

Д.М. РОГОЗИН

## Принятие боли в старшем возрасте

На материалах общероссийского опроса россиян старше 65 лет показаны особенности переживания трудностей и адаптации к боли и болезням. Психическое и физическое здоровье – это дискурс среднего возраста, юношества или детства. Старость – это преодоление боли, умение справляться с ней, поддерживать активность в чрезвычайно некомфортных, не понятных для другого возраста условиях. Физические ограничения, постепенная инвалидизация не должны восприниматься как маркеры беспомощности, бессмысленности дальнейшей жизни. Последний рубеж, 10–15 лет до ухода из жизни – самые важные годы для осмысления и принятия жизни, понимания смысла человеческого существования. Потому такая высокая цена, потому нет компромисса, нет жизни без боли.

**Ключевые слова:** адаптация к недомоганиям, болезни, возрастные изменения, инвалидизация, социология старения, старший возраст, технофизиологическая эволюция, управление болью.

**DOI:** 10.31857/S086904990000370-9

Мир стареет. Россия – не исключение. Средняя продолжительность жизни россиян с начала 2000-х гг. выросла с 65 до 72 лет, и она, несмотря на множество негативных факторов [Григорьева 2005; Григорьева 2006; Вишневецкий, Васин 2011; Сергеев, Донцова, Березкин 2015; Реутов 2017], продолжает увеличиваться. Основными сдерживающими факторами здесь выступают отнюдь не проблемы стариков, а высокий уровень младенческой и детской смертности [Баранов, Альбицкий 2011], смертей в средние годы жизни от инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней системы кровообращения и органов пищеварения, несчастных случаев: "...российская особенность – не в том, что люди вообще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, а в том, что слишком многие умирают от них в молодых возрастах, причем особенно это характерно для мужской части населения. Резкие различия от западного стандарта у мужчин проявляются уже в возрасте 25–29 лет и потом стремительно нарастают" [Вишневецкий, Васин 2011, с. 492].

Если мужчина или женщина дожили до 60 лет, вероятность того, что он или она доживут до 80, весьма велика. Все мы свидетели этого. Многим есть, что рассказать о своих бабушках и дедушках, пожилых родителях. Но из-за неподготовленности, растерянности перед старостью, болезнями и невзгодами, которые она приносит всем окружающим, эти рассказы не всегда радостны. Стереотипы о старении как безрадостном, болезненном, убогом состоянии удивительно устойчивы и не меняются десятилетиями [Brewer, Dull, Lui 1981; Schmidt, Boland 1986; Cuddy, Fiske 2002; Cuddy, Norton, Fiske 2005; Marques, Swift, Vaclair, Lima, Bratt, Abrams 2015; Fraser, Kenyon, Lagace, Wittich, Southall 2016; Kuhlmann, Kornadt, Bayen, Meuser, Wulff 2017]. Поэтому чрезвычайно важно

---

Р о г о з и н Дмитрий Михайлович – кандидат социологических наук, заведующий лабораторией Института социального анализа и прогнозирования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. Адрес: Москва, 119034, Пречистенская набережная, д. 11, стр. 1. E-mail: nizgor@gmail.com

уметь посмотреть на старость иначе, понять и принять своих стареющих родственников с их болью, раздражительностью или замкнутостью.

Учиться стареть можно только вместе, собирая разные поколения в одну семью. Несмотря на индивидуальные возрастные изменения, связанные с репродуктивным, адаптационным и энергетическим гомеостазом [Анисимов, Михальский, Новосельцев, Романюха, Яшин 2010, с. 166], основным фактором ускоренного старения и последующей за ним неоправданно ранней инвалидизации выступает низкая социальная адаптивность, исключенность из привычного круга социальных взаимодействий. Активное долголетие, к которому слышны призывы уже не первый год [Колосницына, Хоркина 2016; Кошкин 2016; Реутов 2015], – это прежде всего поддержка, искусство любить не только прошлое, но и будущее; совместная, семейная активность в понимании и принятии возрастных изменений.

Для этого отнюдь не достаточно лишь сопереживать, сочувствовать и оказывать поддержку. Необходимо понимать и принимать старческую жизнь. Какую роль играют болезни в жизни стариков? Как переживаются боль, возрастные ограничения, постепенная инвалидизация? Что в большей степени ограничивает физическую активность стариков? Где пожилые люди находят физические и социальные ресурсы для преодоления возрастных ограничений? Наконец, что такое здоровье в старшем возрасте?

### Теоретическая рамка

Лауреат Нобелевской премии по экономике, украинский еврей, родители которого выехали из Одессы в США в 1920 г., Р. Фогель (1926–2013), в зрелый период своей карьеры возглавил крупнейший исследовательский проект "Ранние индикаторы поздней работы, заболеваний и смертности" по изучению долголетия ветеранов гражданской войны США. В выборку изначально попали более 39 300 ветеранов. Затем она была дополнена 6000 чернокожих ветеранов. Итого массив составил 45 300 наблюдений и около 15 тыс. переменных, описывающих жизненные истории каждого ветерана [Fogel 2004, p. 19]. Кроме того, проект включал работу в архивах различных ведомств США, научных библиотеках и частных коллекциях. Были обработаны миллионы записей, характеризующих жизненные траектории, заболевания и смерти людей. Исследователи смогли объединить формальные записи и устные рассказы о прошлых событиях, тем самым добились небывалой ранее точности в регистрируемых данных.

Это позволило Фогелю сформулировать теорию технофизиологической эволюции [Fogel, Costa 1997; Fogel 2004]. Согласно ей, за последние 300 лет человечество смогло преодолеть порядок естественной эволюции посредством изменения окружающей среды и контроля за собственной популяцией. В классической теории здоровья как капитала (инвестиции в который необходимы для замещения износа, ремонта здоровья) предполагалось, что человек рождается с некоторым генетически заданным набором жизнестойкости организма, с возрастом растрачиваемым. Для его поддержания требуются постоянные вложения в здоровье, что равноценно инвестициям в основной капитал коммерческого предприятия. Теория Фогеля опровергает линейность традиционной экономической теории ремонта здоровья, позволяя объяснять происходящие сдвиги в инвалидизации средних и старших возрастов и рост продолжительности жизни в различных когортах.

Рост продолжительности жизни принято объяснять успехами медицины. Это объяснение из теории ремонта здоровья вполне вписывается в обыденные представления, поддерживаемые бытовыми впечатлениями, разговорами с родственниками и знакомыми. Опираясь на первые революционные результаты, полученные в ходе проекта, Фогель показал, что успехи медицины хотя и выступают одним из значимых факторов долголетия, но отнюдь не могут претендовать на статус единственного условия наблюдаемого роста продолжительности жизни. Есть и иные причины.

Во-первых, человечество справилось с массовыми инфекционными заболеваниями. Во-вторых, оно научилось минимизировать последствия для организма, пораженного подобными болезнями. Сдвиг смертности от острых заболеваний к хроническим А. Омран назвала эпидемиологическим транзитом, основное последствие которого – рост продолжительности жизни при сохранении паттернов различных болезней в организме [Omran 1971]. В-третьих, изменился стиль жизни и питания, существенно преобразовав нитратную составляющую продуктов. Это привело к психофизиологическим изменениям и росту выживаемости вида: "Теория [технофизиологической эволюции] опирается на наблюдение, что за последние 300 лет человечество достигло беспрецедентного контроля за средой своего обитания. Степень контроля настолько велика, что это позволило человеку начать значительно отличаться не только от других живых существ, но и прошлых поколений своего вида Homo sapiens. Эта новая степень контроля позволила Homo sapiens увеличить средний размер тела на 50%, среднюю продолжительность жизни более чем на 100%, значительно улучшив прочность и продуктивность всех жизненных органов" [Fogel 2004, p. 36].

Другими словами, человек стал жить дольше не столько за счет внутренних резервов и предзаданной генетической программы, сколько из-за изменения физиологических свойств всей популяции и преобразования среды ее обитания. Человек осознал себя частью суперорганизма и научился управлять последним. Потому социальность, общество – это не абстрактные категории, а элементы современного теоретического знания, объясняющего революционные изменения в основаниях человеческой жизни.

Речь не идет о социальной инженерии и проектировании социальности. Перед исследователями не стоит задачи создания некоторого глобального адаптационного механизма, обеспечивающего активное и осмысленное старение. Задача – скромнее и гуманней. Преодоление страхов перед старением, инклюзия в социальные и трудовые отношения постоянно растущей группы пожилых, предоставление возможностей для реализации личных траекторий старения начинаются с наблюдения и описания текущей коммуникативной ситуации, связанной с восприятием и трансляцией общественного мнения о стариках.

Базовым концептом нашего исследовательского интереса выступает активное старение, которое в разных работах стоит в одном ряду со старением успешным, счастливым, осмысленным. В обзоре основных работ по успешному старению К. Депп, И. Вахиа и Д. Джест отмечают отсутствие устоявшегося набора индикаторов такого старения, но в одном сходятся все исследовательские команды. Это здоровье и сокращение различных возрастных ограничений, связанных со слухом, зрением, подвижностью, ментальными особенностями и т.д., как важнейшие компоненты успешного старения [Depp, Vahia, Jeste 2010, p. 532]. Другими словами, переживание и принятие возрастных ограничений, трансформация текущей деятельности, подстройка под текущее состояние организма есть основание активного долголетия.

Наиболее сложный в социальном плане возраст – нетрудоспособный, после 65 лет, когда постепенно уходят силы, оптимизм, желание жить. Поэтому в Институте социального анализа и прогнозирования РАНХиГС было организовано большое исследование этой, сейчас уже весьма внушительной группы – более 20 миллионов, или 14% от общего числа россиян.

Исследователи разговаривали по телефону с пожилыми людьми или их родственниками, если первые не могут снять трубку, не слышат или с трудом понимают речь незнакомцев. Всего в июле 2017 г. опрошено 2000 человек, из них 1120, или 56%, пожилых, и 880, или 44%, члены семей, с которыми мы говорили о пожилых.

Опрос членов семей, живущих вместе со своими стариками, позволил существенно улучшить качество выборки. В традиционных опросах общественного мнения, проводимых лишь с людьми, отвечающими о себе, выпадают группы старше 80 лет, испытывающие значительные проблемы с передвижением, слухом, речью и формулированием мыслей. Другими словами, репрезентативные опросы, проводимые в России, на деле не представляют позицию старшего поколения россиян. Вместе с тем и наше исследование

не обошлось без проблем с репрезентацией. В результате выбранного дизайна отбора мы существенно недосчитались одиноких пожилых в наиболее старших возрастных группах. О них, как правило, говорили родственники. Те же, кто живут одиноко, не имели шанса попасть в выборку, если испытывали серьезные недомогания.

Мы изучаем активное долголетие, или полное, успешное, насыщенное событиями проживание финальных десятилетий жизни. Совсем недавно разговор о социальной или физической активности, интимности и сексуальности, полноценных семейных отношениях у глубоких стариков выглядел эпатажем, пугал надуманными обобщениями. Мир изменился, и старость перестала удивлять и пугать [Полькина 2012]. Наша задача – рассказать об этом.

### Физические проблемы старения

Боль сопровождает человека на протяжении всей жизни. Но в молодости она рассматривается как нечто исключительное, что нужно преодолеть и забыть. В старости – боль становится частью жизни, привычной и неотъемлемой [Chapman, Casey, Dubner, Foley, Gracely, Reading 1985; Lautenbacher, Peters, Heesen 2017]. С возрастом увеличивается порог терпимости к боли, которая перестает удивлять, а порой и досаждать пожилому человеку. Но одновременно парадоксальным образом снижается переносимость боли, что приводит к росту неврозов и развитию депрессии [Баринов, Ахмеджанова, Махинов 2014; Daoust, Paquet, Piette, Sanogo, Bailey, Chauny 2016]. Поэтому геронтологи, медики, специализирующиеся на старшем поколении, давно говорят не о преодолении заболеваний, а о совместном, разделяемом семьей управлении болью [Savvas, Gibson 2015; Savvas, Gibson 2016; Reid, Henderson, Trachtenberg, Beissner, Bach, Barrón, Sridharan, Murtagh 2017].

Более трети россиян старше 65 лет ежедневно испытывают сильные боли. Кроме того, 19% опрошенных отвечают, что они или пожилые члены семьи испытывают боли несколько раз в неделю, и только 29% – переживают боль несколько раз в месяц и реже. Тех, кто бы с уверенностью говорили о полном отсутствии боли в своей жизни, среди старших возрастов нет: *"Что тут говорить? Недомоганий столько, что сил никаких не осталось. Худо, – да и все. Ишемическая болезнь сердца, высокое давление, ноги не ходят, спина отнимается, из руки тросточка (я ее конем зову) выпадает. Такая крепкая, здоровая была. А сейчас нет никакой силы. Вместо нее одна боль. Каждый день ее ощущаю: с ней ложусь и с ней встаю"* (жен., 77 лет, Тюмень).

Боль в старших возрастах – зачастую фоновая реакция организма на общие процессы одряхления, неспособность самостоятельно выполнять действия, необходимые в повседневной жизни. 66% пожилых старше 65 лет испытывают трудности с передвижением (ходьбой, подъемом по лестнице), у 49% – проблемы со зрением даже при ношении очков, у 15% – с речью, выражением и формулированием мыслей (см. рис. 1). Эти проблемы объединяет то, что ответы стариков и членов семей о стариках не различаются. Другими словами, проблемы пожилых видимы и разделяемы другими членами семьи.

Проблемы со слухом испытывают 34% россиян старше 65 лет, трудности при самообслуживании (одевании, приеме душа) – 20%. При этом доли испытывающих эти трудности по ответам говорящих о стариках значимо выше, нежели ответы самих стариков: 39% против 30% в случае проблем со слухом и 25% против 17% – трудностей при самообслуживании. Подобные затруднения маркируют группу труднодостижимых в массовых опросах респондентов, которые в большинстве случаев не попадают в традиционные выборки, проектируемые российскими опросными компаниями. То есть о людях, испытывающих данный вид проблем, лучше говорить с родственниками, нежели с ними самими. *"Здоровье у мамы плохое. Сердце, давление, суставы, катаракта, не слышит, с палочкой ходит. Инвалидность оформили. К врачам только за рецептами ходим – вот и все медицинское обслуживание. Возьмешь бумажку, сходишь в аптеку – обслужилась на 100%"* (жен., 49 лет о маме 81-го года, живут вдвоем, Удмуртия).



Рис. 1. Физические проблемы старения.

Проблемы с концентрацией и памятью испытывают 45% россиян старше 65 лет. Родственники значительно реже замечают это, возможно, списывая все на старческий возраст, считая нормальным не вести серьезных разговоров со своими престарелыми родителями. Такой установкой можно объяснить небольшое снижение проблемы с концентрацией и памятью людей старше 90 лет по отношению к 85–89-летним – с 64% до 60%, соответственно.

Анализируя наборы данных Национального обследования по уходу за пожилыми (*NLTCS*), проводимые в США среди населения старше 65 лет за период с 1982 по 1999 г., А. Михальский и А. Яшин зафиксировали различные гендерно обусловленные стратегии поддержания жизни: "Полученные оценки позволяют сделать вывод о наличии принципиально различных стратегий поддержания жизни, реализуемых природой в мужчинах и женщинах. В мужчинах реализуется стратегия защиты здоровья, которая предписывает в пожилых возрастах поддерживать организм на работоспособном уровне (низкая уязвимость), не оставляя достаточно резервов для его поддержания в состоянии нездоровья (низкая живучесть). В женщинах, наоборот, больше резервов направлено на поддержание жизни (живучесть) из-за более слабой защиты здоровья (более высокая уязвимость)" [*Михальский, Яшин 2004, с. 50*].

Аналогичная ситуация наблюдается в нашем исследовании. Женщины демонстрируют больший уровень инвалидизации или затруднений и проблем, связанных с самообслуживанием. Особенно ярко это выражено в проблемах со зрением даже при ношении очков и проблемах с передвижением. Первую проблему женщины называют чаще, нежели мужчины на 16 процентных пунктов, вторую – на 17 процентных пунктов. Только проблемы со слухом однозначно не зависят от гендера старших возрастных групп (см. табл.).

Мужчины чаще всего называют одну физическую проблему (медианное значение), женщины – две (см. рис. 2). Безусловно, в таком восприятии затруднений лежит субъективная компонента переживания заболевания. Мужчина часто отказывает себе в признании болезни, ищет способы перетерпеть, пережить, промолчать о происходящем. Но даже в этом заключена особенность стратегии актуализации жизненных резервов организма, а не профилактики и защиты здоровья.

**Доля мужчин и женщин, испытывающих проблемы и трудности**  
(в % от опрошенных мужчин или женщин)

Проблемы и трудности	Мужчины	Женщины	Всего в выборке	$\chi$ -квадрат
Со зрением даже при ношении очков	37	53	49	$\chi=37,722$ $df=2$ $p<0,000$
Со слухом	34	34	34	$\chi=0,594$ $df=2$ $p<0,743$
С концентрацией и памятью	40	47	45	$\chi=9,019$ $df=2$ $p<0,010$
С речью, выражением, формулированием мыслей	10	16	15	$\chi=13,425$ $df=2$ $p<0,010$
При передвижении	53	71	66	$\chi=54,032$ $df=2$ $p<0,000$
При самообслуживании (одевании, приеме душа)	16	22	20	$\chi=8,560$ $df=2$ $p<0,014$

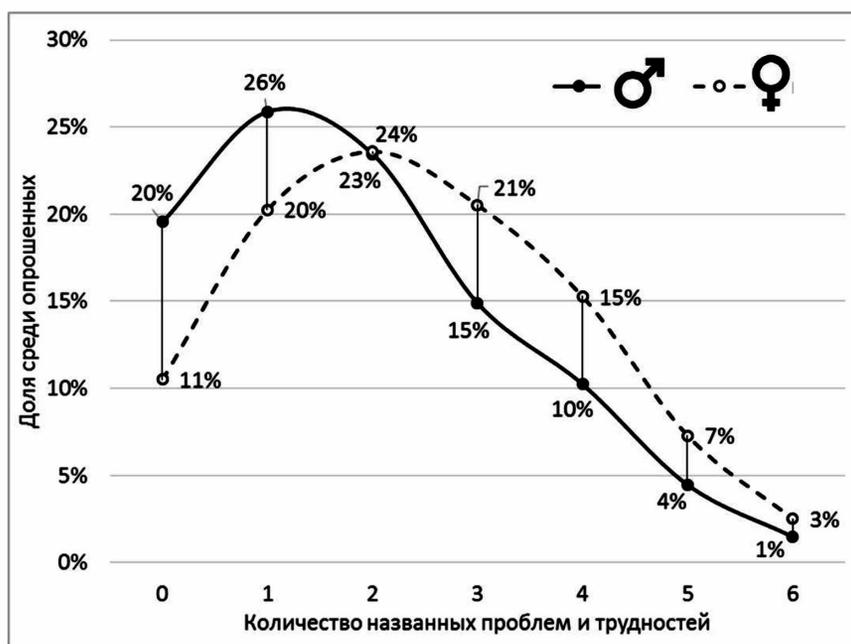


Рис. 2. Количество называемых проблем и трудностей мужчинами и женщинами (% от ответивших).

Более того, Михальский и Яшин утверждают, что мужчины, реализующие женский тип старения (большая уязвимость и живучесть), имеют большие шансы стать долгожителями [Михальский, Яшин 2004, с. 51]. Одним из самых неожиданных результатов грандиозного исследовательского проекта "Ранние индикаторы поздней работы, заболеваний и смертности", упоминаемого выше, стало опровержение теории здоровья или эпидемиологического транзита, доминирующей в начале 1990-х гг. Согласно последней, болезни, приводящие к смерти, развиваются в ранних возрастах и постепенно прогрессируют. Участники исследования показали, что долгожители чаще переживали серьезные заболевания в ранних возрастах, нежели в поздних, и развитие хронических заболеваний

не было линейным [Fogel 2004, p. 20]. Другими словами, долго живут не здоровые люди, а больные и немощные, адаптированные к хроническим заболеваниям, преодолевшие рецидивы в ранних возрастах. За счет существенного сокращения распространенности инфекционных заболеваний, снижения негативных последствий от них, развития медицины и практик ухода [Costa 2002; Zheng, Yang, Land 2016, p. 51], рост продолжительности жизни в современном мире, в первую очередь, обеспечивается людьми, реализующими стратегию поддержания жизни.

### Динамика возрастных изменений

Наиболее интенсивно с возрастом усиливаются проблемы с передвижением и самообслуживанием, одновременно оставаясь наиболее значимыми факторами ухудшения общего физического самочувствия стареющего человека [Sun, Norman, While 2013]. Каждое десятилетие дает прирост почти на десять процентных пунктов в числе людей, испытывающих эти проблемы. Если в 65–69 лет о проблемах с передвижением упоминают 56% респондентов, а о проблемах с самообслуживанием – всего 11%, то после 90 лет проблемы с передвижением испытывают 89%, а с самообслуживанием – 53% (см. рис. 3).

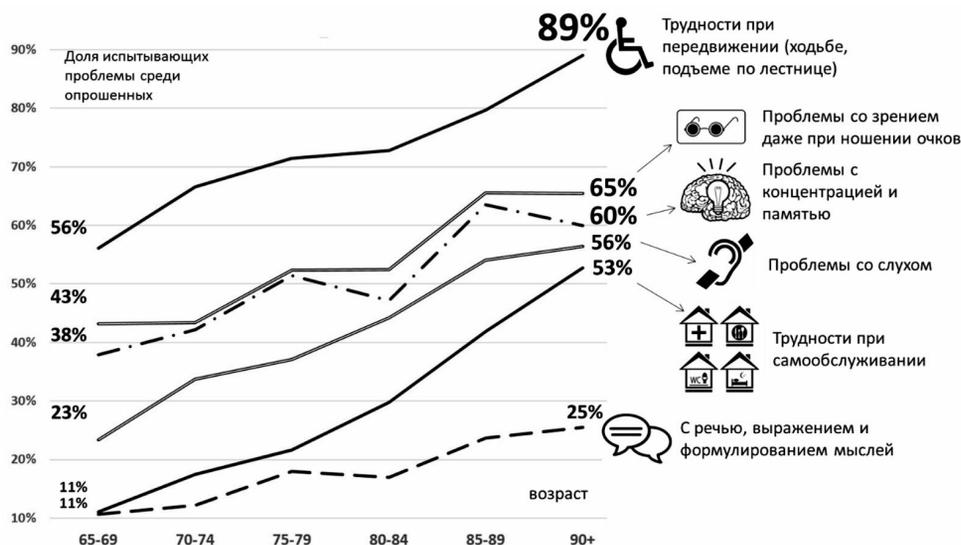


Рис. 3. Возрастная динамика физических проблем старения.

Тем самым трудности с передвижением и самообслуживанием с возрастом вносят основной вклад в падение социального благополучия. Именно эти физические проблемы приводят к восприятию старости как трагедии: "Сижу плачу, ноги не ходят. Живу с сыном. Он – пенсионер, я – пенсионер. Дома сидим. Почти не разговариваем. У каждого – свои болячки. Он – еще молодой, 62 года, забот немало. Я – старуха, свое отжила. А ему еще лет двадцать двигаться. Не может найти бабенку, со мной, старухой, возит. Помирать пора, а все живу, воду на слезы перевозжу" (жен., 94, Саратовская обл.).

Отчаяние и безнадежность текущей ситуации усиливается у стариков из-за отсутствия каких-либо попыток заместить упущенные возможности техническими средствами и гериатрическими практиками ухода. Неподвижность, сопровождаемая негативными переживаниями, отнюдь не фатальна и неизбежна. Зачастую ни старики, ни их родственники не видят доступных способов для изменения ситуации. Из технических средств, как правило, используются лишь костыли и палочки, чрезвычайно редко – инвалидные кресла. Помощь родственников ограничивается поддержанием физиологических функций и

не распространяется на сохранение минимальной мобильности, создания условий для комфортного самообслуживания. Недостаточно распространена практика рационального отношения к гигиене и уходу за телом. Памперсы используются уже для лежащих стариков, но до последнего игнорируются теми, кто могут ходить и лишь периодически испытывают проблемы с недержанием.

Зарубежные исследователи отмечают, что домашний уход за людьми с ограниченными возможностями зачастую сопровождается множественными проблемами, которые вынуждены решать родственники [Chambers, Ryan, Connor 2001; Doebler, Ryan, Shortall 2017]. Одновременно с нагрузкой по уходу они вынуждены работать или подрабатывать, искать средства для существования, разрешать семейные неурядицы, реализовывать собственные потребности в мобильности, досуге, поддержании здоровья. Другими словами, с каждым годом, теряя те или иные возможности, пожилой человек создает дополнительную психологическую нагрузку не только для себя, но и для людей, ухаживающих за ним.

Опираясь на данные нескольких масштабных исследований, С. Доблер, А. Райн и С. Шорталл не обнаружили зависимости между осуществлением семейного ухода и ментальными заболеваниями, потребностями в антидепрессантах среди родственников, осуществляющих уход, за исключением группы женщин старше 50 лет. Для них был установлен статистически значимый риск ментальных заболеваний [Doebler, Ryan, Shortall 2017, p. 998]. В России подобные заболевания, как правило, не регистрируются, поскольку члены семей пытаются самостоятельно справиться с психическими и психологическими расстройствами: не только не обращаются за помощью к врачам, но и скрывают многое от близких. Это отнюдь не означает отсутствия подобных проблем. Напротив, не диагностируемые, сохраняемые в тайне ситуации ментального неблагополучия приводят к расширенным негативным последствиям как для семьи, так и для ее социального окружения.

Семейный уход за пожилым родственником – основная экологичная форма поддержания долголетия [Rashick, Ingersoll-Dayton 2004]. Именно в развитие неформального домашнего ухода следует направлять бюджетные средства и стимулировать геронтологическую грамотность населения, чего невозможно достигнуть без поддержания семей в поиске и реализации наиболее эффективных средств ухода.

### Физическое самочувствие

Переживание сильных болей не мешает многим старикам находить силы для оптимизма, позитивного взгляда на свою жизнь и здоровье. На вопрос о том, как человек оценивает свое здоровье, 16% ответили, что хорошо, 27% – скорее хорошо, 26% – скорее плохо и 20% – плохо, 11% – затруднились с ответом. При этом 79% назвали те или иные болезни, которые сильно мешают, затрудняют нормальное существование. Только 16% указали, что не болен чем-либо серьезно, а 5% затруднились с ответом. Пересечение этих переменных позволяет построить типологию физического состояния россиян (см. рис. 4).

Половина пожилого населения страны плохо физически себя чувствуют: болят и негативно оценивают свое здоровье. Вместе с тем треть имеющих серьезные заболевания (по их субъективным оценкам) не считают свое здоровье слишком плохим. Они адаптировались к старению, преодолели страх боли, научились ею управлять: *"Плохое <здоровье> – не скажу, скорее плохое – не скажу и скорее хорошее – не скажу, и нормальное – не скажу. Вот вы между ними и поставьте"* (жен., 65 лет, Пермский край).

Лишь 15% стариков заявляют об отсутствии болезней и хорошем здоровье. После 65 лет не болят и не испытывать сильные боли – неподозвоительная роскошь, избранность. Подавляющее большинство учатся жить с этим: смиряются, находят силы управлять болью, преодолевать ее через те или иные активности. Хлопоты по хозяйству, работа на огороде, разговоры с близкими, неспешные прогулки формируют "подушку безопасности" от болевых эффектов, позволяют жить с болью.

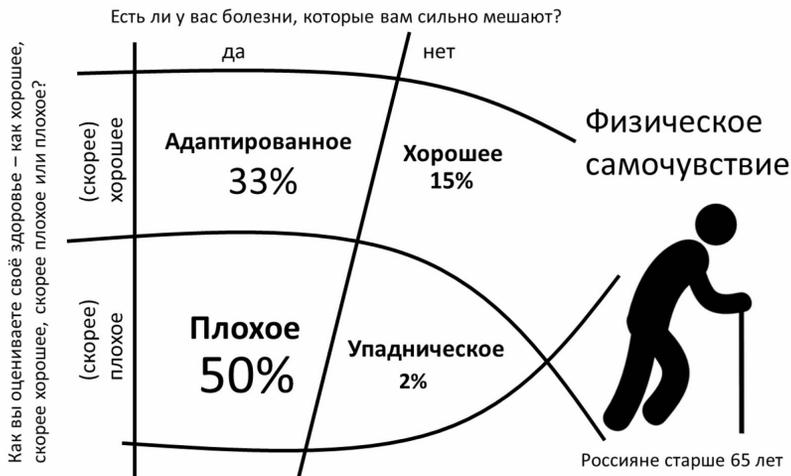


Рис. 4. Физическое самочувствие россиян старше 65 лет (% от ответивших).

Окружающий мир с возрастом становится для человека менее дружелюбным. Передвижение, общение, восприятие и осмысление происходящего даются с большим трудом. Важно помнить, что раздражительность, замкнутость, подчас грубость родного старика сопровождаются, а то и вовсе опосредуются болью. Помнить и прощать. Искать ресурсы для создания и поддержания среды, дружественной старению [Warner, Xu, Morken 2017]. Активное долголетие – это совместный труд близких людей, семьи, а не подарок судьбы или фортуны. Не случайно в исследовании С. Маркус с коллегами, проведенном на подвыборке пожилых старше 70 лет Европейского социального обследования (European Social Survey, 2008/2009, N=6185), обнаружена статистически значимая зависимость между субъективной оценкой здоровья и социальным статусом стариков. В тех странах, где отношение к уходу и старости маркируется негативно, больше вероятность низких оценок субъективного здоровья, даваемых самими стариками [Marques, Swift, Vauclair, Lima, Bratt, Abrams 2015]. Другими словами, плохая оценка физического здоровья людьми старше 50 лет (см. рис. 4) не в меньшей степени связана с социальным окружением, чем с физиологическими особенностями стареющего организма.

Технофизиологическая эволюция (по Фогелю) определяется изменениями в популяции, адаптационных практиках, меняющих среду обитания. В сотнях исследований раз за разом фиксируются положительные корреляции между наличием обустроенной для старения социальной (терапевтической) среды [Кокеш, Кучера, Ильницкий 2015] и уровнем физической активности, субъективным переживанием болезни, физическим самочувствием [Balfour, Kaplan 2001; Clarke, George 2005; Berke, Koepsell, Moudon, Hoskins, Larson 2007; Forsyth, Hearst, Oakes, Schmitz 2008; Hannon, Sawyer, Allman 2012; Warner, Xu, Morken 2017]. Боль, недомогание, дряхлость во многом преодолеваются за счет помогающей, корректирующей обстановки, в которой "подход заботы" замещается "подходом развития" [Григорьева 2016, с. 155]. В России, с тотальным недостатком адаптированной под пожилых социальной среды, начиная от квартиры и заканчивая городской инфраструктурой, только в факторе улучшения этой среды заложены колоссальные возможности не только для роста продолжительности жизни, но и для улучшения ее качества для пожилых людей. Следует лишь переключиться с политики тотальной медикализации старения на ее инфраструктурные и социальные особенности.

\* \* \*

Сочувствия и сопереживания недостаточно. Разговоры о поддержке, содействии и развитии помощи пожилым давно стали ритуальным речитативом, оправдывающим не-

чувствительную к старению социальную политику. Необходимо не только управлять, но и принимать старческую жизнь, видеть в ней неповторимые особенности. В болезнях, немощи и хрупкости старика заложены неустранимые особенности старшего возраста.

Старикам живут с болью и болезнями. Психическое и физическое здоровье – это дискурс среднего возраста, юношества или детства. Старость – это преодоление боли, умение справляться с ней, поддерживать активность в чрезвычайно некомфортных, непонятных для более молодых условиях. Физические ограничения, постепенная инвалидизация не должны восприниматься как маркеры беспомощности, бессмысленности дальнейшей жизни. Последний рубеж, 10–15 лет до ухода из жизни – самые важные годы для ее осмысления и принятия, понимания смысла человеческого существования. Потому столь высокая цена качества жизни в этот период, потому нет компромисса, нет жизни без боли.

Физическую активность стариков куда больше ограничивают не болезни и недомогания, а личная апатия и непонимание родственниками и друзьями (теми, кто должны помогать и поддерживать) базовой ценности старения – движения. Если человек сдастся, покоряется своей боли, он угасает с огромной скоростью, неоправданной и бессмысленной. Старение – это время социальной жизни, когда поддержка и опора семьи – важнейшее условие субъективного благополучия [Григорьева 2006, с. 37]. Старикам хрупки не потому, что источены болезнями. Они хрупки, потому что в точности отражают хрупкость нашего мира, улавливают и транслируют остальным, насколько уникальна, неповторима и одновременно уязвима человеческая жизнь.

Здоровье в старшем возрасте – это умение жить "через", вопреки и помимо боли. Старость – это время подготовки к смерти, предвестниками которой и выступают болезни и недомогания. Преодоление последних есть прямой путь к преодолению или принятию смерти. Но эта важнейшая составляющая осмысленного старения – предмет особого разговора.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Анисимов В.Н., Михальский А.И., Новосельцев В.Н., Романюха А.А., Яшин А.И. (2010) Основные принципы построения многостадийной многоуровневой математической модели старения // *Успехи геронтологии*. Т. 23. № 2. С. 163–167.

Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. (2011) Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // *Казанский медицинский журнал*. Т. 92. № 5. С. 690–694.

Баринов А.Н., Ахмеджанова Л.Т., Махинов К.А. (2014) Боль и старение: особенности лечения пожилых пациентов // *Фарматека*. № 20. С. 39–49.

Вишневский А.Г., Васин С.А. (2011) Причины смерти и приоритеты политики снижения смертности в России // *Экономический журнал ВШЭ*. № 4. С. 472–496.

Григорьева И.А. (2005) Политика рационализации социальных обязательств в отношении пожилых // *Журнал исследований социальной политики*. Т. 3. № 4. С. 431–450.

Григорьева И.А. (2016) Смена парадигмы в понимании старения // *Социологические исследования*. № 11. С. 154–155.

Григорьева И.А. (2006) Социальная политика и пожилое население в современной России: вызовы и возможности // *Мир России*. Т. 15. № 1. С. 29–49.

Кокеш Е., Кучера Й., Ильницкий А.Н. (2015) Терапевтическая среда и терапевтическое обучение в контексте ведения пожилых пациентов с артериальной гипертензией // *Геронтология*. Т. 3. № 1. С. 69–74.

Колосницына М.Г., Хоркина Н.А. (2016) Государственная политика активного долголетия: о чем свидетельствует мировой опыт // *Демографическое обозрение*. Т. 3. № 4. С. 27–46.

Кожкин Р.П. (2016) Оздоровление нации и активное долголетие // *Стратегические приоритеты*. № 3. С. 78–82.

Михальский А.И., Яшин А.И. (2004) Управление старением и продолжительностью жизни // *Проблемы управления*. № 4. С. 46–53.

- Полькина Т.М. (2012) Особенности понимания феномена старости на разных этапах психолого-философского осмысления // Вестник Башкирского университета. Т. 17. № 3. С. 1407–1412.
- Реутов В.П. (2017) Средняя продолжительность жизни в России и перспективная программа "сохранения населения и сбережения народа" // Евразийское научное объединение. № 1. С. 56–70.
- Реутов Н.В. (2015) Государственная политика и практика обеспечения активного долголетия // Вестник университета. № 13. С. 291–293.
- Сергиев П.В., Донцова О.А., Березкин Г.В. (2015) Теории старения. Неустаревающая тема // Acta Natural. Т. 7. № 1. С. 9–20.
- Balfour J.L., Kaplan G.A. (2001) Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: Evidence from the Alameda County study // American Journal of Epidemiology. Vol. 155. No. 6. Pp. 507–515.
- Berke E.M., Koepsell T.D., Moudon A.V., Hoskins R.E., Larson E.B. (2007) Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons // American Journal of Public Health. Vol. 97. No. 3. Pp. 486–492.
- Brewer M.B., Dull V., Lui L. (1981) Perception of the elderly: Stereotypes as prototypes // Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 41. No. 4. Pp. 656–670.
- Chambers M., Ryan A.A., Connor S. (2001) Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 8. No. 2. Pp. 99–106.
- Chapman C.R., Casey K.L., Dubner R., Foley K.M., Gracely R.H., Reading A.E. (1985) Pain measurement: An overview // Pain. Vol. 22. No. 1. Pp. 1–31.
- Clarke P., George L.K. (2005) The role of the built environment in the disablement process // American Journal of Public Health. Vol. 95. No. 11. Pp. 1933–1939.
- Costa D. (2002) Changing chronic disease rates and long-term declines in functional limitation among older man // Demography. Vol. 37. No. 1. Pp. 53–72.
- Cuddy A.J., Fiske S.T. (2002) Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons // Ageism: stereotyping and prejudice against older persons / Ed. by T.D. Nelson. Cambridge, MA: MIT Press. Pp. 3–26.
- Cuddy A.J., Norton M.I., Fiske S.T. (2005) This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype // Journal of Social Issues. Vol. 61. No. 2. Pp. 267–285
- Daoust R., Paquet J., Piette E., Sanogo K., Bailey B., Chauny J.-M. (2016) Impact of age on pain perception for typical painful diagnoses in the emergency department // The Journal of Emergency Medicine. Vol. 50. No. 1. Pp. 14–20.
- Depp C., Vahia I.V., Jeste D. (2010) Successful aging: Focus on cognitive and emotional health // Annual Review of Clinical Psychology. Vol. 6. Pp. 527–550.
- Doebler S., Ryan A., Shortall S. (2017) Informal care-giving and mental ill-health – differential relationships by workload, gender, age and area-remoteness in a UK region // Health & Social Care in the Community. Vol. 25. No. 3. Pp. 987–999.
- Fogel R.W. (2004) Changes in the process of aging during the twentieth century: Finding and procedures of the early indicators project // Population and Development Review. Vol. 30. Supplement: Aging, health, and public policy. Pp. 19–47.
- Fogel R.W., Costa, D.R. (1997) A theory of technophysio evolution, with some implications for forecasting population, health care costs, and pension costs // Demography. Vol. 34. No. 1. Pp. 49–66.
- Forsyth A., Hearst M., Oakes J.M., Schmitz K.H. (2008) Design and destinations: Factors influencing walking and total physical activity // Urban Studies. Vol. 45. No. 9. Pp. 1973–1996.
- Fraser S.A., Kenyon V., Martine L., Lagace M., Wittch W., Southall K. (2016) Stereotypes associated with age-related conditions and assistive device use in Canadian media // Gerontologist. Vol. 56. No. 6. Pp. 1023–1032.
- Hannon L., Sawyer P., Allman R.M. (2012) The influence of community and the built environment on physical activity // Journal of Aging and Health. No. 3. Vol. 24. Pp. 384–406.
- Kuhlmann B.G., Kornadt A.E., Bayen U.J., Meuser K., Wulff L. (2017) Multidimensionality of younger and older adults' age stereotypes: The interaction of life domain and adjective dimension // Journals of Gerontology. Series B – Psychological Sciences and Social Sciences. Vol. 72. No. 3. Pp. 436–440.

Lautenbacher S., Peters J.H., Heesen M. (2017) Age changes in pain perception: A systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Vol. 75. Pp. 104–113.

Marques S., Swift H.J., Vauclair Ch.-M., Lima M.L., Bratt Ch., Abrams D. (2015) 'Being old and ill' across different countries: Social status, age identification and older people's subjective health // *Psychology & Health*. Vol. 30. No. 6. Pp. 699–714.

Omran A.R. (1971) The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. 49. No. 4. Pp. 509–538.

Raschick M., Ingersoll-Dayton B. (2004) The costs and rewards of caregiving among aging spouses and adult children // *Family Relations*. Vol. 53. No. 3. Pp. 317–325.

Reid M.C., Henderson Ch.R., Trachtenberg M.A., Beissner K., Bach E., Barón Y., Sridharan S., Murtaugh C. (2017) Implementing a pain self-management protocol in home care: A cluster-randomized pragmatic trial // *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 65. No. 8. Pp. 1667–1675.

Savvas S.M., Gibson S.J. (2016) Overview of pain management in older adults // *Clinics in Geriatric Medicine*. Vol. 32. No. 4. Pp. 635–650.

Savvas S.M., Gibson S.J. (2015) Pain management in residential aged care facilities // *Australian Family Physician*. Vol. 44. No. 4. Pp. 198–203.

Schmidt D., Boland S. (1986) Structure of perceptions of older adults: Evidence for multiple stereotypes // *Psychology and Aging*. Vol. 1. No. 3. Pp. 255–260.

Sun F., Norman I.J., While A.E. (2013) Physical activity in older people: A systematic review // *BMC Public Health*. Vol. 13. Pp. 449–466.

Warner M.E., Xu Y., Morken L.J. (2017) What explains differences in availability of community health-related services for seniors in the United States? // *Journal of Aging and Health*. Vol. 29. No. 7. Pp. 1160–1181.

Zheng H., Yang Y.C., Land K.C. (2016) Age-specific variation in adult mortality rates in developed countries // *Population Research and Policy Review*. Vol. 35. No. 1. Pp. 49–71.

---

## Admission of pain in an older age

### D. ROGOZIN\*

\* **Rogozin Dmitriy** – PhD (Sociology), Head of Laboratory for Social Research Methodology The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Address; room 404, 11 bld. 1, Prechistskaya Naberezhnaya, Moscow, 119034, Russian Federation. Email: nizgor@gmail.com

### Abstract

According to the Russian national survey of citizens aged over 65, there are some peculiarities of experiencing difficulties and, as a result, consequences (reasons) for pain and illness among elderly people. Mental and physical health is a discourse of middle age, youth, or childhood. Old age is always concerned with pain and ability to cope with it, to maintain activity in extremely uncomfortable conditions incomprehensible for another age. Physical limitations, gradual disability should not be perceived as tokens of helplessness or even meaninglessness of later life. The last frontier, especially 10-15 years before passing are the most important years for comprehending and accepting life, understanding human existence. Thus, the price is so high, the compromise is impossible, as well as the life without pain.

**Keywords:** adaptation to disadvantages, aging research, illness, aging variance, disability process, sociology of aging, old age, techno-physiological evolution, pain management.

### REFERENCES

Anisimov V.N., Mihalskiy A.I., Novoseltsev V.N., Romanyuha A.A., Yashin A.I. (2010) Osnovnyie printsipy postroeniya mnogostadiynoy mnogourovnevoy matematicheskoy modeli stareniya [The basic

principles of constructing a multistage multi-level mathematical model of aging]. *Uspehi gerontologii*, vol. 23, no. 2, pp. 163–167.

Balfour J.L., Kaplan G.A. (2001) Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: Evidence from the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology*, vol. 155, no. 6, pp. 507–515.

Baranov A.A., Albitskiy V.Y. (2011) Mladencheskaya smertnost: uroki istorii i perspektivy snijeniya [Infant Mortality: Lessons from History and Prospects for Decline]. *Kazanskiy meditsinskiy jurnal*, vol. 92, no. 5, pp. 690–694.

Barinov A.N., Ahmedjanova L.T., Mahinov K.A. (2014) Bol i starenie: osobennosti lecheniya pojilyih patsientov [Pain and aging: features of elderly patients treatment]. *Farmateka*, no. 20, pp. 39–49.

Berke E.M., Koepsell T.D., Moudon A.V., Hoskins R.E., Larson E.B. (2007) Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons. *American Journal of Public Health*, vol. 97, no. 3, pp. 486–492.

Brewer M.B., Dull V., Lui L. (1981) Perception of the elderly: Stereotypes as prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41, no. 4, pp. 656–670.

Chambers M., Ryan A.A., Connor S. (2001) Exploring the emotional support needs and coping strategies of family caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 8, no. 2, pp. 99–106.

Chapman C.R., Casey K.L., Dubner R., Foley K.M., Gracely R.H., Reading A.E. (1985) Pain measurement: An overview. *Pain*, vol. 22, no. 1, pp. 1–31.

Clarke P., George L.K. (2005) The role of the built environment in the disablement process. *American Journal of Public Health*, vol. 95, no. 11, pp. 1933–1939.

Costa D. (2002) Changing chronic disease rates and long-term declines in functional limitation among older man. *Demography*, vol. 37, no. 1, pp. 53–72.

Cuddy A.J., Fiske S.T. (2002) Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Ed. by T.D. Nelson. Cambridge, MA: MIT Press, pp. 3–26.

Cuddy A.J., Norton M.I., Fiske S.T. (2005) This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, vol. 61, no. 2, pp. 267–285.

Daoust R., Paquet J., Piette E., Sanogo K., Bailey B., Chauny J.-M. (2016) Impact of age on pain perception for typical painful diagnoses in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 50, no. 1, pp. 14–20.

Depp C., Vahia I.V., Jeste D. (2010) Successful aging: Focus on cognitive and emotional health. *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 6, pp. 527–550.

Doebler S., Ryan A., Shortall S. (2017) Informal care-giving and mental ill-health – differential relationships by workload, gender, age and area-remoteness in a UK region. *Health & Social Care in the Community*, vol. 25, no. 3, pp. 987–999.

Fogel R.W. (2004) Changes in the process of aging during the twentieth century: Finding and procedures of the early indicators project. *Population and Development Review*, vol. 30. Supplement: Aging, health, and public policy, pp. 19–47.

Fogel R.W., Costa, D.R. (1997) A theory of technophysio evolution, with some implications for forecasting population, health care costs, and pension costs. *Demography*, vol. 34, no. 1, pp. 49–66.

Forsyth A., Hearst M., Oakes J.M., Schmitz K.H. (2008) Design and destinations: Factors influencing walking and total physical activity. *Urban Studies*, vol. 45, no. 9, pp. 1973–1996.

Fraser S.A., Kenyon V., Martine L., Lagace M., Wittch W., Southall K. (2016) Stereotypes associated with age-related conditions and assistive device use in Canadian media. *Gerontologist*, vol. 56, no. 6, pp. 1023–1032.

Grigoreva I.A. (2005) Politika ratsionalizatsii sotsial'nyih obyazatel'stv v otnoshenii pojilyih [Policy of rationalization of social obligations towards the elderly]. *Jurnal issledovaniy sotsialnoy politiki*, vol. 3, no. 4, pp. 431–450.

Grigoreva I.A. (2016) Smena paradigmy v ponimanii stareniya [The paradigm shift in the understanding of aging]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, no. 11, pp. 154–155.

Grigoreva I.A. (2006) Sotsialnaya politika i pojiloe naselenie v sovremennoy Rossii: vyizovy i vozmozhnosti [Social Policy and the Older Population in Modern Russia: Challenges and Opportunities]. *Mir Rossii*, vol. 15, no. 1, pp. 29–49.

Hannon L., Sawyer P., Allman R.M. (2012) The influence of community and the built environment on physical activity. *Journal of Aging and Health*, vol. 24, no. 3, pp. 384–406.

Kokesh E., Kuchera Y., Ilinskiy A.N. (2015) Terapevticheskaya sreda i terapevticheskoe obuchenie v kontekste vedeniya pojilyih patsientov s arterialnoy gipertenziey [Therapeutic environment and therapeutic training in the context of elderly patients with hypertension]. *Gerontologiya*, vol. 3, no. 1, pp. 69–74.

Kolosnitsyina M.G., Horkina N.A. (2016) Gosudarstvennaya politika aktivnogo dolgoletiya: o chem svidetelstvuet mirovoy opyt [State policy of active longevity: as evidenced by world experience]. *Demograficheskoe obozrenie*, vol. 3, no. 4, pp. 27–46.

Koshkin R.P. (2016) Ozdorovlenie natsii i aktivnoe dolgoletie [Nation rehabilitation and active longevity]. *Strategicheskie priority*, no. 3, pp. 78–82.

Kuhlmann B.G., Kornadt A.E., Bayen U.J., Meuser K., Wulff L. (2017) Multidimensionality of younger and older adults' age stereotypes: The interaction of life domain and adjective dimension. *Journals of Gerontology. Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 72, no. 3, pp. 436–440.

Lautenbacher S., Peters J.H., Heesen M. (2017) Age changes in pain perception: A systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 75, pp. 104–113.

Marques S., Swift H.J., Vauclair Ch.-M., Lima M.L., Bratt Ch., Abrams D. (2015) 'Being old and ill' across different countries: Social status, age identification and older people's subjective health. *Psychology & Health*, vol. 30, no. 6, pp. 699–714.

Mihalskiy A.I., Yashin A.I. (2004) Upravlenie stareniem i prodolzhitelnyuyu jizni [Management of aging and longevity]. *Problemi upravleniya*, no. 4, pp. 46–53.

Omran A.R. (1971) The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, no. 4, pp. 509–538.

Polkina T.M. (2012) Osobennosti ponimaniya fenomena starosti na raznyih etapah psihologo-filosofskogo osmysleniya [Peculiarities of understanding the phenomenon of old age at different stages of psychological and philosophical comprehension]. *Vestnik Bashkirskogo universiteta*, vol. 17, no. 3, pp. 1407–1412.

Raschick M., Ingersoll-Dayton B. (2004) The costs and rewards of care giving among aging spouses and adult children. *Family Relations*, vol. 53, no. 3, pp. 317–325.

Reid M.C., Henderson Ch.R., Trachtenberg M.A., Beissner K., Bach E., Barón Y., Sridharan S., Murtaugh C. (2017) Implementing a pain self-management protocol in home care: A cluster-randomized pragmatic trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 65, no. 8, pp. 1667–1675.

Reutov N.V. (2015) Gosudarstvennaya politika i praktika obespecheniya aktivnogo dolgoletiya [State policy and practice of ensuring active longevity]. *Vestnik universiteta*, no. 13, pp. 291–293.

Reutov V.P. (2017) Srednyaya prodolzhitelnost jizni v Rossii i perspektivnaya programma "sohraneniye naseleniya i sberejeniya naroda" [The average life expectancy in Russia and the long-term program "preservation of the population and the savings of the people"]. *Evrasiyskoe nauchnoe obedinenie*, no. 1, pp. 56–70.

Savvas S.M., Gibson S.J. (2016) Overview of pain management in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 32, no. 4, pp. 635–650.

Savvas S.M., Gibson S.J. (2015) Pain management in residential aged care facilities. *Australian Family Physician*, vol. 44, no. 4, pp. 198–203.

Schmidt D., Boland S. (1986) Structure of perceptions of older adults: Evidence for multiple stereotypes. *Psychology and Aging*, vol. 1, no. 3, pp. 255–260.

Sergiey P.V., Dontsova O.A., Berezkin G.V. (2015) Teorii stareniya. Neustarevayuschaya tema [Theories of aging. Ageless theme]. *Acta Natural*, vol. 7, no. 1, pp. 9–20.

Sun F., Norman I.J., While A.E. (2013) Physical activity in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, vol. 13, pp. 449–466.

Vishnevskiy A.G., Vasin S.A. (2011) Prichiny smerti i priority politiki snizheniya smertnosti v Rossii [The causes of death and the priorities of the policy of reducing mortality in Russia]. *Ekonomicheskij jurnal VSHE*, no. 4, pp. 472–496.

Warner M.E., Xu Y., Morken L.J. (2017) What explains differences in availability of community health-related services for seniors in the United States? *Journal of Aging and Health*, vol. 29, no. 7, pp. 1160–1181.