь осяяну світлом, що виходило з широкої щілини під дверима. Відчинивши ці двері, він нарешті опинився в світлі і був вражений картиною безладдя. Здавалось, ніби в домі почалося миття підлог і сюди на цей час знесено всі меблі. На одному столі стояв навіть поламаний стілець, і поряд з ним годинник із зупиненим маятником, до якого павук уже припасував павутиння. Тут-таки стояла прихилена боком до стіни шафа зі старовинним сріблом, графинчиками й китайським фарфором. На бюрі, викладеному перламутровою мозаїкою, що місцями вже випала й лишила після себе тільки жовтенькі рівчачки, наповнені клеєм, лежало безліч усякої всячини: купа списаних дрібно папірців, накритих мармуровим позеленілим пресом з яєчком зверху, якась старовинна книга в шкіряній оправі з червоним обрізом, лимон, зовсім висохлий, не більший за лісовий горіх, відламана ручка крісла, чарка з якоюсь рідиною і трьома мухами, накрита листом, шматочок сургучика, шматочок десь піднятої ганчірки, два пера, вимазані в чорнило, висохлі, як у сухотах, зубочистка, зовсім пожовкла, якою господар, може, копирсався у зубах своїх ще до навали на Москву французів.

По стінах навішано було дуже тісно й безладно кілька картин: довгий пожовклий гравюр якоїсь битви, з величезними барабанами, гукаючими солдатами в трикутних капелюхах і потопаючими кіньми, без скла, вставлений у раму червоного дерева з тоненькими бронзовими смужками й бронзовими ж кружечками на ріжках. Поряд з ними займала півстіни величезна почорніла картина, писана олійними фарбами, що зображувала квіти, фрукти, розрізаний кавун, кабанячу морду й качку, що висіла вниз головою. З середини стелі звисала люстра в полотняному мішку, яка від пилу стала подібна до шовкового кокона, в якому сидить черв’як. У кутку кімнати була навалена долі купа того, що грубіше і недостойне лежати на столах. Що саме було в купі, розібрати було важко, бо пилу на ній було стільки, що руки всякого, хто торкався, ставали схожими на рукавички; помітніше від іншого висувався звідти уламок дерев'яної лопати й стара підошва з чобота. Ніяк би не можна було сказати, що в кімнаті цій мешкала жива істота, коли б не засвідчував її перебування старий зношений ковпак, що лежав на столі. Поки він розглядав усю чудну обстановку, відчинились бокові двері і ввійшла та сама ключниця,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 330

яку зустрів він на подвір'ї. Але тут побачив він, що то був скоріше ключник, ніж ключниця: ключниця принаймні не голить бороди, а цей, навпаки, голив і, здавалось, досить рідко, бо все підборіддя з нижньою частиною щоки скидалось у нього на скребло з залізного дроту, яким чистять на конюшні коней. Чичиков, надавши запитального виразу обличчю своєму, чекав нетерпляче, що хоче сказати йому ключник. Ключник теж з свого боку чекав, що хоче йому сказати Чичиков. Нарешті, останній, здивований таким чудним мовчанням, наважився запитати:

— А де ж пан? у себе, чи що?

— Тут господар,— сказав ключник.

— Де ж? — повторив Чичиков.

— Чи ви сліпі, батечку, чи що? — сказав ключник. — Ото! Адже ж господар я!

Тут герой наш мимоволі відступив назад і глянув на нього пильно, йому траплялося бачити чимало всякого роду людей, навіть таких, яких нам з читачем, може, ніколи не доведеться побачити; але такого він ще не бачив. Обличчя його не являло нічого особливого; воно було майже таке, як у багатьох худорлявих стариків, тільки підборіддя виступало дуже далеко вперед, так що він мусив щоразу закривати його хусткою, щоб не заплювати; маленькі очиці ще не погасли і бігали з-під високо поросших брів, як миші, коли, висунувши з темних нір гостренькі морди, нашорошивши вуха і моргаючи вусом, вони дивляться, чи не затаївся де кіт або пустун-хлопчик, і нюхають підозріло саме повітря. Далеко прикметніше було вбрання його: ніякими засобами і намаганнями не можна б докопатись, з чого змайстрований був його халат: рукава й верхні поли так засмальцювались і заялозились, що були схожі на юхту, яка йде на чоботи; позаду замість двох теліпалось чотири поли, з яких клаптями лізла вата. На шиї в нього теж було пов'язане щось таке, чого не можна було розібрати: чи панчоха, чи підв'язка, чи начеревник, тільки ніяк не галстук.

Словом, коли б Чичиков зустрів його, отак причепуреного, десь під церковними дверима, то, мабуть, дав би йому мідний гріш. Бо на честь героя нашого треба сказати, що серце він мав жалісливе і він ніяк не міг утриматись, щоб не подати бідній людині мідного гроша. Але перед ним стояв не жебрак, перед ним стояв поміщик. У цього поміщика була тисяча з гаком душ, і спробував би хто знайти у кого іншого стільки хліба, зерном, борошном і просто в скиртах, у якого б кладовки, комори й сушарні завалені були такою безліччю полотен, сукон, овчин, вичинених і сиром'ятних,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 331

висушеною рибою і всяким овочем або грибами. Заглянув би хто до нього на робочий двір, де наготовлено було про запас усякого дерева й посуду, ніколи не вживаного — йому б здалося, чи не потрапив він часом у Москву на дров’яний двір, куди щодня ходять спритні тещі й свекрухи, з куховарками позаду, поповняти свої господарські запаси, і де горами біліє всяке дерево — шите, точене, стругане й плетене; бочки, пересіки, цебри, лагуни, дзбани з носиками і без носиків, побратими, козубки, микальниці, куди баби кладуть свої мички, й інший мотлох, коробки з тонкої гнутої осики, кадібці з плетеного луб'я і багато всього, що йде на потребу багатої і бідної Русі. Нащо б, здавалось, потрібна була Плюшкіну така тьма подібних виробів? за все життя не довелося б їх ужити навіть на два такі маєтки, які були в нього,— але йому й цього здавалось мало. Не задовольняючись цим, він ходив ще кожного дня по вулицях свого села, зазирав під містки, під перекладини, і все, що тільки траплялося йому: стара підошва, баб’яча ганчірка, залізний цвях, глиняний черепок,— усе тягнув до себе й складав у ту купу, яку Чичиков помітив у кутку кімнати. «Он, уже рибалка вийшов на влови!» — казали мужики, коли бачили, як він ішов по здобич. І справді, після нього не було потреби замітати вулицю: трапилось проїжджому офіцерові загубити шпору, шпора ця вмить спроваджувалась у відому купу; коли баба, якось заґавившись біля колодязя, забувала відро, він підбирав і відро. А втім, коли мужик помічав і викривав його на місці, він не сперечався і віддавав украдену річ; та якщо тільки вона потрапляла в купу, тоді вже кінець: він божився, що річ його, що купив він її отоді і в того, або дісталась від діда. У кімнаті своїй він піднімав з підлоги все, що тільки бачив: сургучик, клаптик папірця, пір’їнку і все це клав на бюро чи на віконце.

А був же час, коли він тільки був ощадним господарем! був жонатий і сім’янин, і сусід заїжджав до нього добре пообідати, послухати і повчитись у нього господарювання й мудрої скупості. Усе текло жваво і робилось розміреним ходом: крутилися млини, валяльні, працювали сукняні фабрики, столярні верстати, прядильні; скрізь за всім наглядало пильне око хазяїна і, як працьовитий павук, бігав заклопотано, але спритно по всіх кінцях свого господарського павутиння. Занадто сильні почуття не відбивались у рисах обличчя його, але в очах світився розум; досвідченістю і знанням світу була перейнята мова його, і гостеві було приємно його слухати; привітна й говірка господиня славилась хлібосольством; назустріч виходили дві миловидні дочки, обидві

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 332

біляві й свіжі, як троянди, вибігав син, моторний хлопчик, і цілувався з усіма, мало звертаючи уваги на те, радий чи не радий був цьому гість. У домі були повідчиняні всі вікна, антресолі були зайняті квартирою вчителя-француза, що прегарно голився і був великий стрілець: приносив завжди на обід тетеруків або качок, а іноді й самі тільки горобині яйця, з яких замовляв собі яєчню, бо більше в цілому домі ніхто її не їв. На антресолях жила також його компатріотка, вихователька двох дівчат. Сам господар з'являвся до столу в сюртуку, хоч трохи приношеному, але охайному, лікті були в порядку: ніде ніякої латки. Але добра хазяйка померла; частина ключів, а з ними й дрібного клопоту, перейшла до нього. Плюшкін став неспокійніший і, як усі вдівці, підозріливіший і скупіший. На старшу дочку Олександру Степанівну він не міг у всьому покластися, та й мав рацію, бо Олександра Степанівна скоро втекла із штабс-ротмістром Бог знає якого кавалерійського полку, і обвінчалася з ним десь похапцем, у сільській церкві, знаючи, що батько не любить офіцерів з чудного упередження, ніби всі військові картярі й мотяги. Батько послав їй на дорогу прокляття, а переслідувати не турбувався. У домі стало ще порожніше. У власника стала помітніше виявлятися скупість; вірна подруга її, сивина, що блиснула в шорсткому його волоссі, допомогла їй ще більше розвинутись; учитель-француз був відпущений, бо синові прийшов час на службу; мадам була прогнана, бо виявилась не безгрішною у викраденні Олександри Степанівни; син, бувши посланий у губернське місто з тим, щоб пізнати в палаті, на батькову думку, путню службу, вступив натомість у полк і написав батькові вже після свого вступу, просячи грошей на обмундирування; дуже природна річ, що він одержав на це те, що зветься в простолюдді дуля. Нарешті, остання дочка, що залишилась з ним у домі, померла, і старик опинився сам сторожем, охоронцем і володарем своїх багатств. Самотнє життя дало ситу поживу скупості, що, як відомо, має вовчий голод і чим більше пожирає, тим стає невситиміша; людські почуття, які й так не були глибокі, міліли щохвилини, і кожного дня щось втрачалося в цій зношеній руїні. І треба ж, під таку хвилину, неначе вмисне, на потвердження його думки про військових, щоб син його програвся в карти; він послав йому від щирого серця своє батьківське прокляття і ніколи вже не цікавився знати, існує він на світі чи ні. З кожним роком зачинялися вікна в його будинку, нарешті залишилось тільки двоє, з яких одне, як уже бачив читач, було заліплене папером; з кожним роком спускав він з очей, більше й більше, головні

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 333

частини господарства, і дрібний погляд його звертався до папірців та пір'їнок, які він підбирав у своїй кімнаті; непоступливішим ставав він до покупців, що приїжджали забирати в нього господарські вироби; покупці торгувались, торгувались і нарешті кинули його зовсім, сказавши, що це біс, а не людина; сіно й хліб гнили, скирти й стоги перетворювались на гній, хоч розводь на них капусту, борошно в підвалах перетворилося в камінь, і треба було його рубати, до сукон, до полотен і домашніх тканин страшно було й торкнутись: вони оберталися в порох. Він уже позабував сам, скільки в нього було чого, і пам'ятав тільки, в якому місці стояв у нього в шафі графинчик із залишком якоїсь настойки, на якому він сам зробив позначку, щоб ніхто по-злодійськи її не випив, та де лежала пір'їнка або сургучик. А тимчасом у господарстві дохід збирався по-давньому: стільки ж чиншу мусив принести мужик, таким же приносом горіхів обкладена була кожна жінка, стільки ж сувоїв полотна повинна була наткати ткаля — все це звалювалось у комори, і все ставало гнилизною й дірками, і сам він обернувся нарешті в якусь дірку на людстві. Олександра Степанівна якось приїжджала двічі з маленьким синком, пробуючи, чи не можна що-небудь одержати; видно, похідне життя з штабс-ротмістром не було таке принадне, яким здавалось до весілля. Плюшкін, проте, її простив і навіть дав маленькому внучкові погратись якогось ґудзика, що лежав на столі, але грошей нічого не дав. Вдруге Олександра Степанівна приїхала з двома малятками й привезла йому паску до чаю та новий халат, бо в батенька був такий халат, на який дивитись не тільки було совісно, але навіть і соромно. Плюшкін приголубив обох внуків і, посадивши їх собі одного на праве коліно, а другого на ліве, погойдав їх зовсім так, немов вони їхали на конях, паску й халат узяв, але дочці нічогісінько не дав. З тим і поїхала Олександра Степанівна.

Отже, ось якого роду поміщик стояв перед Чичиковим! Треба сказати, що подібні явища рідко трапляються на Русі, де все любить скоріше розгорнутись, ніж зіщулитися, і тим разючіше буває воно, що тут же по сусідству нагодиться поміщик, який гуляє на всю широчінь руського молодецтва й панства, який марнує, як то кажуть, все життя. Небувалий проїжджий спиниться з поливом перед його житлом, не розуміючи, який можновладний принц опинився зненацька серед маленьких, непоказних власників: палацами виглядають його білі кам'яниці з незчисленною кількістю димарів, бельведерів, флюгерів, оточені стадом флігелів і всякими приміщеннями для приїжджих гостей. Чого тільки немає в нього?

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 334

Театри, бали; всю ніч сяє прибраний огнями й каганчиками, сповнений громом музики сад. Півгубернії вичепурилося й весело гуляє під деревами, і нікому не ввижається дике й загрозливе в цьому насильному освітленні, коли театрально вискакує з гущавини дерев осяяна підробленим світлом гілка, позбавлена своєї яскравої зелені, а вгорі темнішим і суворішим, і вдвадцятеро грізнішим здається через це нічне небо, і, далеко тріпочучи листям у високості, відходячи глибше в непробудний морок, обурюються суворі вершини дерев на цей оманний блиск, що освітлив знизу їхнє коріння.

Вже кілька хвилин стояв Плюшкін, не мовлячи й слова, а Чичиков усе ще не міг почати розмови, спантеличений як виглядом самого господаря, так і всім тим, що було в його кімнаті. Довго не міг він придумати, якими б словами пояснити причину свого приїзду. Він уже хотів був висловитись у такому дусі, що, начувшись про чесноту й високі властивості душі його, визнав за обов'язок принести особисто данину пошани, але схаменувся й відчув, що це занадто. Скоса кинувши ще один погляд на все, що було в кімнаті, він відчув, що слово чеснота й виняткові властивості душі можна з успіхом замінити словами: економія й порядок; і тому, змінивши таким чином мову, він сказав, що, начувшись про економію його й виняткове управляння маєтками, він визнав за обов'язок познайомитись і засвідчити особисто свою пошану. Звісно, можна було б навести іншу, кращу причину, але нічого іншого не навернулось тоді на думку.

На це Плюшкін щось промимрив собі крізь губи, бо зубів не було, що саме, невідомо, але, можливо, зміст був такий: «А забрав би тебе чорт з твоєю пошаною!» Але тим, що гостинність у нас в такій силі, що й скнара неспроможний переступити її законів, то він додав зразу ж трохи виразніше: «Прошу уклінно сідати!»

— Я давненько не бачу гостей,— сказав він,— та признатися сказати, в них мало бачу толку. Завели пренепристойний звичай їздити один до одного, а в господарстві й недогляд… та й коней їхніх годуй сіном! Я давно вже пообідав, а кухня в мене така препогана, і димар зовсім розвалився, почнеш топити, ще пожежі наробиш.

«Он воно як! — подумав собі Чичиков. — Добре ж, що я в Собакевича перехопив ватрушку, та шматок баранячого боку».

— І такий препоганий анекдот, що сіна хоч би пучок на господарстві! — продовжував Плюшкін. — Та й справді, як прибережеш його? земельки обмаль, мужик ледачий, робити не любить, думає,

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 335

як би в шинок... так і дивися, підеш на старості літ попід вікнами!

— А проте мені казали,— скромно зауважив Чичиков,— що у вас понад тисячу душ.

— А хто це казав? Та ви б, батечку, заплювали очі тому, хто це казав! Він, пересмішник, видно, хотів пожартувати з вас. Ось, кажуть, тисяча душ, а піди та полічи, то й не налічиш нічого! Останні три роки клята гарячка виморила в мене здоровенний гурт мужиків.

— Скажіть! і багато виморила? — скрикнув Чичиков із співчуттям.

— Еге, поховали багатьох.

— А дозвольте дізнатись: скільки числом?

— Душ вісімдесят.

— Та ну?

— Не буду брехати, батечку.

— Дозвольте ще спитати: адже ці душі, я гадаю, ви рахуєте з дня подання останньої ревізії?

— Це б іще слава Богу,— сказав Плюшкін, та от лихо, що з того часу до ста двадцяти набереться.

— Справді? аж сто двадцять? — скрикнув Чичиков і навіть роззявив гроли рот від подиву.

— Старий я, батечку, щоб брехати: сьомий десяток живу! — сказав Плюшкін. Він, здавалось, образився таким майже радісним вигуком. Чичиков помітив, що справді непристойна така нечулість до чужого горя, і тому зітхнув тут-таки і сказав, що співчуває.

— Але ж співчуття в кишеню не покладеш,— сказав Плюшкін. — Ось біля мене живе капітан, чорт знає його звідки взявся, каже — родич: «Дядечку, дядечку!» — і в руку цілує, а як почне вболівати, то так завиває, що вуха заткни. З обличчя весь червоний: оковитої, мабуть, на смерть держиться. Мабуть, спустив грошенята, служачи в офіцерах, або театральна актриса виманила, так от він тепер і співчуває!

Чичиков постарався пояснити, що його співчуття зовсім не такого роду, як капітанське, і що він не пустими словами, а ділом готовий довести його і, не відкладаючи справи далі, без усяких манівців, тут же виявив готовість узяти на себе обов’язок платити податки за всіх селян, що повмирали з таких нещасних випадків. Пропозиція, здавалось, зовсім вразила Плюшкіна. Він вирячив очі, довго дивився на нього й нарешті спитав:

— Та ви, батечку, чи не служили у військовій службі?

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 336

— Ні,— відповів Чичиков, досить лукаво,— служив по цивільній.

— По цивільній? — перепитав Плюшкін і почав жувати губами, немов що-небудь їв. — Та як же? Це ж вам самим на збиток?

— Для втіхи вашої готовий і на збиток.

— Ах, батечку! ах, благодійнику ти мій! — скрикнув Плюшкін, не помічаючи від радощів, що в нього з носа визирнув вельми некартинно тютюн, на зразок густого кофію, і поли халата, розкрившись, показали одежу не досить пристойну для розглядання. — Оце потішили старика! Ох, господи ти мій! Ох, святителі ви мої!.. — Далі Плюшкін і говорити не міг. Але не минуло й хвилини, як ця радість, що миттю показалась на дерев'яному обличчі його, так же миттю й погасла, немов її зовсім не бувало, і обличчя його знову набрало заклопотаного виразу. Він навіть утерся хусткою і, згорнувши її жужмом, почав нею водити собі по верхній губі.

— Як же, з дозволу вашого, щоб не розгнівити вас, ви за кожен рік беретеся платити за них, чи що? і гроші мені даватимете чи в казну?

— Та ми ось як зробимо: ми укладемо на них купчу, начеб вони були живі і начеб ви їх мені продали.

— Еге ж, купчу... — сказав Плюшкін, задумався і знову почав жувати губами. — Але ж купчу — все витрати. Приказні такі безсовісні! Раніш бувало півкарбованцем міді відбудешся, та мішком борошна, а тепер пошли цілу підводу крупи, та червоного папірця в придачу, таке сріблолюбство! Я не знаю, як священики не звертають на це уваги, сказав би яке-небудь повчання, бо що там не кажи, а проти слова Божого не встоїш.

«Ну, ти, я думаю, встоїш!» — подумав сам собі Чичиков і промовив тут-таки, що, з пошани до нього, він готовий узяти навіть витрати по купчій на свій кошт.

Почувши, що навіть витрати по купчій він бере на себе, Плюшкін зробив висновок, що гість мусить бути зовсім дурний і тільки прикидається, ніби служив по цивільній, а, певно, був у офіцерах і волочився за акторками. З усім тим він, однак, не міг затаїти своєї радості і побажав усяких утіх не тільки йому, але навіть діткам його, не спитавши, чи були вони в нього, чи ні. Підійшовши до вікна, постукав він пальцями в шибку й тукнув: «Гей, Прошка!» Через хвилину було чути, як хтось убіг поспіхом у сіни, довго порався там і стукав чобітьми, нарешті двері відчинились, і ввійшов Прошка, хлопчик років тринадцяти, в таких великих чоботях, що, ступаючи, мало не вийняв з них ноги. Чому в Прошки були такі великі чоботи, це можна дізнатися зараз же: у Плюшкіна на всю

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 337

двірню, скільки її було в домі, були одні тільки чоботи, які мусили завжди стояти в сінях. Кожен, кого кликали до панських покоїв, звичайно витанцьовував через увесь двір босий, але, входячи в сіни, взував чоботи і вже так з’являвся в кімнату. Виходячи з кімнати він залишав чоботи знову в сінях і рушав знову на власній підошві. Якби хто глянув на це з віконця осінньої пори, і особливо коли вранці починаються маленькі приморозки, то побачив би, що вся двірня робила такі високі стрибки, які навряд чи вдасться проробити в театрах найметкішому танцівникові.

— Ось гляньте, батечку, яка пика! — сказав Плюшкін Чичикову, показуючи пальцем на Прошчине обличчя. — Дурний же, як дерево, а спробуй що-небудь покласти, вмить украде! Ну, чого ти прийшов, дурню, скажи, чого? — Тут він зробив невеличку мовчанку, на яку Прошка відповів теж мовчанкою. — Настанови самовар, чуєш, та ось візьми ключа, та віддай Маврі, щоб пішла в комірку: там на полиці є сухар з паски, яку привезла Олександра Степанівна, щоб подали його до чаю!.. Стривай, куди ж ти? Дурило! ну, й дурило ж! Біс у тебе в ногах чи що свербить?.. ти перше вислухай: сухар зверху, мабуть, попсувався трохи, так хай зіскребе його ножем, та кришок не кидає, а віднесе в курник. Та дивись ти, ти не заходь, брат, у комірку, а то я тебе, знаєш! березовим віником, щоб смачніше! Ось у тебе тепер добрий апетит, то щоб був ще кращий! От тільки спробуй зайти в комірку, а я тим часом з вікна дивитимусь. Їм ні в чому не можна довіряти,— казав він далі, звернувшись до Чичикова, після того як Прошва забрався разом зі своїми чобітьми. Слідом за тим він почав і на Чичикова поглядати підозріло. Риси такої незвичайної великодушності почали йому здаватися неймовірними, і він подумав сам собі: «А чорт його знає, може, він просто хвалько, як усі ці мотяги; набреше, набреше, щоб побалакати, та напитися чаю, а потім і поїде собі!» А тому з обачності й разом бажаючи трохи перевірити його, сказав він, що непогано б укласти купчу якнайшвидше, бо, мовляв, усяко буває з людьми: сьогодні живий, а завтра й Бог відає.

Чичиков виявив готовість укласти її хоч і в цю хвилину й зажадав тільки списочка всіх селян.

Це заспокоїло Плюшкіна. Помітно було, що він придумував щось зробити, і справді, взявши ключі, наблизився до шафи і, відімкнувши дверці, копирсався довго між склянками й чашками і нарешті промовив:

— От і не знайдеш, а в мене був славний лікерчик, якщо тільки

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 338

не випили! народ такі злодії! А ось чи оце не він? — Чичиков побачив у руках його графинчик, що весь був у пилу, як у фуфайці. — Ще покійниця робила,— провадив далі Плюшкін,— шахрайка-ключниця зовсім була його закинула і навіть не заткнула, каналія! Комашки і всіляка погань були позалазили туди, але я все сміття повиймав і тепер ось чистенької я вам наллю чарочку.

Але Чичиков постарався відмовитись від такого лікерчика, сказавши, що він вже і пив, і їв!

— Пили вже і їли! — сказав Плюшкін. — Та звісно, доброго товариства людину хоч де пізнаєш: він і не їсть, а ситий; а як отакий який злодюжка, так його скільки не годуй... От хоч би капітан — приїде: «Дядечку, каже, дайте чогось поїсти!» А я йому такий дядечко, як він мені дідусь. У себе дома їсти, мабуть, нічого, так от він і тиняється! Ага, вам же потрібен реєстрик усіх цих дармоїдів? Якже, я, мов знав, усіх їх списав на окремий папірець, щоб при першому поданні ревізії усіх їх викреслити.

Плюшкін надів окуляри й почав ритися в паперах. Розв'язуючи всякі пачки, він почастував гостя таким пилом, що той чхнув. Нарешті, витяг папірець, увесь списаний кругом. Селянських імен було на ньому густо як мошки. Були там усякі: і Парамонов, і Пименов, і Пантелеймонов, і навіть визирнув якийсь Григорій Доїжджай-не-доїдеш; усіх було понад сто двадцять. Чичиков посміхнувся, побачивши таку силу-силенну. Сховавши його в кишеню, він сказав Плюшкіну, що йому треба буде для укладання купчої приїхати в місто.

— У місто? Та як же?.. а дім як залишити? У мене ж народ — або злодій, або шахрай: за день так обберуть, що й каптана ні на чому буде повісити.

— То чи не маєте когось знайомого?

— Та кого ж знайомого? Усі мої знайомі повмирали, або розсварилися. Ох, батечку! як не мати, маю! — скрикнув він. — Адже знайомий сам голова, їздив навіть в давні літа до мене, як не знати! однокашники були, разом по парканах лазили! як незнайомий? там такий знайомий! так чи не до нього й написати?

— Та звісно до нього.

— Якже, там такий знайомий! у школі були приятелі.

І на цьому дерев'яному обличчі раптом промайнув якийсь теплий промінь, полишилось не почуття, а якийсь блідий відбиток почуття, явище, подібне до несподіваної появи на поверхні води потопаючого, який викликав радісний крик у юрбі, що обступила берег. Але даремно зраділі брати й сестри кидають з берега

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 339

мотузки й чекають, чи не вирине знову спина або стомлені борнею руки — поява була остання. Глухо все, і ще страшніша й порожніша стає після того заспокоєна поверхня безмовної стихії. Так і обличчя Плюшкіна, слідом за почуттям, що на мить промайнуло по ньому, стало ще бездушніше і ще вульгарніше.

— Лежала на столі чвертка чистого паперу,— сказав він,— та не знаю, де поділась: люди в мене такі непутящі! — Тут він почав заглядати і під стіл, і на стіл, нишпорив скрізь і нарешті закричав: — Мавро! чуєш, Мавро!

На поклик з’явилась жінка з тарілкою в руках, на якій лежав сухар, уже знайомий читачеві. І між ними відбулася така розмова.

— Де ти заділа, розбійнице, папір?

— Їй-Богу, пане, не бачила, опріч невеликого клаптичка, яким зволили прикрити чарку.

— А от я по очах бачу, що поцупила.

— Та на що ж би я поцупила? Мені ж користі з нього ніякої; неписьменна я.

— Брешеш, ти віднесла паламарчукові: він трохи тямить, так ти йому й віднесла.

— Та паламарчук, коли схоче, так дістане собі паперу. Не бачив він вашого клаптика!

— От зажди лишень: на Страшному суді чорти припечуть тебе за це залізними гаками! ось побачиш, як припечуть!

— Та за що ж припечуть, коли я не брала і в руки чвертки? Хай уже за інший якийсь бабський гріх, а за злодійство ще мені ніхто не дорікав.

— А от чорти тебе й припечуть! скажуть: «Оце тобі, мотяго, за те, що пана дурила!», та гарячими тебе й припечуть!

«А я скажу: ні за що! Їй-Богу, ні за що, не брала я...» Та ось він лежить на столі. Завжди отак даремно дорікаєте!

Плюшкін побачив, справді, чвертку й на хвилину спинився, пожував губами і промовив:

— Ну, чого ж ти розходилася так? Ач яка в’їдлива! Їй скажи тільки одно слово, а вона вже у відповідь десяток! Піди лишень принеси вогнику запечатати лист. Та стій, ти схопиш лойову свічку, лій річ топка: згорить — та й нема, тільки збиток, а ти принеси мені скіпочку!

Мавра пішла, а Плюшкін, сівши в крісло і взявши в руку перо, довго ще крутив на всі боки чвертку, роздумуючи: чи не можна відділити від неї ще восьминку, але нарешті переконався, що ніяк не можна; вмочив перо в чорнильницю з якоюсь запліснявілою

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 340

рідиною і безліччю мух на дні і почав писати, виставляючи літери, схожі на музичні ноти, стримуючи щохвилини жвавість руки, що розскакувалася по всьому папері, ліплячи скупо рядок на рядку і не без жалю міркуючи про те, що все ще залишиться багато чистого пробілу.

І до такого нікчемства, дріб'язковості, гидоти могла дійти людина? могла так змінитися! І схоже це на правду? Все схоже на правду, все може статися з людиною. Теперішній палкий юнак відскочив би з жахом, коли б показали йому його ж портрет у старості. Забирайте ж з собою в дорогу, виходячи з м'яких юнацьких літ у сувору жорстоку мужність, забирайте з собою всі людські почуття, не залишайте їх на шляху, не піднімете потім! Грізна, страшна прийдешня старість, і нічого не віддає назад, нічого не повертає! Могила милосердніша за неї, на могилі напишеться: «Тут почиває людина!», але нічого не прочитаєш у холодних, бездушних рисах нелюдської старості.

— А чи не знаєте ви якого-небудь вашого приятеля,— сказав Плюшкін, згортаючи листа,— якому би знадобилися втікацькі душі?

— А у вас і втікачі є? — швидко спитав Чичиков, опам'ятавшись.

— В тому-то й річ, що є. Зять робив довідки: каже, ніби й слід пропав, але ж він людина військова, майстер притупувати шпорою, а якби поклопотати по судах…

— А скільки їх буде числом?

— Та десятків із сім теж набереться.

— Та ну?

— А Їй-Богу так! У мене ж що рік, то й тікають. Народ дуже вже зажерливий, від неробства завів звичку жерти, а в мене їсти й самому нічого… А я б уже за них що тільки дай, узяв би. Та порадьте вашому приятелеві: хай би хоч десяток знайшовся, так от у нього й добрий гріш. Адже ревізька душа ходить по п'ятсот карбованців.

«Ні, цього ми приятелеві й понюхати не дамо»,— сказав сам собі Чичиков і потім пояснив, що такого приятеля ніяк не знайдеться, що самі витрати в цій справі коштуватимуть більше; бо від судів треба відрізати поли власного каптана та тікати чимдалі; та коли вже він справді в такій скруті, то, бувши зворушений співчуттям, він ладен дати… але це така дрібниця, про яку навіть не варто й говорити.

— А скільки б ви дали? — спитав Плюшкін і сам ізжаднів: руки його затремтіли, як живе срібло.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 341

— Я б дав по двадцять п’ять копійок за душу.

— А ви як купуєте, на готові?

— Так, зразу гроші.

— Тільки, батечку, ради злиднів моїх, дали б уже по сорок копійок.

— Шановний! — сказав Чичиков,— не тільки по сорок копійок, по п’ятсот карбованців заплатив би! залюбки заплатив би, бо бачу — поважний, добрий старик терпить з причини власної добродушності.

— А Їй-Богу, так! Їй-Богу, правда! — сказав Плюшкін, звісивши голову вниз і журливо похитавши нею. — Все через добродушність.

— Ну, от бачите, я відразу збагнув ваш характер. Отже, чому ж не дати мені по п’ятсот карбованців за душу, але... достатку немає; по п’ять копійок, будь ласка, ладен прикинути, з тим, щоб кожна душа обійшлась, таким чином, по тридцять копійок.

— Ну, батечку, воля ваша, хоч по дві копійки прикиньте.

— По дві копійки прикину, будь ласка. Скільки їх у вас? Ви, здається, казали сімдесят?

— Ні. Всіх набереться сімдесят вісім.

— Сімдесят вісім, сімдесят вісім, по тридцять копійок за душу, це буде... — тут герой наш одну секунду, не більше, подумав і сказав відразу: — це буде двадцять чотири карбованці і дев’яносто шість копійок! — він на арифметиці знався. Тут-таки примусив він Плюшкіна написати розписку й віддав йому гроші, які той узяв у обидві руки й поніс до бюро так обережно, немов ніс якусь рідину, щохвилини боячись розхлюпати її. Підійшовши до бюра, він переглянув їх ще раз і поклав теж надзвичайно обережно до однієї з шухляд, де, певно, їм судилося бути похованими доти, доки отець Карп і отець Полікарп, два священики його села, не поховають його самого, на невимовну радість зятеві й дочці, а може, й капітанові, що записався йому в рідню. Сховавши гроші, Плюшкін сів у крісло і вже, здавалось, більше не міг знайти матерії про що говорити.

— А що, ви вже збираєтесь їхати? — сказав він, помітивши невеликий рух, який зробив Чичиков для того тільки, щоб дістати з кишені хустку.

Це запитання нагадало йому, що справді нема чого більше баритись.

— Так, мені вже час! — промовив він, взявшись за капелюх.

— А чайку?

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 342

— Ні, чайку хай краще вже колись іншим разом.

— Як же, а я наказав самовар. Я, признатись сказать, не охочий до чаю: напій дорогий, та й ціна на цукор піднялась немилосерда. Прошка! не треба самовара! Сухар віднеси Маврі, чуєш хай його покладе на те саме місце, або ні, дай його сюди, я вже віднесу його сам. Прощайте, батечку, хай благословить вас Бог, а листа голові ви ж віддайте. Егеж! хай прочитає, він мій давній знайомий. Якже! були з ним однокашниками!

Потому це дивне явище, цей зіщулений дідок провів його з двору, після чого звелів ворота зараз же замкнути; тоді обійшов комори, з тим, щоб оглянути, чи на своїх місцях сторожі, що стояли на кожному розі, калатаючи дерев'яними лопатками в порожнє барильце, замість чавунної дошки; після того зазирнув у кухню, де під тою приключкою, щоб покуштувати, чи добре їдять люди, наївся добряче щів з кашею і, вилаявши всіх до одного за злодійство й погану поведінку, повернувся до своєї кімнати. Залишившись сам, він навіть подумав про те, як би йому віддячити гостеві за таку, справді, безприкладну великодушність. «Я йому подарую,— подумав він сам собі,— кишенькового годинника: він-бо гарний, срібний годинник, а не те, щоб якийсь томпаковий чи бронзовий, трошки зіпсований, але ж він собі полагодить; він чоловік молодий, так йому потрібний годинник, щоб сподобатись своїй нареченій! Або ні,— додав він після деякого роздуму,— краще я залишу його йому після моєї смерті, в духівниці, щоб згадував про мене».

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 343

БІБЛІОГРАФІЯ

Друковані видання

1. Александрова М. Д. Геронтогенез человека // Психология развития / Сост. и общ. ред.: авт. коллектив сотрудников к-ры психологии развития и дифференциальной психологии СПбГУ. — СПб. : Питер, 2001. — 512 с. — С. 406–435. (Серия «Хрестоматия по психологии»).

2. Альперович В. Д. Проблемы старения: Демография, психология, социология. — М. : ООО «Издательство Астрель»: ООО «Издательство АСТ», 2004. — 352 с. — (Серия «Университетская библиотека»).

3. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. — СПб. : Питер, 2002. — 288 с. — (Серия «Мастера психологии»).

4. Анисимов В. Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. — СПб. : Наука, 2003. — 468 с.

5. Анцыферова Л. И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. — М. : Издательство «Институт психологии РАН», 2006. — 512 с. — (Серия «Достижения в психологии»).

6. Бергман К. Психиатрические аспекты личности пожилых пациентов // Психиатрия позднего возраста : В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. — К. : Сфера. Т. 2 : 2003. — 492 с. — С. 274–289.

7. Бернс Э., Хоуп Т. Клинические аспекты деменций позднего возраста // Психиатрия позднего возраста: В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. — К. : Сфера. Т. 2 : 2003. — 492 с. — С. 110–150.

8. Биттлс А. Х. Биологические аспекты старения человека // Психиатрия позднего возраста : В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. — К. : Сфера. Т. 1 : 2001. — 416 с. — С. 3–25.

9. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 1995. — 640 с.

10. Гаврилов Л. А., Гаврилова Н. С. Биология продолжительности жизни. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Наука, 1991. — 280 с.

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 344

11. Геронтопсихология : учебн. пособие / Под ред. проф. Г. С. Никифорова. — СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. — 391 с.

12. Глэддинг С. Психологическое консультирование. — М. : Питер, 2002. — 736 с. — (Серия «Мастера психологии»).

13. Головаха Е. И., Кроник А. А. Психологическое время личности. — К. : Наукова думка, 1984. — 207 с.

14. Докинз Р. Эгоистичный ген. — М. : Мир, 1993. — 318 с.

15. Дубина Т. Л., Разумович А. Н. Введение в экспериментальную геронтологию. — М. : Наука и техника, 1975. — 167 с.

16. Карсаевская Т. В. Смерть, бессмертие, долголетие: цивилизационный аспект : Современная философия и тема смерти // Психология зрелости и старения. — 1998. - № 4. — С. 71–74.

17. Качкин А. В. Особенности стиля жизни пожилого человека // Пожилой человек. — Ульяновск, 1995. — С.46–50.

18. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб. : Питер, 2002. — 1312 с. — (Серия «Мастера психологии»).

19. Крайг Г. Психология развития. — СПб. : Питер, 2002. — 992 с. — (Серия «Мастера психологии»).

20. Крайніков Е. В. Психологія розвитку : словник-довідник. — К. : Арістей, 2004. — 260 с.

21. Краснова О. В., Лидерс А. Г. Социальная психология старения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М. : Издательский центр «Академия», 2002. — 288 с.

22. Малкина-Пых И. Г. Кризисы пожилого возраста. — М. : Издательство «Эксмо», 2005. — 368 с. — (Серия «Справочник практического психолога»).

23. Медведев А. В. Бредовые и галлюцинаторные расстройства при поздних психозах, протекающих с картиной «параноида жилья» // Журнал неврологии и психиатрии. — 1990, № 9. — С. 62–66.

24. Миллер С. Психология развития: методы исследования. — СПб. : Питер, 2002. — 464 с. — (Серия «Мастера психологии»).

25. Налчаджян А. А. Загадка смерти: очерки психологической танатологии. — СПб. : Питер, 2004. — 224 с.

26. Нальчикова Е. А. Генезис феномена «добровольной смерти»: миф и традиция // Власть. — Август 2007. — С. 71–73.

27. Нельсон Т. Психология предубеждений. Секреты шаблонов мышления, восприятия и поведения. — СПб. : «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. — 384 с. — (Серия «Психология-Best»).

28. Палмер Дж., Палмер Л. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo Sapiens. — СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. — 384 с. — (Серия «Психология–Best»).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 345

29. Платон. Федон // Собрание сочинений в четырех томах. — М. : Мысль, 1990–1994. — Т. 4. — С. 7–80.

30. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. — СПб. : Питер, 2003. — 1096 с.

31. Психология: Биографический библиографический словарь / Под ред. Н. Шихи, Э. Дж. Чэпмена, У. А. Конроя. — СПб. : Евразия, 1999. — 832 с.

32. Пучков П. В. Концептуальные основания превенции геронтологического насилия в современном российском обществе : автореф. дис. ... докт. соціол. наук : 22.00.04. — Саратов, 2009. — 32 с.

33. Рощак К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте : автореф. дис. ... канд. псих. наук. — М., 1990. — 19 с.

34. Словарь античности / Сост. Й. Ирмшер, Р. Йоне. — М. : Прогресс, 1993. — 704 с.

35. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. — СПб. : Питер, 2003. — 256 с. — (Серия «Мастера психологии»).

36. Уиннер С. Оценка соматического состояния пожилых пациентов // Психиатрия позднего возраста : В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. — К. : Сфера. Т. 1: 2001. — 416 с. — С. 172–188.

37. Утехин И. В. Очерки коммунального быта. — М. : ОГИ, 2004. — 277 с. — (Серия «Нация и культура»).

38. Феофанов К. А. Старость в современном обществе: Руководство по социальной геронтологии: Реферативный обзор // Психология старости и старения : хрестоматия : учебное пособие для студентов психологических факультетов высших учебных заведений // Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. — М. : Издательский центр «Академия», 2003. — 416 с. — С. 29–36.

39. Философия старости: геронтософия. Сборник материалов конференции. — СПб. : Санкт-Петербургское философское общество, 2002. — (Серия «Symposium»).

40. Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни. — Л. : Наука, 1988. — 239 с. — (Серия «От молекулы до организма»).

41. Хойт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М. : Издательский центр «Академия», 2003. — 370 с.

42. Цицерон М. Т. О старости. О дружбе. Об обязанностях. — М. : Наука, 1993. — 248 с. — С. 7–30. — (Серия «Литературные памятники»).

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 346

Електронні ресурси

http://ageing-not.narod.ru
http://aginginfo.hoter.ru
http://akmeo.rus.net
http://dic.academic.ru
http://gd.maps.spb.ru
http://genomics.senescence.info
http://geriatrics-ua.org
http://geront.kiev.ua
http://gerontology.ru
http://gerontology-explorer.narod.ru
http://graypanthers.org
http://health.rambler.ru
http://hmed.ru
http://humbio.ru
http://ial-system.ru
http://imquest.hoha.ru
http://life-and-health.ru
http://medic.claw.ru
http://medobzor.net
http://mirslovarei.com
http://moikompas.ru
http://niigeront.org
http://pchela.ru
http://psihotesti.ru
http://ru.wikipedia.org
http://sbio.info
http://smed.ru
http://thanatos.oedipus.ru
http://uk.wikipedia.org
http://upload.wikimedia.org
http://usefulnurse.narod.ru
http://www.aarp.org
http://www.curemed.ru
http://www.doktorvisus.ru
http://www.dolgozhitel.narod.ru
http://www.dt.ua
http://www.endocrinolog.ru
http://www.eurolab.ua
http://www.expert.ru
http://www.glossary.ru
http://www.grc.nia.nih.gov
http://www.iabg2009.com
http://www.ibis-birthdefects.org
http://www.kcn.ru
http://www.kul-lib.narod.ru
http://www.mediline.ru
http://www.medkurs.ru
http://www.memini.ru
http://www.naturfood.net/about.html
http://www.ngc.org.ru
http://www.niss.gov.ua
http://www.philos.msu.ru
http://www.provisor.com.ua
http://www.rmj.ru
http://www.sciam.ru
http://www.scienceagainstaging.org
http://www.sgmu.ru
http://www.spbu.ru
http://www.transhumanism-russia.ru
http://www.un.org
http://www.vechnayamolodost.ru
http://www.vitaeauct.narod.ru
http://www.whonamedit.com
http://www.womenhealth-spb.org
http://www.worldhealth.net
http://www.zdrav.net
http://www-biology.univer.kharkov.ua

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 347

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

А
Авербух Е. С. 140
Авіценна 45
Аденауер К. 77, 123
Александрова М. Д. 140
Альбрехт Р. 46
Альцгеймер А. 58, 64, 195, 203, 301
Амосов М. М. 82, 202, 203
Ананьєв Б. Г. 106, 149, 203–205
Андре Г. 34
Анісімов В. М. 205, 234
Анциферова Л. І. 43, 104
Ар'єв О. Л. 239
Арістотель 29
Арндт Р. 61

Б
Байєр, Адольф фон 221
Балтес П. Б. 117
Бальзак, Оноре де 21
Батін М. О. 236, 244
Батлер Р. 80, 149
Баторі Є. 123
Бахтіяров Р. Ш. 234
Безруков В. В. 205, 206, 237
Бекон Ф. 45
Беллак Л. 134
Беллак С. 134
Бердяєв М. О. 149, 234
Бернал Дж. Б. 243
Бернсайд І. М. 168
Бехтерєв В. М. 203
Біддер Г. 153
Білозерський А. М. 221
Біррен Дж. Е. 157
Бісмарк, Отто фон 25
Блум Д. 142
Богданов О. О. 123
Богомолець О. О. 53, 189, 205–207, 227, 237
Бойко О. Г. 59
Болтенко В. В. 158
Ботвіннік Дж. 31
Боткін С. П. 45, 207, 219
Брегг П. Ч. 208
Бреннер С. 12
Бромлей Д. Б. 167, 185
Броун-Секар Ш. 123, 208
Буланкін І. М. 153
Булаховський І. М. 235
Булгаков М. А. 210
Бургаве Г. 40
Бурдон Б. 23
Бюффон Ж. Л. 19, 189

В
Василенко В. Х. 222
Вейлант Г. 133
Вейсман А. 180
Векслер Д. 23, 31, 155
Верді Дж. 77
Вернадський В. І. 243

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 348

Вернер О. 137, 142
Верніке К. 136
Вершловський С. Г. 42
Вишневська-Рошковська К. 135
Вільямс Дж. К. 132
Вітторі Ж. 71
Волкова О. С. 240
Воробйов П. А. 238
Воровський В. В. 227
Воронов С. О. 123, 209, 210

Г

Гален К. 45
Галлей Е. 19
Ганді М. К. 152
Гантінґтон Дж. 15, 157, 198, 202
Гатчінсон Дж. 137, 143
Гейденгайн Р. 219
Гейфлік Л. 18, 59, 60, 87, 107, 112, 175, 180, 184, 210, 213, 218
Геккель Е. 83
Гельвецій К. А. 54
Генрі У. 181, 182, 183
Геродот 16
Герхарт Дж. 184
Гізе Ф. 187
Гілфорд Х. 137, 143
Гіппократ 29, 39, 45
Гленн Дж. 77
Гоголь М. В. 21, 22
Голль Ш. де 123
Головаха Є. І. 27
Гольбах П. А. 54
Гольдштейн К. 141
Гомперц Б. 19, 20, 85, 173
Горвіц Р. Г. 12
Горєв М. М. 237
Григоров С. 216
Гуло Л. Ф. 239
Гутман Д. Л. 133
Гуфеланд К. В. 45, 189, 210
Гюйгенс К. 19

Ґ

Ґраунт Дж. 19, 211
Ґрей О. Д. Н. Дж. ді 104, 169, 211
Ґрін Р. Ф. 31

Д

Давидовський І. В. 153
Данилевський В. Я. 123
Даннефер Д. 116
Даун Дж. Л. Г. 66, 137, 143, 144
Дворецький Л. І. 238
Джарвік Л. Ф. 31
Джексон Дж. Х. 89
Діоген Сінопський 70, 130, 144
Дільман В. М. 180
Дубина Т. Л. 157

Е

Еберт Т. 87
Едісон Т. А. 77
Ейлер Л. 19
Ерасістрат 122
Еріксон Е. Х. 10, 106, 115, 168, 212
Ерліх Д. 61

Є

Єрошевський Т. І. 205

Ж

Жислін С. Г. 62

З

Зюганов В. В. 87

І

Іванов В. М. 237
Іванов І. І. 210

К

Кадьян О. О. 208
Калиновська О. Г. 240
Кальбаум К. Л. 136

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 349

Каммінг Е. 181, 182
Кан Р. 161
Кант І. 16, 152
Капораель Л. Р. 114
Каразін В. Н. 216, 217
Карл II 211
Каррель А. 107, 210, 213, 220
Качкін А. В. 186
Керр Дж. Ф. Р. 12
Кесарійський П. 54
Кетле А. 19
Кирюхін Е. В. 70
Кінг М. Л. 152
Кірквуд Т. 178, 213
Кіров С. М. 237
Клапаред Е. 89
Клатц Р. 230
Кокейн Е. А. 137, 145
Коланджело Н. 144
Колберг Л. 152
Коменський Я. А. 42, 214
Комфорт А. 158
Кон І. С. 187
Конфуцій 45
Корнаро Л. 45, 213
Кох Р. 221
Кохаузен Й. Г. 40
Крайг Г. 90
Кремпен Г. 104
Крепелін Е. 130, 203
Кройтцфельдт Г. Ґ. 63, 68, 194
Кронік О. О. 27
Кун М. 249
Купревич В. Ф. 17, 243
Курапов С. С. 74
Кюблер-Рос Е. 30, 215

Л

Ландольт Е. 23
Лаплас П. С. 19
Лебуві-Віф Г. 112
Лейбніц Г. В. 19
Лисенко Т. Д. 215
Лихницька І. І. 234
Ломоносов М. В. 218, 221
Лопатіна Я. В. 250
Лоський М. О. 234
Людвіг К. Ф. В. 219
Людовик XI 123

М

Максимов О. О. 184
Манн Т. 123
Медавар П. Б. 181
Медведєв А. В. 129
Медведєв Ж. О. 175, 215
Мейкем У. 20, 85
Менделєєв Д. І. 223
Мендель Г. І. 215
Мечников І. І. 40, 45, 53, 124, 149, 156, 174, 189, 207, 215, 216, 223
Мільман М. С. 46, 153
Міура Ю. 77
Мічем Дж. 105
Моем У. С. 77, 123
Моллі У. 233
Молодчий О. О. 233
Монтень, Мішель Ейкем де 42, 52
Морган К. Д. 45
Мурхед П. 210
Мюрей Г. А. 45

Н

Нагорний О. В. 46, 53, 86, 153, 216, 217
Нальчикова О. А. 55
Неговський В. О. 151
Нікітін В. М. 57, 153, 217
Нікітін Ю. О. 88
Ніханс П. 123
Нойгартен Б. 161, 182

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 350

О
Образцов В. П. 222
Овсяннiков Ф. В. 219
Оловников О. М. 59, 60, 218

П
Павлов І. П. 46, 53, 207, 219, 222
Палмор Е. 81
Парацельс 61, 189
Паркінсон Д. 68, 131, 157, 196
Пастер Л. 216
Пек Дж. 168
Перлмуттер М. 116
Петрарка Ф. 52
Піаже Ж. 112
Пій XII 123
Пік А. 68, 198
Пікассо П. 77
Пірл Р. 18, 20, 177, 220, 221
Пірсон К. 20, 220
Платон 16, 44
Пульвіно К. Дж. 144
Пучков П. В. 119

Р
Разумович А. Н. 157
Рамон-і-Кахаль С. 98
Ранке, Леопольд фон 76
Рассел Б. 77
Рейманіс Ґ. 31
Рибалко О. Ф. 220, 221
Рибников М. А. 10
Рифф К. Д. 84
Рібо Т. 64, 85, 115, 157
Ріверс У. Г. 43, 44
Рігель К. Ф. 112
Розен Дж. 182
Рокфеллер Дж. Д. 213
Россет Е. 154
Ротмунд, Август фон 137, 141, 146
Роуз А. 184
Роуї Дж. 161
Рощак К. 133
Рубінштейн С. Л. 112
Рубнер М. 220, 221

С
Салстон Дж. Е. 12
Сандберг Дж. 154
Сенека Л. А. 45
Сєверцов О. М. 46
Сєченов І. М. 219, 238, 245
Сінклер Д. 75
Скінер Б. Ф. 138
Скулачов В. П. 12, 113, 124, 193, 221
Сові А. 74
Сорокіна Л. Я. 52
Спенсер Г. 89
Стецько Я. Й. 77
Сторанд М. 31
Стражеско М. Д. 46, 145, 205, 222, 227, 237
Сухово-Кобилін О. В. 243
Сушинський В. Е. 239
Сяопін Д. 44

Т
Таланкін А. А. 204
Термен Л. 155
Тимірязєв К. А. 215
Тіціан В. 77
Токар А. В. 240
Толстой Л. М. 75, 77
Томпсон, Дж. А. 184
Томсон М. С. 137, 140, 146
Туєв В. А. 74

У
Уолк Р. Б. 45
Уолк Р. Л. 45
Урланіс Б. Ц. 94, 189

Ф
Фалек А. 31
Фанконі Ґ. 12, 137

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 351

Федоров М. Ф. 17, 234, 243
Філатова М. Г. 248
Флемінг В. 12
Флуранс П. Ж. 189
Фогт К. К. 12
Фольстен М. Ф. 105
Фольстен С. Е. 105
Фоменко А. М. 233
Фоменко Л. П. 233
Франкл В. 102, 106
Фрейд А. 212
Фрейд З. 29, 145
Френкель З. Г. 46, 222, 223
Фролькіс В. В. 29, 46, 82, 146, 147, 223, 224

Х

Хайдрих С. Д. 84
Хакслі Дж. 243
Харман Д. 113, 179, 220, 224, 231, 241
Хевігхерст Р. Дж. 46, 94, 104, 184, 224
Хейл Ф. 104
Холдейн Дж. Б. С. 243
Холл Г. С. 48
Хухлаєва О. В. 102, 105
Хью П. Р. 105
Хюппе Ф. 61

Ц

Цзедун М. 44
Цицерон М. Т. 42, 45, 52, 225–227
Ціолковський К. Е. 53, 243
Ціон І. Ф. 219

Ч

Чеботарьов Д. Ф. 227, 228, 237, 240
Чарановський Р. І. 203, 204
Черчілль У. 123
Чиж В. Ф. 22
Чижевський О. Л. 243
Чупрун О. М. 236

Ш

Шабалін В. М. 248
Шарден, П'єр Тейяр де 243
Шахматов М. Ф. 69
Шлейєрмахер Ф. 42
Шмальц Х. Н. 79
Шопенгауер А. 42
Шульц Х. П. Ф. 61

Ю

Юнг К. Г. 115, 133, 187

Я

Якоб А. М. 68, 194

geront_kraynikov:edik_sllow_new 16.09.2010 23:12 Page 352

Довідкове видання

КРАЙНІКОВ Едуард Владиславович

Геронтологія

Словник-довідник

Головний редактор: Ю. В. Паливода
Літературне редагування та коректура: Т. С. Крайнікова
Макет і верстка: Т. С. Крайнікова
Дизайн і макет обкладинки: Ю. С. Губатенко

Видавець — Паливода Алла Володимирівна
03110 м. Київ, вул. О. Пироговського, 19, корп. 4, оф. 54
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції (серія ДК № 283 від 18,12.2000 р.)

Віддруковано в друкарні СПД ПАЛИВОДА А. В.
м. Київ вул. О. Пироговського, 19, корп. 4