

Psykologiska aspekter på åldrandet – en översikt

II Det finns i dag ett flertal modeller för prediktion av äldres överlevnad, välbefinnande och livskvalitet i vilka olika psykologiska faktorer har stor betydelse. Dessa modeller baseras på numera klassiska studier av åldrandet, till exempel Dukestudien [1], Bonnstudien [2], Seattlestudien [3] och Georgiastudien [4], för att nämna några. Modellerna är multivariata och innehåller faktorer som sträcker sig från arv över livsmönster och individuella egenskaper till sociala strukturer.

På Bonnstudiens resultat bygger en ren livslängdsmodell. Den innehåller faktorer såsom utbildning, yrke, socioekonomisk status, nutrition, hälsa, social miljö, samhällsstruktur, genetiska faktorer samt individuella karakteristika såsom personlighet, intelligens, aktivitet, sinnesstämning och anpassningsförmåga och sociala kontakter.

Med utgångspunkt i Dukestudien har en modell skapats som predicerar livslängdsdifferensen, dvs i vad mån individen avviker från den förväntade överlevnadstiden i sin födelsekohort. Av betydelse för denna prediktion är föräldrarnas livslängd, socioekonomisk status, intelligens, aktivitet, hälsa, bruk av tobak och alkohol, livstillfredsställelse och hälsa.

Georgiastudien har intresserat sig för de allra äldsta, hundraåringarna, och för anledningen till att man uppnått denna höga ålder. Man identifierar liknande faktorer som Bonnstudien men betonar ännu mer individuella karakteristika såsom kognitiv förmåga, bemästrande(coping)-förmåga, livstillfredsställelse, livsloppserfarenheter och hälsobeteende, dvs attityden till förekommande sjukdomssymtom.

Seattlestudien är mer beskrivande och har intresserat sig för inte bara kognitionens betydelse för livslängden utan framför allt att specificera olika aspekter av vår förmåga att tänka, hur dessa utvecklas under äldreperioden och vilken betydelse de har som prediktorer för fortsatt överlevnad.

I vår egen studie, 67+ [5], identifieras dessutom individuella kvaliteter såsom behovstillfredsställelse och autonomi som betydelsefulla för livslängd efter 67 års ålder.

Ännu viktigare än att predicera livslängd har det efter hand blivit att klarlägga vad som bestämmer den funktionella åldern. Det är välkänt att det i varje födelsegrupp, 60, 70, 80 år osv, finns funktionellt gamla och unga individer; man talar om ett differentiellt funktionellt åldrande. Bland 60-åringar finns det personer som fungerar som vore de 56 eller 65 år, och på samma sätt ser det ut upp genom åren och med allt större spridning i den funktionella skillnaden med ökande ålder. I stort finner man liknande faktorer vara prediktiva för den

SAMMANFATTAT

Åldrandets »utseende« och individens livslängd har ett multifaktoriellt orsaksmönster. I detta mönster ingår personligheten, den mentala förmågan, adaptiv kapacitet, bemästrande(coping)-förmåga och livsloppserfarenheter som viktiga komponenter. Hur livet har gestaltat sig i dessa avseenden sätter spår som blir tydliga under vårt åldrande.

I livsloppet kan en interaktion av två processer tänkas: patogent, som t ex förslitningsteorin anger, eller salutogent, enligt den konstruktiva utvecklingsmodellen.

Balansen mellan dessa processer kan i ett livsloppsperspektiv beskrivas i den psykofysiologiska åldrandemodellen, som också belyser åldrandeprocessens förankring i aktuell psykosomatisk forskning.

Tillämpningen av autobiografisk reflektion, enskilt eller i grupp, har visat hur det salutogena perspektivet kan förstärkas och befrämja de äldres välbefinnande.

Serie: Den äldre patienten

Tidigare artiklar i serien har publicerats i *Läkartidningen* 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 och 18/2001.

funktionella åldersvariationen som för livslängden. Sammantaget kan man alltså konstatera att psykologiska faktorer spelar en inte helt obetydlig roll för såväl livslängd som livskvalitet och funktionella åldrandeskillnader. Vilka är då dessa psykologiska faktorer? Ja, från en empirisk utgångspunkt och baserat på de modeller som blivit resultat av ovan refererade studier handlar det om personlighet, intellektuell eller mental (kognitiv) förmåga, anpassning eller bemästrandekapacitet och hur man nyttiggör sina livsloppserfarenheter.

Personlighet

Personlighet är ett begrepp som är välbekant för alla men som kan vara svårt att definiera. Fortfarande tycks Allports defini-

För att inte åldras i förtid är det viktigt att fortsätta vara psykiskt aktiv även sedan man har sällat sig till de äldre.

tion från 1937 vara den som ofta citeras i detta sammanhang. Han definierar personlighet som »den dynamiska organisationen inom individen av de psykofysiska system som bestämmer hans unika anpassning till omvärlden«.

Flera aspekter av denna definition är viktiga i detta sammanhang.

För det första, att det är fråga om ett psykofysiskt system, att personligheten innehåller ett mentalt upplevande och fysiska och biologiska komponenter. Kropp och själ är ouplösligt förenade.

För det andra, definitionen innefattar också den deterministiska aspekten, som innebär att personligheten spelar en aktiv roll i formandet av individens beteende. Dessa delar i definitionen är förutsättningar för att man kan se personligheten som ett regelsystem med konsekvenser för åldrandet, särskilt när det gäller den ovannämnda variationen i funktionellt åldrande.

För det tredje, med denna definition har ett flertal studier visat att personligheten i huvudsak är stabil över livsperioden. Stabilitet avser då närmast de kvalitativa egenskaperna i personligheten, även om dessa med stigande ålder kan ta sig olika och oftast mer markerade uttrycksformer. Uppfattningen om personlighetens stabilitet är avgörande för dess betydelse i skapandet av ett differentiellt åldrande. Vi kan då tala om en livslång exponering för ett visst sätt att bete sig, gynnsamt eller ogynnsamt, och som påverkar åldrandet i riktning mot funktionella åldrandeskillnader och livslängd.

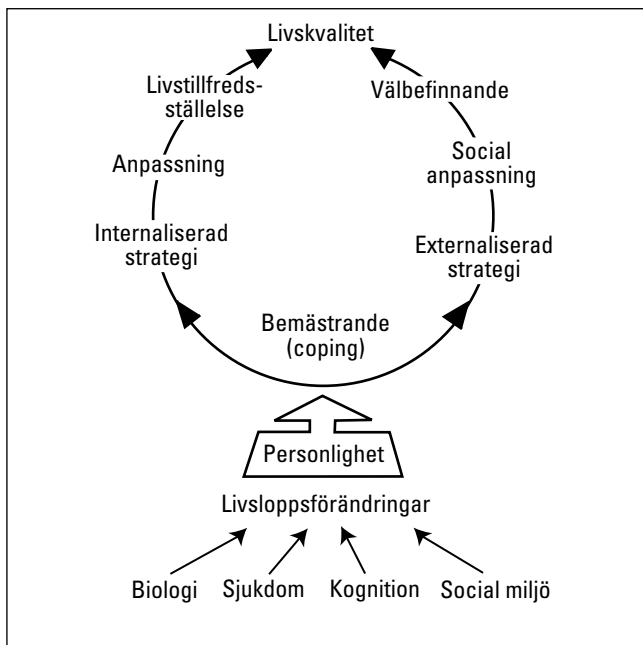
Med utgångspunkt i psykosomatisk teori och stressforskning har en begreppsmodell utvecklats som beskriver sambandet mellan livsloppsexponering för positiva, salutogena, och negativa, psykopatogena, upplevelser och den funktionella åldrandevariationen i termer av en psykofysiologisk interaktionsmodell [6]. I denna modell har personlighetsegenskaperna en central roll för att modifiera i vad mån livslopps-

erfarenheter skall belasta eller utveckla individens funktionella förmåga under åldrandeperioden.

Intellektuell förmåga

Oberoende av hur man definierar intelligens eller hur man mäter den visade de gamla tvärsnittsstudierna på en försämrad förmåga redan i tidig vuxenålder. Dessa resultat korrigerades på ett dramatiskt sätt av Seattlestudien. Ett antal personer mellan 20 och 70 års ålder följdes mellan 1956 och 1984. Man mätte fem aspekter av intellektuell förmåga: matematisk och verbal förmåga, spatial och logisk resonemangsförmåga samt ordproduktionshastighet. Genom studiens uppläggning har man kompenserat för skillnader mellan olika åldersgruppers livsloppsbetingelser, framför allt den successivt förbättrade skolundervisningen i senare födda födelsegrupper. När man kontrollerar för denna så kallade kohortskillnad visar det sig att den åldersrelaterade deklinationen satte in först kring mitten av 60-åren, dvs kring pensionsåldern. Alltså bibehålls den intellektuella förmågan längre än vad man tidigare tänkt sig och för de friska personerna genom hela yrkeslivet.

För att rätt förstå den nedgång som så småningom sker med ökad ålder måste man också beakta olika aspekter av den intellektuella förmågan. Redan 1978 presenterade Cattell två huvudtyper, som han kallade »crystallized» respektive »fluid intelligence«, populärt översatta till visdom och praktisk intelligens. Med kristalliserad intelligens avses då den kunskap som en person samlat på sig under sitt livslopp. Den kan mätas, till exempel med kunskapsfrågor, och på så sätt kan man identifiera gränserna för individens vetande. Förmågan fluid intelligens utnyttjar i minsta möjliga utsträckning tidigare kunskaper och kan sägas vara den förmåga man har att lösa nya problem, vars lösning inte kan härledas från formell utbildning och tidigare erfarenheter. Med denna uppdelning av allmän intelligens finner man genomgående att det är fluid in-



Figur 1. Schematisk modell över samverkande faktorer för hantering av livsloppsförändringar.

telligence som avtar vid högre ålder medan kristalliserad intelligens i stort förblir oförändrad. Man skulle också av dessa resultat kunna dra den slutsatsen att ju större skillnad som föreligger mellan förmågorna kristalliserad intelligens och fluid intelligens, desto mer åldrad torde en individ vara.

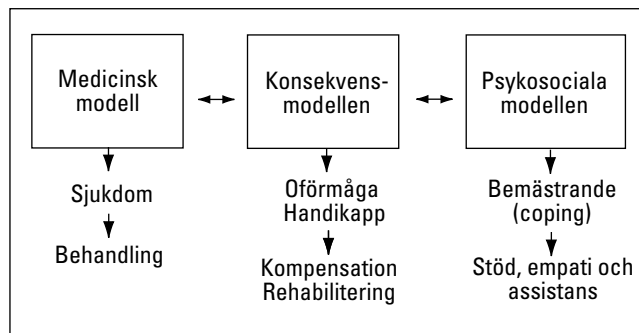
I alla äldre grupper, vid vilken ålder vi än väljer att studera dem, ingår en grupp som är nära döden. Kleemeier [7] fann i longitudinella data att de personer som visade en större nedgång i intellektuell förmåga, med stor sannolikhet kom att avlida i en nära framtid. Med hög ålder kommer allt fler att vara i en nära döden-situation, och denna grupp kan i de longitudinella studierna stå för viss del av den observerade nedgången i intellektuell förmåga för gruppen som helhet. Fenomenet har kommit att kallas «terminal decline» och har sedan påvisats i flera av varandra oberoende studier. Dessa studier är oftast populationsbaserade, och terminal decline förekommer alltså i en heterogen grupp av friska och sjuka äldre. Sannolikt speglar resultaten det förhållande att åldrandet medför ökad vulnerabilitet för sjukdom, som när den inträffar förstärker fenomenet.

Alltså blir i det korta perspektivet intellektuell nedgång en tämligen stark riskfaktor för död. Med tanke på den tidigare uppdelningen i kristalliserad och fluid intelligens bör nedgång i den mer åldersrobusta förmågan, kristalliserad intelligens, få betraktas som en allvarigare signal och riskfaktor för död än den mer naturliga förändring som förekommer i fluid intelligens. Denna distinktion har också bekräftats i resultat från Dukestudien.

Bemästrande

För att må väl vill de flesta av oss i görligaste mån fortsätta att som äldre leva det liv som vi tidigare levde. Mot detta står de förändringar som kommer med ökad ålder. Dessa förändringar finner vi inom det naturliga åldrandet, men det kan också vara fråga om debut av en eller flera sjukdomar, övergående eller bestående [8].

Oberoende av förändringens karaktär har det visat sig att sättet och förmågan att handskas med dessa förändringar är av avgörande betydelse för äldres livstillfredsställelse, livskvalitet och fortsatta överlevnad. Att uppnå det goda åldrandet är



Figur 2. Schematisk beskrivning av förändringen i synen på sjukdom.

för de flesta av oss eftersträvansvärt, något som tidigare har behandlats i en artikel här i Läkartidningen [9].

Åldrandeperioden har således med den alltmer ökande livslängden kommit att karakteriseras av en stark förändringsintensitet. Man har till och med jämfört den med tonårsperioden, då det gäller antalet förändringar. Till skillnad från tonåringen har den äldre ett helt liv av gjorda erfarenheter bakom sig inför mötet med dessa förändringar, vilket också på olika sätt präglar förmågan att hantera dessa. I Figur 1 beskrivs schematiskt ett tänkt samband mellan livsloppsförändringar, personlighet, bemästrande, anpassning, livstillfredsställelse och livskvalitet.

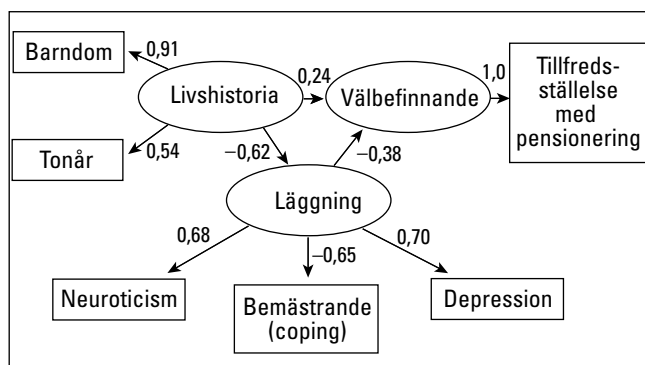
Aktuell forskning har visat att livstillfredsställelsen bestäms av bemästrandeförmågan i förhållande till bl a följande faktorer:

- typ av händelse, till exempel biologiska förändringar, sjukdom, kognitiv svikt eller social isolering
- individuella personlighetsdrag, framför allt grad av neuroticism, upplevd kontroll eller mognad samt
- sociala kontext, framför allt struktur och stöd från det sociala nätverket (formellt och informellt).

Biologiska förändringar avser i detta sammanhang normala fysiologiska åldersförändringar, t ex nedsatt muskelkraft, syn- och hörselnedsättning, förändrad lungkapacitet och utseendemässiga förändringar i allmänhet. Kognitiva förändringar avser såväl den godartade minnessvikten som andra förändringar i våra tankeprocesser, t ex vid demenssjukdom. Sociala förändringar kan innebära pensionering, separation från barn och/eller make/maka, boendeförändringar m m.

Livstillfredsställelse kan sägas vara det individualpsykologiska uttrycket för hur väl vi förmår tillfredsställa våra behov medan välbefinnande också kan sägas bero på hur väl vi finner oss tillrädda i vår omgivning.

I vår 80-årsstudie, Lund 80+ [8], visar 80-åringarna en varierande grad av livstillfredsställelse beroende på en mer eller mindre systematisk samvariation mellan individens läggning, val av bemästrandestrategier och attribution av orsaksförhållanden i relation till i huvudsak tre typer av livsloppsförändringar: hälsoförändringar, kognitionssvikt och förändrade sociala relationer. I allmänhet kan man säga att en aktiv bemästrandestrategi oftast leder till en god livstillfredsställelse medan en passiv bemästrandestrategi leder till sämre livstillfredsställelse. Emotionella strategier och undvikande strategier är mer specifika på så sätt att den emotionella strategin är mer framgångsrik i samband med kognitiv reduktion och undvikande strategier mer gynnsamma i samband med sociala förändringar. Personligheten och dess särskilda karakteristika har störst betydelse när det gäller att handskas med den subjektivt upplevda hälsoförändringen. Sannolikt speglar detta en personlighetsmässigt förankrad hälsoattityd som gör det



Figur 3. Schematisk redovisning av resultaten från en studie över sambandet mellan livsloppsreflektion, läggning och välbefinnande hos äldre [11].

möjligt att bibehålla en självuppfattning som ligger närmare friskt än sjukt trots objektiva indikationer på motsatsen.

Signifikativt för många åldersförändringar är att de är irreversibla. Detta gäller för såväl det naturliga åldrandet som flera geriatriska och psykiogeriatriska åkommor. När det gäller synen på och behandlingen av de åldersrelaterade sjukdomarna tycks det efter hand ha uppkommit en förskjutning mot att alltmer nyttiggöra de psykologiska faktorerna. Till skillnad från den medicinskt somatiska orienteringen, där det handlar om behandling genom reaktivering, har de psykologiska aspekterna kommit att bli allt viktigare, samtidigt som resultatet av gjorda insatser alltmer har kommit att värderas i termer av det psykiska välbefinnandet och livskvalitet. När det gäller till exempel demenssjukdomarna fokuseras förutom sjukdomen som sådan också dess konsekvenser för individen och hans omgivning. Ser man på utvecklingen över tiden i dessa frågor var det under 1970- och 80-talen mer fråga om aktivering och reaktivering av kognitiva funktioner, att kompensera beteendemässiga kognitiva förluster, att bibehålla och stödja de funktioner som fortfarande var intakta – alltså en koncentration på att optimera funktionell kapacitet. Ett exempel på detta är den intellektuella funktionsträning som då hade en framträdande roll i demensbehandlingen. Efter hand har fokus skiftat från den funktionella optimeringen till patientens subjektiva erfarenheter, välbefinnandet och hur patienten och patientens omgivning handskas med konsekvenserna av sjukdomen. Finnema och medarbetare [10] har skildrat denna utveckling över de olika perspektiven (Figur 2).

En utveckling har alltså skett över åren, så att man successivt kompletterat den medicinska modellen med de psykosociala modellerna, som betonar subjektivt upplevande och psykiskt välbefinnande. Som Figur 2 anger förekommer de olika modellerna parallellt och i interaktion med varandra, som dubbelpilarna anger, men särskilt i äldrevården har de psykosociala modellerna fått en alltmer ökad betydelse.

I en metaanalys av publicerade psykosociala behandlingsstrategier 1960–1999 identifierade Finnema och medarbetare ett antal (8) sådana modeller, som visat sig tillämpbara vid behandling av demens. Selektion av metaanalysens artiklar skedde efter Tafts kriterium på psykosociala behandlingsmodeller: »psykosociala modeller karakteriseras av att fokus är på individen och en validering av den sjuka personen och hans behov och på det som patienten (fortfarande) kan göra på ett bra sätt, i stället för att betona det som patienten har svårigheter med. Dessutom ser den psykosociala modellen beteendeproblemen multidimensionellt, där symtom som kan ta sig uttryck både på det emotionella och somatiska planet och som resultat av såväl externa faktorer i omgivningen som interna personrelaterade faktorer« (artikelförfattarens översättning av citat). En av de mer innovativa av dessa strategier, med sär-

skild psykologisk relevans, skall behandlas här, nämligen reminiscensterapi eller den autobiografiska reflektionen som ett medel till förstärkning av identitet och självuppfattning när den äldre individen utmanas av förändring eller sjukdom.

Livsloppsreflektion och välbefinnande

En av de mest meningsskapande aktiviteter en person kan syssla med på ålderns höst är att reflektera över sina livserfarenheter. Anledningen härtill är flerfaldig. Allmänt kan man påstå att utvecklingspsykologin generellt antar att mer eller mindre specifika upplevelser krävs för att individen skall kunna utvecklas till sin fulla potentialitet. Omvänt menar man utifrån dynamisk psykologisk utgångspunkt att det också föreligger risk att individen fixeras vid misslyckade lösningar i olika stadier i livet. Detta kan leda till neurotiska reaktioner eller deformation av karaktären, om upplevelsen inte ånyo kan bearbetas i ett senare skede av livet med en mer gynnsam lösning som följd. Livsloppsteoretikerna antyder att erfarenheter ackumuleras hela vägen genom livet, och slutligen kommer dessa att leda till mognad, visdom och det goda åldrandet. En livshistoria som berättas av äldre innehåller såväl fakta som fiktion. Tidigare erfarenheter upplevs igen, selektas, koms ihåg, omtolkas eller glöms och används ofta med syfte att rekonstruera eller att formera den livshistoria eller autobiografi som individen vill kännas vid som sin egen. För många människor innebär detta ett skapande och bibehållande av en identitet, som får sitt innehåll i form av de ihågkomna erfarenheterna. I grund och botten talar vi då om en kontinuitet i upplevelsen av identitet, att den äldre människan så långt som möjligt önskar bibehålla uppfattningen av sig själv som den hon var eller den som har fullföljt sin livsriktning i enlighet med den konstruktiva utvecklingsmodellen [11].

Som tidigare nämnts är autobiografisk reflektion i första hand självbekräftande. Även om detta tycks vara den allmänna principen kan under vissa betingelser en sådan reflektion betyda en förändring i självbilden. I detta avseende finner vi en parallell i den psykoterapeutiska bearbetningen. Någon har också menat att autobiografisk bearbetning kan liknas vid en »poor man's psychotherapy«, en form av »do-it-yourself therapy«. Skillnaden är emellertid den att den autobiografiska reflektionen leder åt två håll. Ibland kan processen leda till att en person upplever händelser som han både ångrar och upplever som smärtsamma, något som i svåra fall kanske till och med skapar ångest, skuld, förtvivlan och depression. Detta kan i sin tur leda till att individen blir oförmögen att leva med minnen av sådana upplevelser. Det mest tragiska resultatet innebär i så fall känslan av att livet har varit mer eller mindre meningslöst. Å andra sidan kan den autobiografiska reflektionen medföra att det som tidigare upplevts som felaktigt kan rättas till. Reflektionen ger en möjlighet att försonas med både händelser och människor, en acceptans av det liv man har levt, en stolthet över vad som åstadkommit och att man har gjort det bästa av sina förutsättningar. Det kan också ge människor möjlighet att blicka framåt, planera för resten av livet, att fullborda sitt »livsmanus«. Det kan innebära en utveckling i filosofisk riktning mot visdom, en ökad upplevelse av mening, insikt, medvetenhet om innebörden i det unika liv som individen har levt och på så sätt förbereda för den förestående livsavslutningen. Vilken riktning den autobiografiska reflektionen tar, torde bero på de anhörigas eller personalens förmåga respektive professionalism som medspelare i denna aktivering av livsloppshändelser. Oftast inbegriper reflektionen en konstruktiv process, som kan vara synnerligen värdefull för äldre i allmänhet men som också är ett användbart instrument för personal och anhöriga i vård och omsorg om äldre människor och därmed ökar den äldres livskvalitet.

Kan man påvisa dessa effekter med vetenskaplig metodik? ➤



Annons

Annons

I Figur 3 redovisas resultatet från en studie [11] genomförd vid Gerontologiskt centrum, där man med en kombination av kvalitativ och kvantitativ teknik kunnat påvisa sambandet mellan hågkomster från olika livsperioder och det aktuella välbefinnandet hos 70–73 år gamla friska äldre personer. Figuren redovisar resultaten i form av en strukturmodell, partial least square estimation (PLS) [12], där sambanden mellan latent variabler redovisas som β -koefficienter (standardized path coefficients) och sambanden mellan latent variabler och mätvariabler som faktorladdningar. Läggnings bestäms då av grad av neuroticism och av depressivitet samt bemästrandeförmåga. Ett högt värde på denna kombination (latent poäng) predicerar lågt välbefinnande. Vidare ger en negativ värdering av två livsperioder, barndom och tonår, ett lågt värde på den latent variabeln livshistoria, vilken predicerar en hög poäng på variabeln läggning, alltså neuroticism, låg bemästrandeförmåga och depressivitet. De äldre fick i studien rekapitulera sin livshistoria uppdelad på barndom, skola, tonår och arbetsliv med speciell betoning på upplevelsen av och värderingen av relationen till betydelsefulla personer. Resultaten visar på goda men differentiella samband mellan den aktuella livstillfredsställelsen och hur man ser på sin livshistoria, förutsatt att man också beaktar den individuella läggningen eller personligheten. Av särskild betydelse tycks hågkomster från barndom och tonår vara. Vid en jämförelse dem emellan visar sig barndomsminnena vara väl så betydelsefulla som tonårsminnena. Dessutom visade det sig att dessa hågkomster delvis beror på individens läggning och hans mentala status vid det tillfälle då han rekapitulerar sin livshistoria. Särskilt viktigt i status och läggning är förekomst av depression, bemästrandeförmåga och neuroticism – uttryckt i positiva termer: ju mindre depression, ju mindre neuroticism och ju bättre bemästrandekapacitet i kombination med positiva värderingar av minnen från barndom och tonåren, desto starkare känsla av välbefinnande hos den äldre.

Resultaten har också teoretiska implikationer. Det visar sig alltså att sambandet bekräftar den psykodynamiska hypotesen om formativa livsloppsperioder. Således menar man att de så kallade emotionella perioderna, dvs barndomen och tonåren, är av speciell betydelse genom de erfarenheter som här görs för att formera individens läggning eller personlighet [13]. Det intressanta är att dessa determinanter också kan beläggas i den retrospektiva analysen av livsloppsperioderna. Tillika bekräftar resultaten tesen att god förmåga att hantera förändring, dvs god bemästrandekapacitet, bidrar till välbefinnande som äldre. Resultaten bör kunna ligga till grund för interventioner när det gäller att påverka äldres välbefinnande såväl bland friska som bland äldre i vård och omsorg för att åstadkomma det goda åldrandet.

Referenser

1. Palmore E, Busse E, Maddox G, Nowlin JB, Siegler IC, editors. Normal aging III. Durham: Duke University Press; 1985.
2. Thomae H. Patterns of ageing. Findings from the Bonn longitudinal study of ageing. Basel: Karger; 1976.
3. Schaie KW. Intellectual development in adulthood. The Seattle longitudinal study. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
4. Poon LW, editor. The Georgia centenarian study. Special Issue. International Journal of Aging and Human Development 1996.
5. Samuelsson G, Hagberg B, Dehlin O, Lindberg B. Medical, social and psychological factors as predictors of survival. A follow up from 67 to 87 years of age. Archives of Gerontology and Geriatrics 1994;18:25-41.
6. Hagberg B, Nordbeck B. A psycho-physiological model for functional ageing differences. In: Martin P, Rott C, Hagberg B, Morgan K, editors. Autonomy versus dependence in the oldest old. Paris: Serdi Edition; 2000.
7. Kleemeier RW. Intellectual changes in the senium. Proceedings of the American Statistical Association 1962;(1):181-90.
8. Dehlin O, Hagberg B, Samuelsson G, Svensson T. 80 år och äldre – hur har man det? En undersökning av personer 80 år och äldre boende i Lund. Lund: Institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper, Lunds universitet och Gerontologiskt Centrum; 1998.
9. Dehlin O, Hagberg B. »Det goda åldrandet« en anpassningsprocedur. Inte hur man har det utan hur man tar det! Läkartidningen 2000;97:430-3.
10. Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, van Tilburg W. A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2000;2:68-80.
11. Hagberg B. The individual's life history as a formative experience to aging. In: Haight BK, Webster JD, editors. The art and science of reminiscing. Theory, research, methods, and applications. Washington, DC: Taylor & Francis; 1995.
12. Falk RF, Miller NB. A primer for soft modeling. Akron: The University of Akron Press; 1992.
13. Hagberg B. Det psykologiska åldrandet. I: Dehlin O, Hagberg B, Rundgren Å, Samuelsson G, Sjöbeck B, redaktörer. Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur; 2000. p. 188-206.

SUMMARY

Psychological aspects of aging – a review

Bo Hagberg

Läkartidningen 2001; 98: 2457-62

A number of models of aging have identified predictors of longevity, well-being and life quality among the elderly. The predictive patterns are multi-factorial, and in all models psychological aspects are important. Most of all it is a matter of personality, intellectual functioning, adaptive capacity and coping, as well as making use of one's life-span experiences. Personality, by consensus deemed to be essentially stable all through life, exerts a constant influence on the individual for better or for worse, steering the individual toward excessive wear and tear or constructive development and maturity. Some aspects of intellectual functioning are more important than others in this context, e.g. crystallized and fluid intelligence and episodic short term memory. Crystallized intelligence usually remains unchanged throughout life and even improves with age, while fluid intelligence and episodic memory decline. In very old age as for instance in centenarians, fluid intelligence is found to be a very strong predictor of future survival. Among the elderly in general, terminal decline is evident shortly before death. Coping strategies and capacity combined with type of incidents, change or threat are found to be strong predictors of both life satisfaction and survival after 80 years of age. Identifying the importance of coping in old age has brought about a change in perspective in caring for the elderly in which the psychological aspects become more important as a complement to the medical model. Increasingly, autobiographical reflections or life-story telling, also when used in group sessions, is shown to be one way of increasing well-being and life satisfaction among the elderly.

Correspondence: Bo Hagberg, The Gerontology Research Centre, Karl XII gatan 1, SE-222 20 Lund, Sweden (Bo.Hagberg@psychology.lu.se)