



Dr. Boga Bálint

Pillantás a dombról

Válogatott fejezetek az idősödés-
tudomány területéről

 united
p.c.

Dr. Bogi Salim

Pharmas

2000

Pharmas

Pharmas

Pharmas

Pharmas

Pharmas

Pharmas

Minden jog fenntartva a következőkre kiterjedően: film, rádió és televízió, fotomechanikus reprodukció, hangfelvételek, elektronikus média és újranyomtatás.

A korrektúra és a tartalom a szerző munkája és felelőssége.

© 2014 united p. c. kiadó

Az Európai Unióban környezetbarát, klór- és savmentes fehéritett papírra nyomtatva.

Dr Boga Bálint

Pillantás a dombról

Válogatott fejezetek az idősödéstudományból

Szerkesztette:
Szeitz János

2014

Előszó egy „közhasnú” könyvhöz 19

Bevezetés 27

1. A gerontológia, mint diszciplína 33

Az öregedés jelenségeit tárgyaló tudomány bemutatása.

A gerontológia egyaránt természet- és társadalomtudomány, a legszélesebb humán tudomány. Három részre oszlik: kísérletes gerontológia, geriátria, vagyis orvosi gerontológia és szociális gerontológia. A bevezető fejezet ezek meghatározó jellemzőit ismerteti.

Bevezetés 33

A diszciplína fogalma 34

A gerontológia fogalma 35

A gerontológia résztudományai 35

Orvostörténeti előzmények 36

A gerontológia jellemzői 37

A résztudományok kapcsolata 38

A geriátria, mint önálló orvosi diszciplína 38

További hazai adatok 43

Zárógondolat 44

Irodalom 45

2. Az öregedés filozófiai megközelítése 47

Mit jelent megöregedni?

A fejezet egyrészt egyfajta tudományos megközelítést fogalmaz meg az öregedés lényegéről, másrészt az idős emberben kialakuló életfilozófia kérdését tárgyalja.

Bevezetés 47

Az öregedés ontológiája 48

Episztemiológia 52

Hermeneutika 53

Az idős ember életfilozófiája 55

Irodalom 61

3. Az öregedés biológiája és funkcionális következményei 65

Hogyan öregszünk meg?

Az öregedési folyamat optimális esetben is az alkalmazkodás, a működési kapacitás, az idős ember cselekvési képességeinek csökkenésével jár, ami befolyásolja a mindennapi életvitelét. A változásnak több fokozata és több kompenzálási, vagyis kiegyenlítési lehetősége van.

Az öregedés genetikai és exogén (külső) tényezői.

Genotípus, fenotípus 65

Az öregedés jelensége 65

Interindividuális különbségek 69

Intraindividuális különbségek 71

Szociális öregedés 71

Funkcióváltozások 72

Szöveti változások 73

A szervek öregedése 73

Szociális következmények - Önellátás 74

Zárógondolat 77

Irodalom 78

4. Az öregkori patológia sajátosságai 81

Az idős ember betegségeinek jellemzői.

Betekintés az orvosi gerontológiába.

Sajátosságok ismertetése: krónikus betegségek szaporodása, eltérő klinikai kép, multimorbiditás: több betegség együtt. Mit jelent az időskori komplex kórállapot? Milyen terhet jelent az életminőség szempontjából?

Öregedés – betegség. Kapcsolatuk elvi megközelítése 81

Betegség és kor időbeli kapcsolata 83

Öregség hatása a morbiditásra 83

Betegségek hatása az öregedésre 84

Kórélettani háttér 85

Morbiditás, kóros folyamatok jellemzői időskorban 85

Tartalom

Betegségek kronicitása	85
Gyakorisági spektrum	86
Demográfiai eltérések	88
Megjelenési formák	89
Több betegség együtt (multimorbiditás)	89
A fogalmak meghatározása	89
Komorbiditás	90
Polypathia	90
Módszerek	90
Időbeli viszony	91
Korrelációs patológia	91
Kórtörténeti kapcsolati formák	92
Betegségek együttes megjelenése: gyakoriság	93
Betegségtársulás: gyakoriság	93
Gyakori kombinációk, mintázatok	94
A multimorbiditás következményei	95
Több betegség együtt és a rokkantság mértéke	96
Geriátriai szindrómák	97
A geriátriai szindróma fogalma	97
A geriátriai szindrómák fajtái	100
Elesési szindróma (falls, instabilitás)	100
Időskori elesettség szindrómája (frailty)	102
Globális, funkcionális megközelítés	103
Mortalitás, halálokok	105
Várható élettartam	106
Irodalom	108

5. Az idők egészségügyi ellátásának alapelvei 111

Általános egészségügyi és geriátriai intézmények.

Sajátos szemléletet igényel az idők orvosi ellátása. Ez meg kell jelenjen az ellátás minden szintjén, de teljességében az idősgyógyászati intézmények területén valósítható meg.

Bevezetés 111

A megelőzés fokozatai és formái 115

1. Primer (elsődleges) prevenció: 115

2. Szekunder (másodlagos) prevenció: 118

3. Tercier (harmadlagos) megelőzés, gondozás:
119

Geriátriai betegellátás 120

Az ellátási rendszer általános áttekintése 124

Konzultációs rendszer 124

Fekvőbeteg-ellátás (kórház) 124

Intermedier ellátási forma 126

Az egészségügyi és szociális ellátás kapcsolódása 128

Irodalom 132

**6. Gerontológia, pszichoszomatika
és a Bálint-csoport 135**

*Pszichoszomatikus kórállapotok időskorban,
a Bálint-metódus haszna.*

A pszichoszomatika időskorban
jellegzetességeket mutat, a Bálint Mihály
által leírt és az eleinte csak orvosi körben
alkalmazott módszer elősegítheti az idős
egyének egészségügyi és szociális ellátását.
A módszer az ellátó és az ellátott közti
kapcsolat személyes tényezőit elemzi. Ez a
fejezet a Bálint-csoport működésének
előnyeit taglalja idősellátási környezetben.

Bevezetés 135

Gerontológiai megközelítés 138

Pszichoszomatika, szociálpszichológiai konfliktusok
139

Orvos-beteg kapcsolat 146

A Bálint-csoport összetétele, működésének helye 152

Irodalom 155

7. gerontológia és etika. Age-izmus 159

*Etikus-e a társadalom az idősekkel
szemben? Hogyan fogadja be az időseket a
társadalom?*

Az emberiség történetében a társadalmak
mindig kettős mércével tekintettek az
idősekre: a tapasztalatot megillető
tisztelettel, frissességük hanyatlása miatt
leértékeléssel. Az utóbbi – főleg a modern
társadalmakban – negatív diszkriminációhoz

is vezetett (age-izmus), még az egészségügyi intézményekben is. A generációk etikus együttélése a szolidaritás emberi attitűdjét követeli meg.

Bevezetés 159

A társadalmi szint 164

Age-izmus az egészségügyben 168

Az age-izmus formái 170

Az egészségügyi age-izmus okai 179

Az egészségügyi age-izmus következményei 180

Idősek a családban 181

Irodalom 190

8. Az idősek életminősége és a társadalom különböző szektorainak szerepe ennek fenntartásában és javításában 193

Hogyan segíthetik a társadalmi, gazdasági intézmények az idősek mindennapjait?

Az idős személy életvitele minden területén csökkent kapacitása, korlátozott lehetőségei miatt fokozott odafigyelést, támogatást igényel, kulturális igényei ellátásától, a közlekedésen, az ételmeztelenítésen át az egészségügyi segédeszközigényezésig. A szabályozások megalkotásánál tudományos igényességgel kell ezt figyelembe venni.

Az életminőség (quality of life) fogalma 193

A társadalmi szektorok szerepe 198

Összefoglalás 203

Irodalom 204

9. Az idős ember fizikai és szociális élettere 207

A fizikai környezet hatása az életvitelre.

Az önálló életvitelhez szükséges a közvetlen, és bizonyos távolságon belüli környezet elérésének lehetősége, amely feltételezi a mozgásképesség szükséges mértékének meglétét. Az otthon és az elérendő külső környezet összetételét kell vizsgálni a szükségletek kielégítése szempontjából.

Általános bevezetés	207
Az élettér	208
A környezet összetétele	210
Biotop, szociotop	211
Az idős ember mozgásképesége és élettere	213
Az otthon, mint „térbeli mag”	216
A szubjektív interperszonális tér	219
A tér észlelésének, birtoklásának aspektusai	220
Utcai közlekedés	221
Költözés	223
Virtuális tér	224
Összefoglalás	225
Irodalom	225

10. A Gerontechnológia mint önálló tudomány 229

Hogyan segítheti a technika az idős embert életvitelében?

A technika leghumánusabb feladata, hogy a csökkenő, kieső emberi funkciók pótlását szolgálja. A gerontológia és a technológia találkozásából születő új tudomány, a geron-technológia ezt eszközök, apparátusok kifejlesztésével és a környezet átalakításával hivatott megvalósítani.

Bevezetés 229

A szakterület megjelenése, célja és fejlődése 231

A diszciplína részterületei (mátrix) 236

A lakás fizikai tulajdonságai, átalakítása 239

Internet-használat 242

Irodalom 243

11. A biztonság problémái időskorban 245

A biztonság jelentőségének felértékelődése.
245

A biztonság alapvető emberi szükséglet. Az idős ember sérülékenysége minden vonatkozásban fokozódik, ezért kiemelt jelentősége van a biztonság lehető legszélesebb körű megteremtésének. Ebben a fejezetben a fizikai, kriminalisztikai,

Tartalom

szociális, gazdasági biztonság lehetőségeit,
követelményeit vizsgáljuk. 245

Belső tényezők 249

Külső tényezők 249

A technikai környezet változása: 249

Financiális lehetőségek, források csökkenése: 250

Pszichoszociális változások: 251

Mik a kiegyenlítés eszközei? 252

Irodalom 254

12. Tanulás időskorban 257

*A tanulás folyamata időskorban nem zárul
le.*

Az élethosszig tartó tanulásnak valóban az
élet végéig kell folytatódnia, főleg az
informális és a nem-formális tanulás
lehetőségeit felhasználva. Az időskori
tanulásnak megvannak a maga sajátosságai,
a didaktikától kezdve annak szervezési
kérdéseiig. A 20. században széleskörű
intézményesített formák alakultak ki (pl. a
harmadik kor egyetemei).

Az idősoktatásról általában 257

Előzmények 262

A tanulást befolyásoló időskori mentális változások
265

Didaktikai sajátosságok 269

Ismeretek köre 271

Neveléelméleti alapok 273

Az idős tanulók sajátosságai 275

A gátló tényezők 278

Oktatási formák, oktatók 280

Idősoktatás az 1970-es és 1980-as években (nemzeti
változatok) 282

Az utóbbi évtizedek néhány eseménye 285

Magyarországi helyzet 288

Zárógondolatok 290

Irodalom 291

**13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna
időskorban 293**

Miért érdemes tanulni időskorban?

Az idős ember, mint egyén többféle hasznot húzhat ismeretei bővítéséből, kezdve a munkavállalási kompetencia fenntartásától a szabadidő értelmes eltöltésén keresztül a biológiai és lelki egyensúly megteremtéséig. A kiegyensúlyozott idős ember a társadalom számára értéket jelent és a társadalom részéről kisebb szolidaritási, anyagi támogatási ráfordítást igényel.

A tanulás céljai 293

Irodalom 310

**14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra
hatásának szerepe a sikeres öregedésben 311**

A testi mozgás javítja a szellemi funkciót.

A fizikai aktivitás minden formája biológiai és pszichikai úton javítja a szellemi működéseket, valamint gátolja az élettani és kóros mentális hanyatlást. A mentális aktivitás is elősegítheti a fizikai mobilitást, motivációt jelenthet és a racionális végrehajtást segíti.

A „sikeres öregedés” fogalma 311

Az aktivitás szerepe 313

A mozgás jelentősége 315

A fizikai aktivitás hatása a mentális aktivitásra 316

Szellemi aktivitás hatása a fizikai aktivitásra 321

Összefoglalva 323

Irodalom 323

15. Az idős ember és a narratív identitás 325

Az ember személyiségét felidézett és elbeszélt múltja határozza meg.

Az ember azonos a múltjával. Időskorra kialakul a személy életíve, amelynek felidézése, benne az élete értelmének megtalálása és mindennek megfogalmazása (narráció) megteremti az önmeghatározás

Tartalom

(identitás) lehetőségét. Ez a folyamat gyakorlatilag mindenkiben lezajlik különböző tudatossági szinten és hozzájárul ahhoz, hogy kialakul-e az életelégedettség érzése.

Bevezetés 325

A téma kibontása 327

A narráció jelentősége az idős személy számára 339

Az egységes énkép dilemmái 346

A narráció, mint gyógyító aktus 349

Záró, összefoglaló gondolat 351

Irodalom 351

16. Krízishelyzetek, konfliktusok időskorban.

Szociálpszichológiai szindrómák 355

Az időskorral jelentkező kritikus helyzetek áttekintése.

A kor önmagában létrehozhat kríziseket (normatív krízis), konfliktusokat, de növekszik az akcidentális, vagyis paranormatív krízishelyzetek lehetősége is.

A krízisfajtákat négy nagy csoportra oszthatjuk a kiváltó alapotívum szerint: a környező világ, a családdal való kapcsolat, a tevékenység (munka), és a lakhely változásai válthatják ki. Mindegyik csoportba több konkrét szindróma sorolható be. 355

A téma átfogó ismertetése 355

Késői életciklusok 363

A szociálpszichológiai szindrómák fajtái

A világ, mint egész 365

A család 374

A munkavégzés 391

A lakhely 394

Összefoglalás 398

Irodalom 399

17. A Kadmosz szindróma 403

A gyermekét gyászoló idős szülő.

Tartalom

A fiatal vagy középkorú gyermekét elvesztő idős szülőben lelki, testi és szociális következmények (lelki trauma, kóros reakció, veszteség) alakulnak ki, melyek együttesét Kadmosz, ógörög mitológiai személy neve alapján nevezték el. Ebben az állapotban az idős személy sokirányú támogatást igényel.

További mitológiai példák 405

Bibliai példák 406

Irodalmi példák 408

Neves emberek életrajzából 411

Történelmi példák 413

A gyermekvesztés formái 414

Következmények 418

1. Pszichológiai 418

2. Szociális 422

3. Biológiai 423

A magyar Kadmosz szindróma 425

Záró gondolatok 426

Irodalom 427

18. Az intézetbe kerülés és A beilleszkedés lélektani lépcsői, kihívásai 429

Lelki reakciók saját otthonból tartós benntartózkodást nyújtó intézetbe kerülésnél.

A belső, lelki út végig kísérése a szükséglet kialakulásától a döntésig, majd a várakozás idejében és a bekerülés utáni beilleszkedés lépcsőfokain át. 429

Bevezetés 429

Az intézetbe kerülés előtti szakasz

Az intézeti időszak 434

Zárógondolat 442

Irodalom 443

19. Az idős ember és a halál árnyéka 445

Gondolkodás az élet végéhez közeledve.

Az egészséges idős emberek is tisztában vannak azzal a ténnyel, hogy életük nagyobb

Tartalom

része elmúlt és befejezése felé közeledik. Az adott időpontban eltérően értékelik addigi életük történetét, és ennek fényében tekintenek a halálra és tervezik hátralévő életüket. Fontos, hogy hogyan ítélik meg földi - szellemi és materiális – hagyatékuk utóéletének lehetőségeit.445

Bevezetés 445

Az időskor, mint helyzet 447

Az öt időtényező 451

A hátralevő, az epilógus idő 456

A halál eseménye 463

A halál utáni időszak, a szimbolikus halhatatlanság 467

Irodalom: 471

A szerző publikációi, a témával összefüggésben 475

Idegen szavak, kifejezések jelentése magyarázata 477

Név- és tárgymutató 487

„Az öregkor hasonlít a hegymászáshoz. Minél magasabbra hágsz, annál fáradtabb vagy, nehezebben kapsz levegőt. De sokkal jobban átlátod a dolgokat.”

Ingmar Bergman

ELŐSZÓ EGY „KÖZHASZNÚ” KÖNYVHÖZ

Régen az idősök tapasztalata volt egy közösség életének irányítója. Bölcsességüket mindenki tisztelte. Amikor a gazdaság lett a közösségi együttélés legfontosabb része, az idősök „eltartottá” váltak. A körülmények változásával a tudásuk is haszontalan lett. Fel erősödött az a vélemény, hogy az öregek a társadalom terhére vannak, már csak azért is, mert a testi, lelki bajaikat nehezen lehet kezelni. Mégis figyelembe kellett venni, hogy az átlagéletkor növekedésével ők a társadalom egyre nagyobb hányadát jelentik, nem lehet tehát a helyzetüket mellékesnek tekinteni. Fel kellett ismerni, hogy a mai fiatalok is megöregszenek egyszer. Nekik is meg kell érteniük, mit jelent idősnek lenni, ezért jobb, ha felkészülnek az életnek erre a szakaszára. Csak így alakulhat ki értelmes párbeszéd a különböző nemzedékek között, ami lehetővé teszi a társadalom egészséges légkörét, egyensúlyát. Ehhez persze az is kell, hogy az idősök megértsék, az öregkor nemcsak betegség és a képességek, készségek hanyatlása. Képesnek kell lenniük arra, hogy meg tudják oldani életük egyensúlyzavarait.

Erről szól dr. Boga Bálint könyve. Sokoldalúan mutatja be az időskor sajátos problémáit a velük foglalkozó tudományos eredményekkel

együtt. Elméleti fejtegetései sokoldalúak, az egészségügy biológiai, pszichológiai, szociális tárgyalása segíti az összefüggések megértését. Nem véletlenül: az emberi életet egészében (holisztikusan) nézi, ezért tudja meggyőzően feltárni a változásával járó tünetegyütteseket (szindrómákat). Figyelmeztető jelzése, hogy az időskor nem egységes, az évek számával mérhető kronológiai életkor nem azonos a teljesítményképesség szintjével mérhető funkcionális életkorral. Amiből az is következik, hogy az utóbbi lassabban csökken azoknál, akik tevékeny életet élnek. A funkcionális életkor magasabb szintjét tehát azok valósíthatják meg, akik tudatosan gondozzák testi és szellemi kondíciójukat, és törekszenek arra, hogy képesek legyenek megfelelően illeszkedni változó életformájukba.

Különös figyelmet érdemel ebből a szempontból a könyvnek az a fejezete, amely az időskor válsághelyzeteiről szól. Utal arra, hogy az emberi élet mindegyik szakasza megoldandó feladatokat állít elénk, tehát nélkülözhetetlen, hogy az emberben kifejlődjék a képesség a problémák önálló megoldására. Az idősek életében e képesség megléte vagy hiánya (fejletlensége) fokozott mértékben válik ellentmondásossá. Az egyén nyugdíjazásával és társas kapcsolatainak csökkenésével mind kevesebb szálon érintkezik társadalmával, és ez növeli benne a bizonytalanságot. Ha ehhez az is hozzájárul, hogy érzékelnie kell a valóság gyorsu-

ló változásait, erősödhet az az érzése, hogy a körülötte levő világ egyre idegenebb és kiismerhetetlenebb, felhalmozott tapasztalatai már nem alkalmasak az új helyzetekkel együtt járó válságok leküzdésére. Főleg akkor, ha már a mentális készsége is gyengült, gondolkodása veszített rugalmasságából. A válsághelyzetekre adott sikertelen válaszok állandósítják az egyensúly hiányát, gyengítik az önbizalmat, az én-identitást. És ez a „törékeny egyensúlyi állapot” a szorongásból eredő depresszióval újabb testi, szervezeti bajokat idézhet elő.

A válsághelyzetek sokféle változatossága érzékelteti, hogy milyen differenciáltsággal érhetik ilyen hatások az időseket. Elsődlegesek azok, amelyek a közvetlen társas kapcsolatokon belül, a családtagok vonatkozásában jelentkeznek. Az összefüggés azt is jelzi, hogy az öregség sok problémája a fiatalabbakat is érinti; az ő kedvező vagy kedvezőtlen magatartásuk az idős családtaggal szemben nagymértékben járulhat hozzá a fölmerülő problémák jó megoldásához vagy a válsághelyzet romlásához.

Ez több mint testi gondozás, ápolás, a biológiai vonatkozások gyakran pszichikai jelenségekkel kapcsolódnak össze a társas viszonylatokban. A „Kadmosz-szindróma” című fejezet arról a szinte elviselhetetlen helyzetről szól, amelyben egy gyermek hamarabb hal meg, mint idős szülei. Az ókori görög mítosz megrendítő erővel állítja elénk azt a lelki állapotot,

amelyben az idősek soha nem múló fájdalommal kénytelenek tudomásul venni az őket ért pótolhatatlan veszteséget. Boga Bálint könyvének ez a része különösen gazdag művelődéstörténeti, történelmi és szépirodalmi példákban, bizonyítva, hogy az időskor problémája biológiai, pszichikai és szociális vonatkozásain túl kultúránk egészébe illeszthető.

A krízishelyzetek megoldhatóságához szorosan kapcsolódik a könyvnek az a fejezete, amely az idősek tanulásáról szól. Noha elterjedt az a meggyőződés, hogy az idősek már képtelenek bármit is megtanulni, erre nincs is szükségük, Boga dr. bizonyítja ennek a véleménynek a tarthatatlanságát. Igaz, hogy az öregséggel együtt járnak bizonyos hátrányok (a látás, hallás és a rövidtávú emlékezet romlása), amelyek rontják a tanulás eredményességét, de nem lehet megfélemlkezni arról, hogy a korábban felhalmozott tudás a fiatalabbakhoz képest jobban teszi lehetővé az ismeretek mélyebb összegzését és a lényeg felismerését. Igaz, csak akkor, ha az egyén korábbi életrészeiben sem hagyott fel teljesen gondolkodása fejlesztésével, és időskorában sem szűkítette az érdeklődését a világ dolgai iránt. Egyébként a tanulás számukra amúgy sem iskolapadban ülő foglalatosságot jelent, amelyben meghatározott szövegeket kell átvenni és emlékezetbe vésni.

A tanulás ebben az életkorban nagyon is gyakorlatias: az új ismeretek arra kellenek, hogy a

segítségükkel jobban értsék meg a változó valóságot és jobban oldják meg napi problémáikat. Ez alighanem összefügg azzal, hogy az idős ember bővíti-e, vagy korlátozza kapcsolatait másokkal. Önként választja-e a magába zárkózást, az elszigetelődést (az izolációt), ami óhatatlanul együtt jár azzal, hogy képtelen lesz mások véleményén lemérni saját nézeteinek indokoltságát. A meggyőződések kontroll nélküli fenntartása előbb-utóbb hozza magával azt is, hogy a gondolkodás elveszti rugalmasságát és alkalmazkodó képességét, a matematikus helyzetek felhalmozódó megoldatlansága pedig depresszióhoz vezet.

Van ennek a könyvnek egy fejezete, amely látszólag nem kapcsolódik az időskor problémáihoz. „Az idős ember narratív identitása” címmel jelölt fejezet az, amit én mégis az időskor lényeges tartozékának vélek. Az életút utolsó szakaszában szükségszerűnek érzem a visszatekintést az átélt idő egészére. A látszat ugyan az, csak arról van szó, az idősek azért idézik fel ismételten régi emlékeiket, mert az újabb élményeikkel már nem tudnak mit kezdeni, fiatalabb éveik viszont jobban rögzültek tudatukban, arról nem is szólva, hogy azok idővel megszépülnek, hiszen akkor még fiatalok, egészségesek és sikeresek voltak. Feltehető, hogy valóban ez hat bennük leginkább, de egyeseknél talán az is megjelenhet, hogy az emlékek felidézésével végig gondolhatják, mit miért tettek, miért döntöttek úgy a különböző

lehetőségek között. Tudják persze, hogy már meg nem változtathatják, ami egyszer megtörtént, mégis foglalkoztatja őket annak végig gondolása, volt-e értelme az életük ilyen alakulásának.

Nem feltételezem, hogy sokan gondolkoznak így, azt azonban mégis jellemzőnek látom, hogy a legtöbb idős embert foglalkoztatják az egykor átélt események. Állandóan felidéznek ezeket, amikor másokkal beszélgetnek, mintha úgy éreznék, nem mondták el azokat eléggé pontosan, meggyőzően. Talán az is eszükbe jut, hogy megörökítsék, amit fontosnak tartanak. Mintha azt akarnák, ne tűnjön el végleg életük egy-egy részlete, ha már önmagukat nem is tudják kivonni az elmúlás kényszere alól. Az is előfordul, hogy néhányan írásban rögzítik az emlékeiket, mert úgy érzik, a leírtak tovább maradnak fenn, és tanúságot adnak későbbi korok számára mindarról, ami számukra az élet valósága volt. Igaz persze, hogy az emberi emlékezet szelektív, már a jelenben átélt eseményeknél is. Még inkább így van ez a múltra visszatekintve, mert hajlunk arra, hogy tetszésünk szerint másítsuk meg a történeteket. Így azután nem is annyira valós kordokumentumok ezek, hanem egyes embereknek a valóságról megfogalmazott vallomásai. Mégis érdekesek lehetnek a későbbi korok számára, mert tanúsítják, hogyan is gondolkodtak egykor az elmúlt időkről az akkor élt emberek. Ez a megnyilatkozási kényszer alighanem ösz-

szefügg Boga Bálint könyvének azzal a részével, amely az idősök tevékenységének csökkenését mutatja be. Amikor erről olvasunk, érthetővé válik, az érdeklődés beszűkülése a valóságtól való eltávolodás jele. Amit csak az akadályozhat, ha az ember időskorára is megőrzi nyitottságát a valóság új eseményei iránt, foglalkoztatja elméjét, cáfolva azt az általánosan elterjedt meggyőződést, hogy az öregség a tétlenség ideje, a szélesebb körű tájékozódásnak már semmi értelme és haszna sincs. Elgondolkoztató a Nobel-díjas tudós, Szentgyörgyi Albert megállapítása: „Minden élettelen fizikai rendszer a használatban meggyöngyösödik, viszont az élő rendszereket a tétlenség teszi tönkre, míg a használatban fejlődnek”. „Az élő rendszerekben határozott a törekvés, hogy elérjék saját különleges stabilitásukat, azaz egy olyan rendezettséget, amely lehetővé teszi a rendszer egyes részei, valamint a rendszer és környezete közt a legösszehangoltabb együttműködést”. A tudományos fogalmakkal élő szöveg int arra, hogy az emberi szervezet belső és külső egyensúlyának fenntartásához kapcsolatokra épülő aktív magatartás kell.

Dr. Boga Bálint maga is nyugdíjas korú, de még aktívan dolgozik. Orvosa a Hospice Szolgálatnak, az időskori problémák szakértőjeként rendszeresen tart előadásokat főiskolákon, és részt vesz a szakápolók képzésében. Példát mutat arra, amit a könyvében ajánl: amíg él az ember, feladatokat kell vállalnia és

megoldania. Csak így lehet teljes az élete, ami ha nem is végtelen, de sok lehetőséget ad a hasznos cselekvésre. Könyve nemcsak az idősekkel foglalkozó orvosoknak, szakápolóknak és szociális dolgozóknak ad hasznos tájékoztatást, de azoknak a már idős, vagy még csak idősödő embereknek is, akik úgy érzik, érdekeltek e korosztály problémáinak alaposabb megértésében. Ez az érdekeltség még szélesíthető is: azok felé, akik családtagként vagy egy társadalmi szervezet tagjaként állnak kapcsolatban idősekkel, akik nem szeretnék, hogy az emberi együttélés elhanyagolható részének tekintsék őket.

Maróti Andor

BEVEZETÉS

Több mint 50 éves orvosi működésem első napjától kezdve az általam kezelt, ellátott páciensek többsége az időskorosztályhoz tartozott. Ez általános jelenségnek tartható, ahogy egy angol orvos mondta: ha nem vagy gyermekgyógyász, idősgyógyász kell, hogy legyél. Az eltelt évtizedek alatt magam is az időskorosztály tagja lettem, még a hivatalos WHO-beosztás szerint is. Körülbelül 34 éve foglalkozom behatóan az idősödés folyamatával, az idős személyek speciális problémáival. Elkerülhetetlen volt, hogy az idős ember egészségi, testi bajait meghaladóan a szociális, a szociálpszichológiai kérdéseket is górcső alá vegyem. Minden korosztályban az egészség és a szociális környezet adottságai szoros kapcsolatban állnak egymással, de talán az időseknél a legközvetlenebb ez a kapcsolat. A két terület egymásra hatása az emberi létezés alapmotívuma. Az orvosnak az az előnye, hogy betege – általában – teljes emberi, tehát testi, lelki valójában feltárulkozik előtte, így alkalma van az emberi élet minden dimenziójából rengeteg információt kapni, és ha van, készsége, motivációja feldolgozni azokat.

A volt szocialista országokban a pszichológia és a vallás háttérbe szorítása miatt az orvos volt sokszor a pszichológus és pap is a beteg számára, de a beteg, főleg az idős beteg min-

dentől függetlenül legszívesebben orvosához fordul bizalmas kérdésekben is.

Az egészség és több szociális kérdéskör különböző témáit az évtizedek folyamán egymás után kezdtem elemezni, kibontani. A külföldi, főleg az angolszász szakirodalom megismerése nagy segítséget jelentett, sokszor szakmai megerősítést adott az általam kialakított elképzeléseknek, máskor új témák kidolgozására adott indíttatást. Külföldi tanulmányutak, kongresszusi részvételek, Európa különböző országaiban, sőt Európán kívül is, nemzetközi projektekben való részvétel (geroeducáció és gerontechnológia területén), személyes kapcsolatok neves gerontológusokkal tovább gazdagították elképzeléseim tárházát. Mindez elősegítette, hogy kialakult véleményemet külföldi szerzőktől vett utalásokkal tegyem teljessé vagy támasszam alá írásaimban.

A társadalom demográfiai változása, az öreg korosztály arányának növekedése a mélyebb igényű gerontológiai megközelítést egyre inkább aktuálissá tette, így az én általam áttekinített témakörök napirendre kerültek. Egyre több helyre hívtak előadást tartani, szakembereknek is, laikus idősöknek is. Több előadás tartalmát – gyakran felkérésre – utána dolgozattá egészítettem ki, sok közülük különböző helyeken megjelent, néhány szakkönyvbe is írtam fejezeteket, illetve teljes könyvek főszerkesztője lettem. Új témák kidolgozására kihívást jelentett az idősödéstudomány előtérbe

kerülése. Az aktualitás felismerése a világ fejlett részében is bizonyos fenntartással, késéssel következik be, mivel az age-izmus, sokszor rejtetten, de működő jelenség. Az időseket érintő kérdésekkel mélyebben mégis csak a deklaráció szintjén foglalkoznak. Magyarországon ezek a jelenségek még inkább megfigyelhetők, de a gyakorlati életben sok elkötelezett személy dolgozik ezen a területen. A magyar Országgyűlés csaknem egyhangúan elfogadta az Idősügyi Stratégiát, újabb kormányzati stratégia is megfogalmazódott, de továbbfejlesztése és a gyakorlati részletek kidolgozása még várat magára.

Az általam kidolgozott témák – úgy gondolom – hogy az idősödéssel szembenéző társadalom minden tagját érdekelhetik, sőt talán érdekelnie kell, akár azért, mert maga idősödik, akár mert közeli hozzátartozója tartozik e korosztályhoz, akár azért, mert ezekkel a témákkal valamilyen szinten maga is foglalkozik, akár azért, mert ezek az idősödéshez tartozó kérdések mindennapjaiban megjelennek és akár csak azért, mert érdeklik az idősödő társadalom konfliktusai. A normális, átlagos öregedés jelenségeiből indulok ki e könyvben, amelyek között egyaránt vannak negatív és pozitív megnyilvánulások, de az időskor esékenységéből fakad, hogy esetenként, nem ritkán, megjelennek kóros állapotok, bántó helyzetek. Ezekkel a szakember és gyakran a laikus is találkozik, ezért ezekkel részletesen foglal-

kozom. Figyelmeztetnem kell azonban a tisztelt olvasót, hogy óvakodjék ezeket a kóros állapotokat megalapozatlanul magára vagy más személyre vonatkoztatni. Ha viszont egyikkel-másikkal találkozik, eligazodást, mélyebb magyarázatot lelhet a könyvben.

Az időkkel foglalkozó szakemberek számára is adhat többletet ez a könyv vagy azért, mert saját területén új megközelítéseket közvetít, vagy azért, mert az idősödés kérdéskörének más szegmensébe nyújt betekintést. A dolgozatokat az elmúlt 10-14 évben írtam, többségüket az elmúlt 3-4 évben, a régebbieket újabb adatokkal egészítettem ki. Stílusuk az esszé és az áttekintő, tudományos igényű ismeretterjesztő leírás stílusa között áll, némelyik egyik vagy másik irányába eltér. Az irodalmi lista csak a legfontosabb publikációkat tartalmazza. Elkerülhetetlen orvosi alapszemléletem megjelenése, az orvosi témájú fejezetek részletesebben lettek kifejtve. Úgy tapasztaltam, erre a nem egészségügyi végzettségűek részéről is mélyebb, szélesebb az érdeklődés. Több dolgozatban – természetesen – szakmai fogalmak, néhol tudományos részletezéssel szerepelnek, melyeket a szövegben, illetve külön szöszedetben törekedtem megmagyarázni, sokszor feltüntetve az eredeti angol vagy latin kifejezést is. Véleményem szerint a mélyebb ismeret megszerzése ma sokak számára óhajtott cél, amit az ismeretterjesztő irodalom mai átlagos színvonala is igazol. Az

általam megcélzott olvasói kört úgy próbálom definiálni, hogy ebbe a „vájtfülű” értelmiségi-ek tartoznak, az értelmiségi jelleg alatt nem végzettséget, hanem érdeklődést, nyitottságot, ismereténiséget értek. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az emberi élet összetettsége, a fogalmak, az időskori jelenségek kapcsolódása miatt több fogalom nem egy dolgozatban szerepel, azok belső logikája, struktúrája megköveteli az adott területen belül az egyszerű utalást meghaladó ismertetést, egy-egy téma kifejtése így kerek. Ez a könyvön belül ismétlődésekhez vezetett, főleg a lényeges, több vonatkozású fogalmak esetén. Ezeket az ismétlődő ismertetéseket azért is megtartottam, hogy az adott témakört megismerni akaró olvasó ne kényszerüljön másik dolgozat adott részéhez átlapozni, esetleg keresgélni.

A témák az idős ember életének, az idősödő társadalomnak különböző szegmenseit vázolják fel, az irodalomban így együtt nem igen találhatók meg. Az ember a 21. században nem lehet a régi értelemben polihisztor, a témák között közlekedő, orvosi és szociális területen szerzett tapasztalataira támaszkodó szerző az elmélyülésnek, a tárgykör kifejtésének egy adott mértékét képes felmutatni, amely azonban - véleménye és reménye szerint - minden olvasójának új ismereteket, új gondolatokat nyújt, az összefüggések új megközelítésére ad példát és ösztönzést.

A szerző

1. A GERONTOLÓGIA, MINT DISZCIPLÍNA

Az öregedés jelenségeit tárgyaló tudomány bemutatása.

A gerontológia egyaránt természet- és társadalomtudomány, a legszélesebb humán tudomány. Három részre oszlik: kísérletes gerontológia, geriátria, vagyis orvosi gerontológia és szociális gerontológia. A bevezető fejezet ezek meghatározó jellemzőit ismerteti.

Bevezetés

Világszerte a népesség egyre növekvő hányada tartozik az időskorosztályhoz. A modern államokban a lakosság több mint 20%-a 60 év feletti. Magyarországon a 2011-es népszámlálás adatai szerint ez az arány 23,6%, amelyen belül a nők aránya 27,2%. A 20. század elején 10% alatt volt ez a korosztály (1900: 7,5%), a század folyamán lendült meg az idősek számarányának növekedése, amit az általános körülmények (higiéné, táplálkozás, infrastruktúra, stb.) és az egészségügyi ellátás fejlődése magyaráz, de az utóbbi évtizedekben a születésszám csökkenése is hozzájárult. Ezek alapján logikus, hogy az idősödéstudomány, a gerontológia, mint önálló tudomány a 20. században jelent meg, Haranghy László, a magyar gerontológia atyja a 20. század tudományának nevezte.

Az adatokat tovább elemezve ki kell emelni, hogy különösen gyorsan növekszik a magasabb korosztályok lélekszáma: 2001-ben a lakosság 2,7%-a 80 éven felüli, ez az adat 2011-ben 4,1%. A 100 éven felüliek száma meghaladja az 1000-et. Mindezen adatok háttérében az átlagos élettartam emelkedése áll, a születéskor várható élettartam jelenleg hazánkban férfiaknál 70,93, nőknél 78,23 év, és ami fontos, 60 éves korban férfiaknál még 17, nőknél több mint 21 év várható (2011). A nyugat-európai adatok ennél kedvezőbbek (pl. Franciaországban férfiaknál 77,8, nőknél 84,3 év), különösen, ha figyelembe vesszük az úgynevezett teljes és a rokkantságmentes élettartam különbségét, nálunk a nőknél 9 év, férfiaknál 7 év a kettő közti eltérés (Angliában ez átlagosan 4 év).

A diszciplína fogalma

A szótárak a szónak két jelentését adják meg: 1. fegyelem, rend; 2. tudományág, tudomány-szak. A két értelmezésben az lehet a közös, hogy egy tudományág a tudomány egészéből a rendszerezettség, körülírtság, belső konzisztencia által válik önállóvá. A diszciplína fogalmát pontosabban meghatározni úgy lehet, hogy egy témakörhöz tartozó, tudományosan megalapozott (vagy legalább tudományos igényű), rendszerezett ismeretek, tapasztalatok összessége, amelynek önálló létét a tudományok művelői elfogadják. Valamivel szélesebb

ismeretköröt foglal magába, mint a szigorúan vett tudományág fogalma.

A gerontológia fogalma

Mint definíció a következő tartható a legmegfelelőbbnek: a gerontológia az idősödés folyamatának és az öregség állapotának összes (belső, külső) jelenségét vizsgáló tudomány. Belső jelenségek közé azokat sorolom, amelyek az (emberi) szervezetben következnek be, a külsők közé azokat, amelyek az előbbiek következtében a (fizikai, szociális) környezettel való kapcsolatban jelentkeznek. A kifejezést Mecsnyikov alkotta több mint 100 éve (1903). Ógörög eredetű szó, etimológiai alapja: *geron* = öreg (mint melléknév), *öregember* (mint főnév); *logosz* = beszéd, tárgyalás, állítás, utóbbi sok tudományág megnevezésében szerepel.

A gerontológia résztudományai

A gerontológia három nagy területre osztható, és ezek önmagukban is önálló diszciplínáknak tekinthetők. Ez a jelenség a tudománytagolódás más területein is megfigyelhető. A hármas felosztás Verzár Frigyestől, a Debrecenben, majd Svájcban dolgozó magyar tudóstól származik:

experimentális vagy kísérleti gerontológia: a normális idősödés biológiai jelenségeinek megfigyelés, követés, kísérlet útján történő vizsgálá-

ta (e tudományág megteremtője és az elnevezés alkotója is Verzár Frigyes volt);

orvosi gerontológia vagy geriátria (iater = orvos): a betegségek és kezelésük sajátosságai időskorban (I. L. Nascher: *geriatrics*, 1909);

szociális gerontológia: az idős egyén vagy csoport szociális helyzetében bekövetkező változások, ezek megoldásának módjai (G. I. Stieglitz, 1949).

Orvostörténeti előzmények

Az ókori görögöknél már megtalálható az öregedés tudományos igényű leírása, így pl. Arisztotelésznél, Hippokratésznél. Galénosz már használta a *gerologia* kifejezést. 1489-ben jelent meg G. Zerbi *Gerontocomia* (komeo = ápolok, gondozok; ógörög), 1724-ben J. Floger *Medicina gerontocomica* című idősgyógyászatnak tartható műve. Ch. W. Hufeland: *Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern* (1842), G. Day: *Diseases of Advanced Life* (1849), J. M. Charcot: *Leçons sur les maladies des vieillards* (1867) címen írt könyvét említem még a nem kevés idézhető mű közül.

A teljesség kedvéért meg kell említeni, hogy Rózsay József Pesten már a 19. század derekán foglalkozott az idősek élet- és kórtanával, valamint próbálkozott idősgyógyászati kórházi ellátást indítani. Fontos lépés volt, hogy Max Bürger 1938-ban megalapította Németországban az első gerontológiai társaságot

(Gesellschaft für Altersforschung) és 1939-ben megindította az első gerontológiai folyóiratot (Zeitschrift für Alternsforschung). A magyar elődök közül – a teljesség igénye nélkül – említem Korányi Sándor, a II. világháború után Haranghy László, Hun Nándor, Bíró István, Schwarczmán Pál és a ma is köztünk levő Beregi Edit nevét.

A gerontológia jellemzői

Meghatározásából és résztudományainak ismertetéséből következik, hogy a gerontológia egyszerre

természet- és társadalomtudomány: az idős ember biológiai, patológiai állapota és szociális helyzete egyaránt tárgyát képezi, tehát,

holisztikus: az emberrel, mint egészszel foglalkozik,

a legteljesebb humán tudomány, mert nincs olyan életterület, mely az idősek vonatkozásában ne lenne tárgya, és így,

multidiszciplináris, más szóval transzdiszciplináris, mivel több tudomány kapcsolódási területeit érinti, ezeket integrálja.

Mindemellett *komparatív tudomány*, mert az idős embernél fellépő bármilyen változás az átlagos, azaz a fiatal vagy középkorú felnőtt állapotához, helyzetéhez képest következik be, tehát az összehasonlításnál azok teljes körű ismerete is szükséges. Ebből következik, hogy a gerontológia bármelyik terüle-

tének művelője kettős tudással kell, hogy rendelkezzen.

A résztudományok kapcsolata

A gerontológia részterületei szoros kapcsolatban állnak egymással. A geriátria számára a kísérletes gerontológia kell megadja a választ arra, hogy melyik jelenség származik az öregedési folyamatból, melyik alakult ki betegség talaján, hol a határ a fiziológiás és a patológiás között. A kérdés gyakran nehezen vagy nem válaszolható meg. Van, amikor különböző nézetek ütköznek. A geriátria és a szociális gerontológia – mint általában az orvostudomány és a szociológia – reciprok viszonyban van egymással, itt természetesen az idős ember speciális adottságait, körülményeit tükrözi. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a geriátria immanens része a szociális tényezők vizsgálata („medikális-szociális hibrid”). Néhány példa: nyugdíjazás hatása az egészségre, a mozgás-készség hatása a társas kapcsolatokra. A biológikum és a szociológikum egymásra hatása, átfedés területeik közt egyrészt mint állapotmeghatározó jelenik meg, másrészt az orvosi illetve a szociális ellátás határterületeit képezi.

A geriátria, mint önálló orvosi diszciplína

Ignatz Leo Nascher (1863-1944) osztrák származású orvost tartják a „geriátria atyjának”.

New Yorkban lett gyógyszerész, majd orvos. Még medikus korában találkozott egy elhivatottságát meghatározó élménnyel: egy súlyos állapotban, heveny betegség tüneteit is mutató öreg nőbeteget hoztak a kórházba, ő megkérdezte a főorvost, hogy mi a baja, aki azt válaszolta: „Öreg kor”, erre megkérdezte: „Mi a teendő?”, a válasz: „Semmi”. A pediátria (gyerekgyógyászat) analógiájára alkotta a geriátria (angolul: geriatrics) kifejezést. A New York Medical Journal című folyóiratban írta le először és kifejtette, hogy ez az orvostudomány külön területe („separate place in medicine”, 1909, 90, 358-9). 1914-ben könyvet is jelentetett meg ezen a címen az idősök betegségeiről. A szakterület gyakorlati önállósodására azonban még várni kellett. Marjory Warrent (1897-1960) tartják a „geriátria anyjának”, akire 1935-ben Londonban a West Middlesex Hospitalban 714 idős elesett állapotú beteg ellátását bízta. Első dolga volt a kórházi miliő felújítása, majd a betegeket állapotuk alapján különböző csoportokra osztotta, elkülönítette a:

krónikus fennjáró,
krónikus, ágyhoz kötött, de kontinens,
krónikus inkontinens,
szenilis, enyhén zavart, de nyugodt,
szenilis, demens, többiektől elkülönítendő csoportot.

Mindegyik számára külön ellátási, rehabilitációs programot dolgozott ki, ami eredménnyel

is járt. A legfontosabb volt az ellátók attitűdjének megváltoztatása.

Ezután is csak a 20. század utolsó harmadában lett szélesen elterjedt az igazi geriátriai ellátás, sok helyen még ekkor sem, mert csak az ápolást sorolták az idősgyógyászat feladatai közé. Még a közelmúltban is a társszakmák egyes művelői megkérdőjelezték a geriátriának, mint önálló szakmának a létjogosultságát. Azzal érveltek, hogy az önálló szakmaként elfogadáshoz 3 feltétel valamelyikének megléte szükséges, ezek: 1. egy szerv vagy szervrendszer betegségei tartoznak körébe, pl.: urológia, szemészet; 2. egy körülírt kórfolyamat-csoport tartozik hozzá, pl: onkológia, allergológia; 3. adott módszerrel végzi diagnosztikus ill. terápiás tevékenységét, pl.: sebészet, radiológia. A geriátria egyikbe sem tartozik, igaz, a gyermekgyógyászat sem, de a gyermek sokban különbözik a felnőttől, betegségeinek spektruma eltér a felnőttétől, így a gyermekgyógyászat különállása jogos, de idősök vonatkozásában csak kvantitatív eltérések vannak – így az ellenzők. A modern országok többségében ennek ellenére a geriátria elfogadott, regisztrált szakma szakvizsgával, egyetemi tanszékekkel, fekvő- és járóbeteg intézményekkel. A következő tények támasztják alá önálló orvosi diszciplínaként történt elfogadását:

a szervezet reakciói az öregedés folyamatában megváltoznak, olykor nemcsak mennyiségileg (működő szövetek fogyása), hanem minőségi-

leg is (pl.: immuneltérések, sérülékenység, biológiai egyensúly zavarai);

az öregedés egyes élettaninak tartott tünetei, eltérései fiatalabb korban csak kórfolyamat kapcsán jelennek meg (pl.: sarcopenia = izomfogyás, glomerulusfiltráció = vizeletkiválasztás csökkenése), ezeknél kvázi-patológias folyamatról beszélhetünk; ilyen kvázi-patológias tünetek más élettani változás idején is fel-léphetnek (serdülés, terhesség, menopauza), időskorban a folyamat bizonyos határt átléphet és ekkor már egyértelműen kóros állapotba torkollik (pl.: Alzheimer-kór);

az öregedési folyamat és a betegségek okozta tünetek elkülönítése, ezek sajátos összefüggéseinek felismerése speciális ismereteket és gyakorlatot igényel;

bár a legtöbb, időskorban jelentkező betegség fiatalabb korban is felléphet, a gyakoriság lényeges eltéréseket mutat (pl. atherosclerosis = érlemeszesedés), a betegség-spektrum idős populációban nagymértékben eltér a fiatal korosztályokétól;

részben az időfaktor adta lehetőségek növekedése, részben a szöveti-élettani változások szaporodása miatt több betegség párhuzamos fennállása észlelhető (multimorbiditás), ezek egymásra hatnak (interferencia, interakció), befolyásolják egymás kezelési formáit (polifarmakológia: több gyógyszer használata);

a betegségek egy része nem a szokványos, a fiatalabbaknál tapasztalt megjelenési formát,

1. A gerontológia, mint diszciplína

kórlefolyást mutat, az atípia formáinak ismerete alapvető az idősgyógyász számára; speciális, gyakorlatilag az idős betegeknél jelentkező ún. geriátriai szindrómák felismerése, ellátása sajátos felkészültséget igényelnek (l. később);

a betegséghatások globális, a mindennapi funkciókra vonatkozó megközelítése, összegző állapotmeghatározás szükséges (ADL: a mindennapi tevékenységek elvégzésének képessége);

a geriátriai orvosi ismeretek plasztikus felhasználása kell irányadó legyen, mivel kifejezett intra- és interperszonális (egyeden belüli illetve egyedek közötti) változatok jellemzik az idős egyéneket (diversitas: különbségek egy korosztályon belül).

A legújabb és a legátfogóbb definíciójának megfogalmazását az EUMS (az Európai Orvosi Társaságok Szövetsége) geriátriai szekciójának 2008. május 8-i máltai ülésén fogadták el (EUMS-GS, Málta 2008.05.08.), amely egyértelműen bizonyítja ennek az orvosi szakágnak létjogosultságát az ellátási rendszerben:

„A geriátria orvosi specialitás, mely az idős betegek fizikai, mentális, funkcionális és szociális állapotával foglalkozik; az akut és krónikus betegségek ellátása, a rehabilitáció, a megelőzés, a szociális és terminális állapot ellátása területén nyilvánul meg.

1. A gerontológia, mint diszciplína

Erre a betegcsoportra nagyfokú elesettség és aktív többszörös kórfolyamatok jelenléte jellemző, ami átfogó, holisztikus megközelítést igényel. A betegségek eltérő formában jelennek meg időskorban, gyakran nagyon nehéz diagnosztizálni azokat, a kezelés gyakran csak elhúzódnak ad eredményt és gyakran a szociális támogatás igénye is jelentkezik.

A geriátria ezért meghaladja a szervekhez kötött orvoslást a multidiszciplináris munkacsoport kiegészítő ellátását nyújtva, amelynek fő célja optimalizálni az idős egyén funkcionális állapotát, javítani az életminőséget és autonómiát.

—
Tudomásul kell venni, hogy történelmi és strukturális okok miatt a geriátria szerveződése különböző az egyes európai tagországokban.”

Emellett minden orvosi szakmának megvan a maga geriátriája, speciális idősgyógyászati vonatkozása (pl. geroginekológia: idősek nőgyógyászata). A legtöbb találkozási pontja a belgyógyászattal van.

További hazai adatok

A nemzetközi gerontológiai társaság (jelenlegi neve: International Association of Gerontology and Geriatrics, IAGG) 1950-ben alakult, amelynek a magyar társaság is tagja. A Magyar Gerontológiai (most: és Geriátriai) Társa-

ság 1966-ban tartotta alakuló ülését. Haranghy László patológus professzort választották elnöknek (jelenleg tagja az IAGG Nagy Nevek Csarnokának). A magyar társaság jeles személyisége Beregi Edit, aki több éven át volt a társaság elnöke, Haranghy Lászlóval (1960-65), majd saját munkacsoporttal (1987-90) feldolgozta a magyarországi száz éven felüliek egészségi és szociális helyzetét, 1993-ban Budapesten megszervezte a XV. Nemzetközi Gerontológiai Világkongresszust és ezt követően 4 évig az IAGG elnöke volt.

Magyarországon 1988 óta működik a Geriátriai Kollégium, 1996 óta az Idősügyi Tanács, a kormány tanácsadó szerve, az orvosegyetemeken 1998 óta oktatják a geriátriát, 2000-ben lett szakvizsgával elismert önálló orvosi szakma.

Zárógondolat

Az öregedés, az öregség az emberiség egyik alapdilemmája, ősidőktől kezdve foglalkoztatja az egyszerű tanulatlan embert is. A társadalom számára a 20. században vált lényegi kérdéssé, mivel ekkor ért el jelentős hányadot az idősek aránya a lakosságon belül. Az orvosi, pszichológiai, társadalmi, gazdasági következmények elemzése egy új tudományágat, a gerontológiát hívta létre.

Irodalom

- Beregi Edit (1990): Centenarians in Hungary. S. Karger AG, Basel
- Beregi Edit (2003): Gerontológia Magyarországon. A magyar gerontológia történeti vázlata. Comm.de Hist. Artis Med., 182-185.
- Boga Bálint (2009): Hungary. In: Palmore, E. B., Whittington, F., Kunkel, S. (eds): The International Handbook on Aging. ABC-CLIO, S. Barbara, Denver, Oxford.
- Bürger, M. (1947): Altern und Krankheit. Georg Thieme, Leipzig
- Haranghy L. (1965): Gerontological studies on Hungarian centenarians. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Haranghy László (1969): A gerontológia mint a XX. század komplex tudománya. MTA Értesítő 1969,10, 614.
- Hun Nándor (1978): Bevezetés a szociális gerontológiába. II. kiadás. Medicina, Budapest
- Minois, G. (1989): History of old age. (transl.:Tenison, S. H.) Univ. Chicago Press, Chicago
- Schwarczmán Pál (1965):A gyakorló orvos geriátriája. Medicina, Budapest
- Semsei Imre (főszerk.) (2011): Gerontológia I-II., Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen
- Verzár F. (1925): Életről, betegségről és halálról. Atheneum, Budapest
- Young, A. (1989): There is no such thing as geriatric medicine and it's here to stay. Lancet I, 263.

Saját feljegyzései

2. AZ ÖREGEDÉS FILOZÓFIAI MEGKÖZELÍTÉSE

Mit jelent megöregedni?

A fejezet egyrészt egyfajta tudományos megközelítést fogalmaz meg az öregedés lényegéről, másrészt az idős emberben kialakuló életfilozófia kérdését tárgyalja.

Mottó:

„...az öregség a filozófia egyetlen valóságos kérdése ...”

Ungvári Tamás

Bevezetés

Az egyedi emberi létezés és természetesen annak utolsó fázisa, az öregség testi, mentális, pszichológiai és szociális szférában nyilvánul meg. A mottóban szereplő állítás első olvasásra túlzásnak tűnik, de ha meggondoljuk, hogy időskorban, az öregedés folyamatában merül fel a legélesebben az élet értelmének kérdése, az összes emberi jelenség némileg más dimenzióba kerül vagy kerülhet, a változások alapvető létezési dilemmák elé állítják az embert és a társadalmat, akkor el kell fogadjuk legalább azt, hogy ilyen komplexitásban az elemzést igénylő létformák más helyzetekben nem jelentkeznek az élet folyamán.

2. Az öregedés filozófiai megközelítése

Az öregedés, mint jelenség értelmezése két megközelítésben lehetséges: a tudományos gondolkodás (tulajdonképpen metatudományos elemzés) hogyan magyarázza, illetve a társadalom, mint egész számára mit jelent, azaz exterioritásból (külső megközelítésből), illetve maga az öregedő ember belső és külső változásait hogyan értékeli, éli meg, rendezi el, azaz interioritásból (belső tapasztalatból) (S. de Beauvoir). Így tehát a filozófiai elemzés is két irányból közelítheti meg a kérdéskört. Természetesen a kettő nem választható el élesen, a két tartomány egymást nagymértékben befolyásolja, elsősorban az egyedi az általánost. Mindezekből az is következik, hogy az öregedés filozófiai tárgyalásánál gyakran – akaratlanul vagy tudatosan – át kell, hogy lép-jük a biológia, vagy pszichológia, vagy a szociológia határát.

Az öregedés ontológiája

A létezés objektív, immanens (elengedhetetlen) kerete az idő, az idő múlása. Ebből a tételtől kell kiindulnunk az öregedés ontológiai megközelítésének elemzésekor, akkor is, ha több filozófiai irányzat és némileg a modern fizika is megkérdőjelezi, sőt elveti az idő objektivitását. Az idő az egymásutániség folyamatos bekövetkezése, ez csak úgy képzelhető el – és úgy is észleljük –, hogy változások következnek be a létező entitásokban (egyedekben) és ez a változás, a szélesebb értelemben

vett mozgás adja két pillanat összevetésénél az idő képzetét (lásd: Herakleitosz: „Panta rhei”: „minden mozog”, kétszer nem léphetsz ugyanabba a folyóba). A változatlanságot és ezáltal az időtlenséget csak az istenek világába helyezi az emberi gondolkodás, tehát változás nélküliség és változás nélküli idő a valós világban nem létezik, a legelemibb anyagi részecske létezése is mozgáshoz kötött. A változás ténye tehát érvényes az élettelen és élő világra egyaránt. Kérdés, hogy a változásoknak van-e iránya, célszerűsége, kiteljesítő jellege. A világegyetem létezését is annak állandó tágulása által foglaljuk időkeretbe. Az egyes részek alakzatokat vesznek fel, adott formájukban, struktúrájukban bizonyos működést valósítanak meg, majd különböző változtató hatások által változnak, végül annyira, hogy eredeti alakzatuk, entitásuk elvész, eltűnik, megsemmisül, egy új formába alakul anyagi és mozgási létük, amely így keletkezik és kezdődik előlőről a folyamat. A változás ebben az értelemben állandó, élő és élettelenre - olykor egymásba átváltva - érvényes és így gondolkozva az öregedés fogalma, mint speciális minőségi folyamat ontológiai szempontból nem értelmezhető; az idő múlása, mint korosodás, mint a végtelen mozgás egy fázisára vonatkozó dinamika fogható fel. Csupán az élő szervezeteket vizsgálva - már amióta léteznek - biológiai értelemben találunk rá a fejlődésre (phylogenesis: törzsfejlődés): egyre tökélete-

sebben alkalmazkodtak a környezethez, egyre jobban tudták magukat, mint egyedeket, aktuális működő rendszerként, ezáltal fajukat, mint azonos típusú egyedek egymást követő sorát fenntartani.

Az egyed, mint entitás – megint biológiai értelemben – változásai (ontogenesis: egyedfejlődés) a keletkezésétől az átöröklés és az egyedi interakciók következtében egy tetőpontig (akmé: csúcs) az alkalmazkodás és így a funkcionalitás egyre nagyobb fokát képes megvalósítani. Majd – átmeneti szinten maradás után – a genetikusan kódolt visszafejlődés és a kopás által a csökkenő képességek időszaka következik, ezt nevezzük öregedésnek. Tehát az öregedést az életfilozófiai ontológia irányából a szomatikus funkciók entitást fenntartó képességének (struktúra, energia, szabályozás) csökkenésében határozhatjuk meg. A folyamat általános, lényegi és visszafordíthatatlan (univerzális: „common fate”, immanens és irreverzibilis). Az öregedés folyamatát magyarázó tudományos teóriák egyik része a genetikai meghatározottságot, másik része az elhasználódást (wear and tear: „elhasznál és elszagat”) tartja fontosabbnak, de úgy tűnik, a kombinált magyarázat képes a legjobban megközelíteni a lényegét (Schaie). Bár metaforikusan élettelenre is használjuk olykor az öregedés kifejezést (pl. vas rozsdásodása), valódi jelentésében csak élőnél alkalmazható.

A fentiek értelmében az emberi gondolkodás, sőt a tudományos megközelítés régi, máig teljesen meg nem válaszolható kérdése: az öregség betegség-e vagy nem, más szóval az öregség betegségtől független folyamat-e, a tiszta ontológia oldaláról szintén nem értelmezhető. Az adott egyedet érő, létét meghatározó behatások egy csoportját képezik a betegségek, tehát az univerzális behatásokhoz tartoznak különálló specificitás (jellegzetesség) nélkül. Ezért is nehéz meghatározásként az elkülönítés (Galénosz: az öregség egészség és betegség közti állapot, Aschoff: relatív egészség). Életfilozófiai megközelítésnél ezek alapján kvázipatológias változásnak tekinthető az időskori élettani beszűkülés („az öregember normáit ugyanannál az embernél élete delelőjén fogatkozásoknak értékelték volna”, Canghilem). Másrészt a betegségek, krónikus mérgezések (pl. dohányzás) – más külső hatásokkal együtt – az öregedés folyamatát elősegítik, ill. hasonló folyamatot hoznak létre, amit a biokémiai, szövettani háttérvizsgálatok is igazolnak. Az egyed öregedése gyakran eltér az átlagtól (élettani vs kalendáriumi kor) és még egyes funkciói, szervei sem ugyanakkor kezdenek öregedni (intraindividuális = egy egyeden belüli eltérések).

Humán oldalról a fizikai lét ontológiája mellett a társadalmi struktúrák ontológiájáról (Lukács György) is beszélhetünk, amelynek alkotó eleme az ember, mint „biológiailag kulturális”

(Rogoff) lény. Az öregedő/öregember részben szomatikus változásai, részben a társadalmi szabályozás miatt kikerül a társadalmi folyamatok fő áramából, tehát ebben a terrénumban is a funkciók csökkenése irányába tér el, azzal együtt, hogy a korábbi társadalmakban idős személyek voltak a hatalom gyakorlói (gerontarchia, gerontokrácia, szenátus). A szomatikus, pszichológiai és szociális redukció gyakran nem párhuzamosan zajlik (Ch. Bühler), ütemükben eltérés mutatkozhat, ez mind az egyed, mind környezete számára konfliktus forrása lehet.

Az idősek társadalmi elhelyezkedésének, integráltságának megítélése adott időpontban a kor-korcsoport-periódus (ACP, age-cohort-period, Schaie) modell alapján végezhető, amelyben az években megélt kort, a korcsoport által megélt eseményeket, azok hatását rájuk, illetve a vizsgálat időpontjának struktúráját, elvárásait vetik össze (Baars, Visser). Ezen tényezők egymáshoz való viszonyában kimutatható ellentmondások, konfliktusok vezethetnek bizonyos esetekben arra, hogy az idősek az adott társadalomban „bevándorlók az időben” („immigrants in time”, M. Mead).

Episztemiológia

Az öregedés jelenségeinek ismeretelméleti megközelítése a fentiekben részletezett változások gyakorlati vizsgálatából kell kiinduljon, exterioritásból és interioritásból egyaránt, az

objektív és szubjektív vonal összefüggéseit alaposan elemezve. Az egyed és társadalom életében az emberi öregedés folyamatát, következményeit kell, hogy megismerje, megtaglalja, felkutassa, az értelmezés, a megoldások számára alapanyagot nyújtva.

Hermeneutika

Az öregedés hermeneutikáját, azaz értelmezését, jelentőségét először biológiai oldalról kell elemezni. Egyfajta magyarázatot ad az evolúciós elmélet, amely azt tartalmazza, hogy a fajfenntartást biztosító egyedi biológiai állapot fázisa után be kell következzen a megsemmisülés felé vezető hanyatlás, tehát az egyedi létnek a fajfenntartás a fő célja, ennek megvalósítása után át kell adja a lét terepét a fiatal, friss generációnak. Ez következik be – bizonyítottan – a szervek szöveteiben sejtszinten az úgynevezett programozott sejthalál, az apoptózis folyamata által.

A hermeneutikai elemzés szociális dimenziójában az öregedés kettős értelmével találjuk szembe magunkat. Az idősödő személy egyre több tapasztalattal rendelkezik az élet minden területén, tehát „tudásraktárrá” válik (stocks of knowledge, Schutz), ami érték a társadalom számára, másrészt testi mivoltában egyre gyengébb (l. a görög mitológiában Geras isten alakja), sőt eljut az önfenntartás képtelenségének állapotába, ami terhet jelent környezetére (mikro-, makrotársadalmi környezet)

számára. Ennek megfelelően a respektus és a csökkentértékűség dualizmusa követhető végig a történelem folyamán (Covey). Az első terület értéke évszázadokon át fontos volt, de a 20. század folyamán nagymértékben csökkent a technika és a társadalom működésének gyors változásai miatt, ennek következtében a rögzült régi ismeret nem előny, hanem hátrány lett.

A modernizációs elmélet alkotói szerint az idős kiszorul a társadalom fő vonulatából, alacsonyabb pozícióba kerül, részvételét a hatalomban és kontrolban elveszíti, szegregálódik, ennek hátterében az egészség-technológiák, az industrializáció, az urbanizáció és az edukáció fejlődése áll (Cowgill, Holmes). Ez adott alapot az ún. disengagement (kivonulás) gerontológiai paradigmának (1950-es, 60-as évek). Az utóbbi évtizedekben - jogosan - a kritikák (kritikai gerontológia) és az aktív időskor gyakorlati példái több oldalról megkérdőjelezték, sőt bizonyos szempontokból érvénytelenítették ezt az elképzelést, a folyamatosság, aktivitás, szelektivitás gyakorlati elvei vették át a helyét (sikeres, illetve tudatos öregedés koncepciója, successful ageing, conscious ageing) (Baltes; Moody). Az idősödésből származó morális többlet pedig a mai napig nem vitatható (bölcsség).

Az idős ember életfilozófiája

Minden ember keresi az élet értelmét (primer motiváció, V. Frankl) általában és különösen saját léte vonatkozásában („az önmeghatározási és önminősítési késztetés egyetemes emberi motívum” Pataki F.). Sokszor ez nem fogalmazódik meg, hanem magatartásban, attitűdökben fejeződik ki, amely esetleg már a saját választ is megjeleníti. Ez az alapvető, kereső emberi attribútum korral kifejezettebbé válik, erősödik a belső igény a válaszra, egyre konkrétabban fogalmazódik meg. Hankiss Elemér szerint létünknek van egy mélyebb vonulata, amely csak időnként, kritikus helyzetekben nyilvánul meg, mutatja meg magát. Ez válik korral én-közelibbé: jobban a működő én (working self) közelébe kerül. Szondi Lipót szerint a sorsunknak hét összetevője van: öröklött, választott, karakter-, mentális, szociális, érzelmi-indulati és szellemsors. Ezek külön elemezhetők, főleg életünk utolsó szakaszában, de egységben határozzák meg sorsunkat. A mindennapokban megélt életet befolyásolja a sors, de az élet olykor átlép rajta. „Az élet mindig több mint a sors” (Rilke).

Időssé válva akarjuk tudni életünk célját; családi, hivatásbeli, altruisztikus (másokat segítő) cselekedetek, azok következményei nyújthatják azt a tényszerű helyzetet, ami az elérés nyugalmát adhatja. Ezeket meghaladva a nem hívó idős ember is eljut valamiféle transzcen-

dentális gondolathoz, a materiális létezésen túl sejtett, vágyott háttér képzetéhez, a világot ebből a szempontból kezdi látni, ez az időskori érettség betetőzése (gerotranszcendencia, Tornstam). Sokszor azonban az egyén nem talál semmit, amit elért vagy elérendő célként fogad el, akár volt kitűzött terve, akár nem. Erikson szerint időskorban ennek megfelelően a kiegyensúlyozottság, érettség illetve a kétségbeesés kettős alternatívájával találjuk szemben magunkat. Vallásos ember számára egyértelmű az erény gyakorlását lehetővé tevő élet után a túlvilág jutalmazó részébe, Isten kegyelmébe jutás célja. Ehhez szorosan kötődik az idősödés jellegének, negatív jelenségeinek elfogadása, megbékélés velük. Aki az élet értelmét, elsősorban saját élete értelmét megtalálja, könnyebben dolgozza fel az öregedéssel járó beszűkülést. „Aki tudja az élet 'miért'-jét, az jobban elfogadja a 'hogyan'-ját”.

Az egyén is szembesül az öregség-betegség egység-különbség dilemmájával és önmaga igyekszik meg is magyarázni. Vagy magát az öregséget betegségnek tartja, vagy a betegséget az öregség kötelező velejárójának, vagy megéli az öregedés és betegség kettősségét.

Ki miben látja az élet értelmét? Általában nem egy képzet határozza meg még a nagyon vallásos egyénnél sem. Az élet értelme az idős számára a múlt-jelen-jövő hármasságában jelenik meg és elmúlt életideje hossza miatt a múlt lesz általában a meghatározó („énünk

nem más, mint állapotaink sorának egymásra rétegződése", Proust), ebben is a saját maga által konstruált életrajz (narratív én, Gergen, Gergen) értelmében. A narratív én tehát nemcsak rekonstruálja a múltat, hanem egységgé, részek közötti összefüggéseket mutató folyamattá alakítja („refiguration of life", Ricoeur). Az élet nonlinearis események sorozata, amely végül az öregségbe torkollik (gerodinamika, Schroots, Yates), aktív mentális tevékenységgel válhat csak összetartozó folyamattá. Ebben találja meg (ha megtalálja!) az idős egyén az élet értelmét: érdemes volt-e élni és ez adja meg a jelen jelentőségét és a szándékot a jövő megélésére.

Persze a jelen hozhat újat, ami a jövőre is ad a tervezéshez kiindulópontot. Az egzisztencialista filozófia (Sartre) ezt úgy fogalmazza meg, hogy a múltam a magában-való-lét (être-en-soi) és magamat a tervekkel tudom létezésben tartani (être-pour-soi). Vizsgálatok igazolják, hogy az élni akarás (will-to-live) a túlélést pozitívan befolyásolja, és ezáltal prediktora (előre jelzője) is annak (S. Carmel). A behaviorizmus a felépített én és a reaktív én kettősségével fejezi ki a múlt-jelen belső kapcsolatát, ebben lényegében az úgynevezett disztális és proximális (múltból származó és jelenleg ható) öregedési hatások interakciója fejeződik ki (Schaie). A személyiségre ezek közepette is a folyamatosság jellemző, a változás másodlagos, csupán az a folyamat folytatódik, bizo-

nyos szempontokból élesebben, amely az egész élet folyamán érvényes: a stabilitás és változás, más szóval a kontinuitás és diszkontinuitás (folyamatosság és megszakítottság) párhuzamos fennállása. A kontinuitásban megjelenő identitás alkotója és fenntartója az emlékezés (autonoetikus memória, Welzer, Markowitsch).

A múltból fakadó, az idős jelenének értelmet adó tények („a jelentések tartománya”, provinces of meanings, Biggs, Powel) közül talán az utódokhoz kötődő kapcsolat a legfontosabb, mert ebben az elemi humán érzelmi igény kielégítésén felül az egyénből származó életnek, így saját életének továbbvitelét is megéli és éppen ezért a gyermek eltávolodása, halála nagy megrázkódtatást jelent. Az aktuális családi „védőháló” még a romló egészségi állapot negatív hatását is ellensúlyozza, spirituális biztonságot ad. A múltból származó, az öregletben is örömet, és ez által értelmet adó tényezők még: a szakmai siker, karrier következményei (respektus, anyagi helyzet), tevékenységek folytatása (közösségi, magán: hobbi, altruista). Fontos lehet a szépség élvezetének képessége, amely korral mélyebb, érettebb, személyiséget átítató élményt tud nyújtani.

Az idős ember gondolkodása a berakódó tapasztalatok és a sebesség, a rugalmasság csökkenése által változik. A tapasztalatok alapján ítéletei megfontoltabbak, szélesebb összefüg-

gések által megalapozottak, holisztikusabbak, a részt elsősorban a nagyobb egység felől közelítik meg (dedukív). Ezáltal az idős ember gondolkozási típusa az ún. keleti (távol-keleti) típus felé tér el, így az öreg nyugati és öreg keleti ember közelebb áll egymáshoz, mint e területek fiataljai (Park). A véleményalkotásban érvényesülő tágabb, mintegy áttekintést nyújtó távolságból képzett értelmezés olyan, mintha az élet örvénylését egy dombtetőről szemlélné, vagy más hasonlat alapján: egy hídról („view from the bridge” Levinson).

Mindezeket magába foglalóan az ember az időt három formában éli meg: 1. narratív idő: az életet szerves folyamattá szervezi; 2. lineáris idő (kronosz): a kezdettől a vég felé tartó idő; 3. cirkuláris idő (kairosz): eseményhez kötött, visszatérő idő. Idős ember számára ez az utóbbi kell a jövőt számba vevő, tervet magába foglaló életstratégiához, amiben fontos szerepet játszik az ún. prospektív memória (anticipált jövő, Cohler). Az időtartam észlelése korral változik, az egyébként is az objektív időtől eltérő szubjektív idő érzete általános-ságban fokozatosan rövidül időskorban (Draaisma). A retrospektív időtudat a korábbi életszakaszokat hosszabbnak éli meg, mivel az új, még nem észlelt és ez által jelentőséggel bíró események akkor jelentek meg (ezen belül az ún. remineszcencia csúcsideje: 10 és 30 év között), a későbbi rövidülés pedig ezek gyérülésére vezethető vissza. Losonczi Ágnes sze-

mélyes, megszemélyesített és kizökkent időt különít el az egyén számára megmutatkozó jelentősége alapján, amely megkülönböztetés kapcsolható az Eliade-féle profán és szakrális idő fogalmához is.

Az életfelfogás alakulásának fontos meghatározója a test változása és annak szubjektív jelentősége. Főleg a fenomenológia foglalkozik ezzel behatóan. A test a „jelenvaló, a megélt, a valós, a megtapasztalt”. Fontos, hogy hogyan éli meg az idős egyén a megváltozott formát, funkciót a különböző szerepekben, hogyan helyezi el saját mikrostruktúráját a makrostruktúrában. A test megtapasztalása az éntudat középpontjában van. „Az aktuális-dinamikus testséma-működés önreprezentációs funkciót teljesít” (Marton L. Magda). Sőt „az emberi test az emberi lélek legjobb leképezése” (Wittgenstein). Ezek alapján sokan identitásuk változását élik meg öregedő testükben. Bullington ennek három típusát írja le, interjúk alapján: 1. felháborodott lélekkel távolságot érez testétől; 2. beletörődéssel szenved; 3. új lehetőségeket keres maga számára. Az idősek egy másik része úgy érzi, hogy „... az öregség maszk, mely elfedi a belső esszenciális identitását” (Featherstone, Hepworth).

Mindegyik tárgyalt kérdéskör az idős embernek a halállal kapcsolatos elképzelését befolyásolja. A megélt élettel való elégedettség a lezárható, kerekké váló életív képzetét adja és ilyen esetben a halál jobban elfogadható. Vi-

szont a még fenntartható jó életminőség (bennne érzelemmel teli emberi kapcsolatokkal) az élet kívánt folytatását helyezi előtérbe, még igen magas korban is.

A nyugalommal várt életbefejezés a haldoklás kínjaitól való félelem gondolatától válhat szorongássá. *Non mortem timemus, sed cogitationem mortis* (Seneca). Minden említett helyzetben a vallásos hit, a spiritualitás bizonyos formája lényegesen befolyásolja a halál, a halál utáni helyzet felfogását, sőt a halál gondolatán keresztül az élethez kapcsolódó viszonyt.

Minden kis dolgot másképpen látunk, a másokhoz fűződő kapcsolatunkat, ennek megnő a jelentősége. " ...amíg emlékezni tudunk a szeretetre, amit kaptunk és adunk, úgy halunk meg, hogy nem távozzunk el innen igazán; a halál csak az életnek vet véget, az emberi kapcsolatoknak nem", „mihelyt megtanulunk meghalni, megtanulunk élni.” (Mitchel Bon).

Irodalom

- Baars, J. and Visser, H.: *Aging and Time. Multidisciplinary Perspectives*. Baywood Publishing Comp., Inc., Amityville, NY, 2007.
- Beauvoir, Simone de: *Az öregség*. Európa Könyvkiadó, Budapest, 1972.
- Bullington, J.: *Body and self: a phenomenological study on the ageing body and identity*. *Med. Humanities* 2006, 32, 25-31.

2. Az öregedés filozófiai megközelítése

- Cowgill, D. O. and Holmes, L. D.: Aging and modernization. Appleton- Century-Crofts, NY, 1972.
- Draaisma, D.: Miért futnak egyre gyorsabban az évek. Typotex, Budapest, 2003.
- Koop, C. E. (1983): Toward a Philosophy of Aging for the Public Health Professions. Public Health Reports 8, 203-206.
- Losonczi Ágnes (2009): Az ember ideje. Esszék az időről. Holnap Kiadó, Budapest
- Park, D. C. et al. (1999): Aging, Culture, and Cognition. J. of Geront. 54B, 75-84.
- Pataki Ferenc (2011): Stabilitás és változás az érendszerben. M. Pszichol. Szle 66, 229-268.
- Schaie, K. W. (2001): Aging, Theories of. In:International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. Elsevier Science Ltd.
- Stuart-Hamilton, I.(2000):The Psychology of Ageing. An introduction. Jessica Kingsley Publishers, London – Philadelphia
- Szemán Anita et al. (2007): Az élet értelmességének szubjektív megélése időskorban. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 8, 309-327.
- Szondi Lipót (1996): Ember és sors. Kossuth Könyvkiadó, Budapest
- Tornstam, Lars (2005): Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging. Springer Publishing Comp. NY

Saját feljegyzései

3. AZ ÖREGEDÉS BIOLÓGIÁJA ÉS FUNKCIONÁLIS KÖVETKEZMÉNYEI

Hogyan öregsünk meg?

Az öregedési folyamat optimális esetben is az alkalmazkodás, a működési kapacitás, az idős ember cselekvési képességeinek csökkenésével jár, ami befolyásolja a mindennapi életvitelét. A változásnak több fokozata és több kompenzációs, vagyis kiegyenlítési lehetősége van.

Mottó:

*"Meggyűrődtek a feszes szövetek,
a valószínűtlenül kidagadt
erek, májfoltok alatt látszanak
az ízületek-bogok-szalagok –
romlóban is hibátlan szerkezet."*

Lator László: Kezek

**Az öregedés genetikai és exogén (külső)
tényezői.**

Genotípus, fenotípus

Az öregedés jelensége

Az öregedés az élő szervezetek univerzális (általános) jelensége, amely progresszív (előrehaladó), permanens (állandó) és irreverzibilis (visszafordíthatatlan) folyamat. Az egyedfejlődés során a szervezet anatómiai és élettani tulajdonságai, funkciói egy adott időpontig (csúcs = akmé, az embernél ez a 20. év körül van) egyre teljesebbek, hatékonyabbak lesz-

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

nek, majd stagnálás után fokozatos csökkenés következik be (involúció, hanyatlás). Ez egy ideig alig észlelhető, csak fokozott terhelés esetén mutatkozik, sokáig nem korlátozza a mindennapi életvitelt, ezt a képességek mindennapi szükségletet meghaladó szintje magyarázza (redundancia). A szellemi funkciók egyik tartományában következik be csupán gazdagodás (kristályosodott intelligencia). Az öregség, mint állapot, mint az öregedési folyamat eredménye annak bizonyos stádiuma után következik be.

Fajonként más és más időrendben zajlik e folyamat, ami elsődlegesen genetikusan meghatározott. Egy állatfajban meg is találták az öregedés génjét (*Caenorhabditis elegans* nevű fonalféreg). Így magyarázható a fajok eltérő átlag életkora. Ez a kódolt ütem jelenti az öregedés genotípusát, meghatározott hanyatlási jellemzőkkel. A genetikai öregedés látható, tapasztalható morfológiai és funkcionális következményei az öregedés fenotípusában öltenek testet, amit természetesen az exogén (külső) tényezők tesznek adott egyénben teljessé, akár az endogén (belső) folyamat befolyásolásával, akár a külső hatások ráarakódásával. Már a DNS-ről az RNS-re átírásnál (epigenetikus hatás), illetve az RNS fehérje-szintetizáló működésénél (poszttranszlacionális hatás) bekövetkezhet az eredeti kódot módosító hatás.

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

A neurohumorális (idegrendszeri+hormonális) és az immunrendszer mind az endogén, mind az exogén öregedési folyamatban jelentős szerepet játszhat. A sokféle teória végeredményben két nagy csoportra osztható: az úgynevezett programteóriákra, ezek szerint elsősorban a génekbe kódolt az öregedés miéntje (evolúciós elmélet), a hanyatlás lefolyása, és az ún. hiba-teóriákra vagy más elnevezéssel: elhasználódásos teóriákra, amelyek szerint a használatban, az ismétlődő igénybe vevő behatások következtében a szervezet elhasználódik, elkopik. Ehhez sorolható az élet folyamán mindig fellépő sejtmutációk folyamatos szaporodásának, kumulációjának elmélete is.

Hayflick híres kísérlete, mely bebizonyította, hogy a sejtosztódások száma fajokként meghatározott nagyságrendű, az első teóriát támasztotta alá. A jelenség magyarázata az, hogy a DNS végén levő ún. telomér-rész minden osztódásnál rövidül és erősen megrövidült telomér mellett osztódás nem lehetséges. Azt gondolom, hogy egy kombinációs teória közeli lenne meg legjobban a folyamatot, azaz mind a két tényezőnek van szerepe, együtt alakítják ki az öregedés aktuális folyamatának a képét. A két teória elkülönítése azért is nehéz, mert pl. a külső hatások elleni védekező képesség, a sérülékenység is részben genetikai eredetű. Az

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

idősödés alapszinten, három területen nyilvánul meg:

az energia,

az anyagi összetétel és a

belső „információs” kapcsolatok rendszereiben,

ami a funkciók változásában jelenik meg (Semsei). A külső tényezők szempontjából igen fontos az időfaktor szerepe: a belső változásoktól függetlenül jelentős az időtartam hosszával arányosan növekvő kumuláció, azaz a behatások összegződése, illetve másrésről az esély arra, hogy egy meghatározó, releváns (módosító vagy megbetegítő) behatás bekövetkezzék.

Ismerünk genetikai eredetű korai előregedési (progéria) szindrómákat (Hutchinson-Gilford- és Werner-szindróma), e mellett ugyancsak ismert, hogy a dohányzás, nagyobb mennyiségű alkohol folyamatos fogyasztása, a tartós stressz exogén (külső eredetű) progériát okoz. A szakirodalomban találunk why(miért)- és who(ki)-teóriák közti elkülönítést is, azaz annak elemzését, hogy miért következik be az öregedés általában és kinél-kinél ez hogyan valósul meg. Egészében tehát az öregedés megjelenése összetett, több tényezős (multifaktoriális) folyamat.

Az EVSZ meghatározása szerint 60-75 év között öregedő, 75-90 között öregkorról, 90-100 között aggkorról, 100 év felett matuzsálemi

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

korról beszélünk. Újabban a fiatal-öreg (65-74 év), közép-öreg (75-84) és igen öreg-öreg (85 év felett) kategóriáit is elkülönítik. Az idő múlásának tényét fejezi ki az idősödés és korosodás (aging) kifejezés, az „öregség” szó inkább a bekövetkező változásokra utal (senescence), az egyiknél a kvantitatív, a másiknál a kvalitatív jelenségeket számba véve. A proximális öregedés az aktuális hatások következtében alakuló állapot, míg a disztális öregedés a korábbi életszakasz maradványállapotainak távhatása.

Interindividuális különbségek

Az egyes egyedek, individuumok öregedési folyamata részleteiben eltérő módon zajlik le, adott esetben nagy, egyedek közötti, interindividuális különbségeket mutatva. Az átlag alapján alakul ki egy adott korhoz kapcsolható változások képe, ez adja a kalendáriumi kort, az ettől eltérő egyedi fenotípus (megjelenési alak) a biológiai kort. Ebben a meghatározásban benne van az a jelenség, hogy ha egyre többen térnek el egy irányba az átlagostól az ún. átlag is ebbe az irányba tér el, és az adott egyén megítélése ennek megfelelően alakul.

Az egy évjáráthoz, egy kohorszhoz tartozó egyedek öregségi, azaz funkcionális állapotuk tekintetében a Gauss-görbe szerinti elrendezésben, egy kontinuum (változási sor) men-

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

tén helyezkednek el, így a teljes várható életkor emelkedése mellett a társadalmi és egészségügyi feltételek fejlődése következtében a múlt században az öregedő ember funkcionális állapota lassabban szűkül, így az átlag képe is elmozdul. Ezt fejezi ki az ENSZ meghatározásaiban az ún. harmadik és negyedik kor fogalmának változása, 1963-ban ezek 60-74 év közti illetve a 75. év utáni időszakot jelezték, 2010-ben 70-84 közti, és a 85 feletti korra vonatkoztak. Ennek megfelelően lehetséges, hogy némely egyednél alig következik be csökkenés, tehát az idősök mindegyik korosztályára a különbözőség (heterogenitás) jellemző. A kontinuum két oldalán elhelyezkedő egyének eltérése miatt az idősöket régóta két kategóriába sorolták. Kondratowitz szerint koronként különböző kifejezésekkel különítették el a jó és az elesett állapotú idős egyéneket:

magas kor – leélt kor: 18. századtól 20. sz. eleje

még egészséges – elesett, dekrepit: 20. sz. fordulója,

normális – kóros öregedés: 19. századtól 1950-ig,

támogatásra szoruló – már teljesen elesett (frail): 1940-70-es évek,

aktív – gondozásra szoruló: 1970-es évek

fiatal öreg – öreg öreg: 1980-as évek,

harmadik kor – negyedik kor: 1980-as évek vége, 1990-es évek,

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

autonóm – dependens (függő): korai 1990-es évek.

Intraindividuális különbségek

Az egyeden belül is az egyes szervek, szervrendszerek, funkciók eltérő időben és formában mutatnak öregedési jelenségeket, intraindividuális (egyénen belüli) eltérések észlelhetők. Így mondhatjuk, hogy az öregedési folyamat a szervezeten belül a szerveket illetően heterotop (más helyen indul), heterochron (más időben jelentkezik), heterotrop (a szervben belül más funkciót érint), heterokinetikus (más ütemben zajlik) (Frolkisz). Ezen az alapon különíthetjük el a testi (szomatikus), mentális, pszichológiai és szociális öregedést, melyek folyamatai nem párhuzamosan zajlanak. Ch. Bühler szerint a biológiai öregedés gyorsabban következik be, mint a szociális.

Szociális öregedés

Az ember nemcsak biológiai léttel rendelkezik, hanem szociális lény is (zoon politikon, Arisztotelész). Elsődleges meghatározónak a biológiai/szomatikus állapotát tartjuk, mert ezen létforma nélkül az ún. humán triász másik két szférája (pszichológiai/mentális, szociális) nem is tudna megnyilvánulni. Mindemellett e két létszféra nagymértékben visszahat a szomatikus állapotra, mind az öregedést, mint olyat, mind pedig a morbiditást befolyásolják.

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

Az idősödés folyamatában ennek különleges és sajátos formáival találkozunk. Jelentőségét mutatja az a tény, hogy az idősödésnek több pszichológiai és szociológiai elmélete is van (pl. stressz-teória).

Funkcióváltozások

Az öregedési változások az anyagi összetétel, az energetika és az információs kapcsolat területén nyilvánulnak meg (Semsei Imre). Az első kettő lényegében a hardware-nek, az utóbbi a software-nek felel meg. A funkcióváltozások általánosságban a következőkben foglalhatók össze: az alkalmazkodás beszűkülése (Korányi Sándor fogalmazta meg először, 1937), a kapacitások csökkenése, alapfolyamatok nagyságrendjében csökkenés, expozíciós tolerancia romlása, nagyobb sérülékenység, a homeosztázis (élettani egyensúly) könnyebb felborulása, bizonyos folyamatok sebességének csökkenése, a szabályozási mechanizmusok labilitása, a regeneráció lassabb és nem teljes. Mindez azt jelenti, hogy kisebb mértékű behatás képes felborítani az egyensúlyt, esetleg patogén (kóros) folyamatot indítani. Jost Merloo az öregedést az adaptációs szabályozás betegségének, kibernózisnak tartja, Verzár Frigyes, a kísérletes gerontológia atyja is az adaptációhoz szükséges ellenőrző és korrigáló szerep romlását emeli ki.

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

Szöveti változások

A szöveti változások általános jelleggel a következő szerkezetbeli jeleket foglalják magukba (Beregi Edit):

- pigment felszaporodása,
- kötőszövet felszaporodása,
- sejtek változatossága,
- sejtmagok változatossága,
- bizonyos sejtek számának csökkenése.

A szervek öregedése

A következőkben két szerv illetve szervrendszer változásait részletezem (a szakkifejezések és megnevezések itt nem kerülhetők meg), mely példák jól reprezentálják a bekövetkező morfológiai és funkcionális változásokat.

Első példa. Máj.

A máj súlya 20 és 70 év között 25%-kal csökken, a térfogata 24 és 90 év között 35%-kal. A vérátáramlás a 3. és 9. dekád között szintén 35%-kal csökken. Tudjuk, hogy a máj működő állományának nagyfokú elvesztése után is jól ellátja feladatát, így a fenti változás önmagában nem jelent funkcióellátási problémát. Strukturális, morfológiai eltérések is jelentkeznek korral, így a májsejtek és mitochondriumok száma, a Golgi-tartalom csökken, viszont nő a májsejtek nagysága, a poliploidia gyakorisága, a lipofuszcín-tartalom, a Disse-tér szélessége (nagyobb kollagéntartalomra

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

utal). A funkcionális kérdéskörre térve elsődlegesen azt kell megemlíteni, hogy a szérum-enzimszintek változatlanok, viszont csökken alkalmazkodó képességük egy fokozott feladat jelentkezése esetén. A biotranszformáció, azaz a farmakokinetika 2 fázisát tekintve azt találták, hogy az 1. fázisban az oxidáció 5-30%-ot csökken, viszont a 2. fázisban a glukuronizáció változatlan (e folyamatoknak a gyógyszerek szervezeten belüli koncentrációjának alakulásában van szerepe). Csökken az albumin (vérfehérje), az alvadási faktorok szintézise és a májsejtek regenerációs képessége (a mitózis előtti látens periódus nő).

Második példa. Izomzat.

A kor előrehaladtával az izomzat összmenyisége csökken, ez a sarcopenia jelensége. A 30 és 75 éves szervezet szövetösszetétele a következő változásokat mutatja: a csontok részaránya 10%-ról 8%-ra, az izomzat 30%-ról 15%-ra csökken. Az izomrostok száma, nagysága csökken és az izomerő ennek megfelelően szintén. Az izometrikus izomkontrakció ereje a 6. évtizedben 20%-kal, a 8. évtizedben 50%-kal kisebb a 3. dekádhoz viszonyítva.

Szociális következmények - Önellátás

Az átlagos hanyatlás, a teljesítőképesség csökkenése a szokásos napi életvezetésben az esetek többségében egy ideig nem jelent fennaka-

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

dást, az ember működési kapacitása meghaladja a mindennapi életvezetéshez szükséges mértéket, ezért csak előrehaladottabb (egyénileg változó) korban illetve társuló betegség által tetézve csökken az önálló életvitelt biztosító szint alá. Az öregedési folyamat lehet fokozatos, több lépcsőben megnyilvánuló, néha hirtelen nagymértékű, az említett tényezők kapcsolódó hatásának megfelelően.

A képességek beszűkülése tehát adott életkorban a szociális tevékenységek gátját is jelentheti, amelyek egy része már a biológiai alapszükségletek kielégítése szempontjából is fontos. Az állapot meghatározásához ún. átfogó geriátriai (idősgyógyászati) vizsgálat (Comprehensiv Geriatric Assessment) szükséges, mely magába foglalja a szomatikus, mentális, pszichés és szociális helyzet részletes felmérését. A beszűkülés mértékét tesztekkel és skálákkal próbáljuk meghatározni. Egyszerű teszt az „állj fel és menj” (timed up and go) próba: székről felállás, pár lépés (3m), megfordulás, visszatérés a székhez, leülés; időbeliség mérése. Az öregedési folyamat és a társuló betegségek elsősorban a mozgásszervek működését korlátozzák. A mindennapi tevékenységek elvégzésének képességét felmérő skálát Katz amerikai geriáter alkotta meg: ADL (activities of daily living: a mindennapi élet aktivitásai). A geriátria elsősorban ezt használja, míg az orvosi rehabilitáció a Barthel-

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

indexet, az onkológus szakma a Karnofsky-féle stádium-meghatározást. A Katz-féle skála a lakáson belüli életvezetéshez szükséges funkciók végrehajthatóságát méri, módosított formájában mindegyiknél 3 fokozatot különítve el (képes elvégezni – részlegesen képes – nem képes). A vizsgálandó funkciók a következők: kontinencia (székelés, vizelés kontrolja), önálló táplálkozás, lakáson belüli közlekedés (transzfer), WC-használat, öltözködés, fürdés. Nehézségük alapján kerültek sorrendbe, a kisgyermek ezért fordított sorrendben jut el az adott képességek kialakulásához. A skála 7 funkcionális szintet különít el: az első mind a 6 funkció elvégzésének képességét jelenti, a 7. az összes kiesését, a közti szintek meghatározója az, hogy hány és milyen funkció esik ki. Az egyedül élő idős ember számára ezek elvégezhetősége még nem biztosítja a függetlenséget, a teljes önállóság megteremtésének képességét, ehhez még további tevékenységek végrehajtása szükséges. Ezek egy része lakáson belüli, másik része már lakáson kívüli mozgás képességét is igényli. Többségük eszközhasználattal párosul, ezért eszközös napi tevékenységek körének hívjuk (instrumental ADL: IADL, eszközös ADL, Lawton-Brody). Ide tartoznak: telefonhasználat, utcai közlekedés, vásárlás, ételkészítés, házimunka (takarítás), mosás, öngyógyszerelés, pénzügyek intézése. A fizikai képességek mellett szükséges a men-

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

tális és pszichés állapot megfelelő szintje, ezek is speciális tesztekkel skálákkal mérhetők (ún. mini-mentál teszt, Geriátriai Depressziós Skála, stb.). Meg kell említeni, hogy a teljes emberi igénykörhöz a kulturális és társasági szükségletek is hozzátartoznak, amelyek az önellátást meghaladó igénybevételt jelentenek és így ennek megfelelő képességeket feltételeznek (kiterjesztett napi tevékenységek, advanced ADL: AADL).

Zárógondolat

Az öregedés jelenségét és következményeit több oldalról röviden áttekintettük. Az öregedés, a betegségek és mindennapi életvezetés lehetőségei mindig egymást befolyásoló kapcsolatukban jelennek meg. Ezek alapján az öregedést úgy definiálhatjuk, hogy az élő szervezet genetikailag meghatározott és külső tényezők, benne különböző betegségek által módosított változásainak az idő függvényében fellépő összessége.

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

Irodalom

- Hayflick, L. (1995): Az öregedés titkai. Magyar Könyvklub, Budapest
- Katz S. et al. (1963): Studies of illness in the aged: the index of ADL –a standardized measure of biology and psychosocial function. JAMA 185:914-919
- Korányi Sándor (1937): Az öregedésről. Orvosképzés 27:357-368
- László V., Falus A. (2002): Az öregedés sejttani és genetikai alapjai. LAM 12:571-574
- Lawton M. P., Brody E. M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. The Gerontologist 9:179-186
- Lelbach Á, Székács B (2005): Az öregedés biológiai és élettani vonatkozásai. In: Székács B (szerk.): Geriátria, az időskor gyógyászata. Semmelweis Kiadó, Budapest, 7-12.o.
- MSD Geriátriai Kézikönyv (1997), Melánia Kiadói Kft. Budapest, 696-699. o.
- Róbert László (2010): A hosszú élet titkai. Akkord Kiadó, Budapest
- Rubinstein L. Z., Wieland D., Bernabei R. (1995): Geriatric Assessment Technology: The state of the art. Kurtis Edit. Milano
- Semsei I (2000): On the nature of aging. Mechanisms of Ageing and Development 117:93-108
- Semsei Imre (főszerk.) (2011): Gerontológia I.-II. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen

3. Az öregedés biológiai és funkcionális következményei

Zs. Nagy Imre (2011): A gerontológia elméleti alapjairól. In: Az idősgondozás kézikönyve. Geriáter Service Kiadó.

Saját feljegyzései

4. AZ ÖREGKORI PATOLÓGIA SAJÁTOSSÁGAI

Az idős ember betegségeinek jellemzői.

Betekintés az orvosi gerontológiába. Sajátosságok ismertetése: krónikus betegségek szaporodása, eltérő klinikai kép, multimorbiditás: több betegség együtt. Mit jelent az időskori komplex kórállapot? Milyen terhet jelent az életminőség szempontjából?

Öregedés – betegség. Kapcsolatuk elvi megközelítése

Az öregedés folyamata kórfolyamatnak tartható-e: ez a filozófia és az egészségtudomány egyik régi alapkérdése. Az ókori tudósok egy része az öregedést betegségnek tartotta (senectus ipsa morbus, Terentius, Seneca), még a 20. században is voltak, akik ezt vallották (Parhon). Mások (Arisztotelész, Hippokratész, Avicenna) az öregedést lényegében élettani, a megbetegedésektől elkülöníthető folyamatként tárgyalták. Nascher, a „geriátria atyja” így fogalmaz: az öregség „élettani fogalom, az élet egy periódusa, amelyben a degeneráció és a hanyatlás természetes és élettani.” Bár a történelem folyamán mindkét tábornak voltak szószólói, ma ez az utóbbi az általában elfogadott nézet. Haranghy László, a magyar gerontológia egyik alapítója is – patológus (kórbonctani)

tapasztalata alapján – ezen a véleményen volt, szerinte az öregedés egészséges folyamat, a betegség erre ráarakódó manifesztáció. Voltak és vannak közbülső, áthidaló megközelítések, melyek mutatják a kérdés komoly nehézségeit, pl. Galénosz az öregséget egészség és betegség közti állapotnak, Aschoff, a híres patológus, a relatív egészség állapotának tartotta. Hun Nándor, a jeles magyar gerontológus szerint bármelyik általánosítás ellentmondásos, de – szerinte – betegségtől független öregedés nincs.

A kérdéskör úgy foglalható össze, hogy a fellépő, általában csökkenő funkcióval járó változások élettani jelenségek, de a fiatalabb, vagy középkorú embereknél az ilyen eltérések a patológiás, azaz betegség okozta tünetek körébe tartoznak, így ezeket a korral megjelenő jelenségeket kvázi-patológiásnak nevezhetjük. Ilyen pl. az izmok tömegének csökkenése: sarcopenia, 20 és 80 év között a testsúly 30%-áról 15%-ra esése, hasonló izomerőcsökkenéssel. Hasonlóan kvázi-patológiás változásokat észlelünk az élet más kortartományaiban is, pl. serdülés, terhesség, vagy női climax idején. Az öregkori változások azonban mennyiségileg elérhetnek egy olyan szintet, hogy már valóban patológiásnak kell tartanunk (pl. Alzheimer-kórban észlelt agyi szövettani változások normális idősödő agyban is előfordulnak, de a betegségnél több és több fajta elváltozás együtt található meg).

Betegség és kor időbeli kapcsolata

A kor és a betegség-gyakoriság kapcsolatának két mintáját írta le Brody és Schneider:

korhoz kapcsolt (age-related): egy bizonyos kortartományban fordul elő leggyakrabban, fiatalabb és idősebb korosztályban ritkább, pl. nyombélfekély: 30-40 év körül van a csúcs;

kor-függő (age-dependent): a kor előrehaladtával lineárisan nő az előfordulási arány, pl. prosztatarák.

Egyes betegségek előfordulási görbéje több csúcst mutat, pl. Hodgkin-kór, a nyirokrendszer rosszindulatú betegsége fiatal felnőtt korban és időskorban (60-65 év felett) mutat kiugrást.

Öregség hatása a morbiditásra

Az öregedési folyamat elősegíti a megbetegedések kialakulását. Általánosságban ez három tényezőre vezethető vissza:

- a. korral sérülékenyebbek a szövetek, pl. fekélyképződés,
- b. a korral bekövetkező változások a kóros állapot felé mutatnak eltolódást, pl. inzulin-rezisztencia (a sejtek érzéketlensége a szénhidrát-anyagcserét befolyásoló hormonnal, az inzulinnal szemben) fokozódik,
- c. a hosszabb időtartam nagyobb lehetőséget ad kóros behatás megjelenésére, il-

letve ilyen behatások kumulációjára (halmozódására), pl. onkogén (daganatképző) hatások.

Betegségek hatása az öregedésre

Krónikus kórallapotok, idült mérgezések felgyorsíthatják az öregedési folyamatot. Így például a krónikus szívelégtelenség, idült hörgőhurut, idült vesebetegség mérsékelt fokú húgyvérűséggel. Hasonlót figyelhetünk meg alkoholizmusnál, erős dohányosoknál, idült ólommérgezésnél (ólobányászoknál).

Ezek az exogén progériának (külső hatásra bekövetkező korai öregedés) nevezhető állapotok nemcsak a személy küllemében, csökkent funkcionálisában mutatnak fokozott öregedési jeleket, hanem többenél sejtszinten is kimutatható ez a hatás. A krónikus gyulladásban szaporodó ún. gyulladást képző anyagok (citokinek: transzferrin, IL-1, IL-6: interleukinok) szintje az élettani öregedés folyamán is emelkedik. Az IL-6-ot „gerontológiai citokinnek” is nevezik. A citokinek biológiai válaszmódosító fehérjék, amelyeket bizonyos ingerre egyes sejtek képeznek és más sejtekre hatnak, azok működését befolyásolják, nem ellenanyag típusú sejtközi közvetítő (mediátor) anyagok. Nyunova kimutatta, hogy a Werner-féle genetikusan eredetű korai öregedésben felszaporodó, többek közt tüdő- és bőrkárosodást elősegítő kóros fehérje, a progerin dohányosok szervezetében is kimutatható.

Ugyancsak a dohányzás az öregedő bőr elváltozásához hasonló elastosist (rugalmas rostok degenerációja) vált ki (Boyd).

Kórélettani háttér

Az öregedés és a morbiditás „rokonságát” látszik alátámasztani, hogy biokémiai, sejt- és szabályozási szinten találhatók párhuzamok. Ezek közül fentiekben néhányat már említettünk (pl. IL-6), de más citokinek is közősek (pl. erek képződésére ható anyagok), hormonális kapcsolat is lehet (oestrogén, azaz a női nemi hormon változása), de talán a legkifejezettebb közös jelenség az ún. szabad-gyökök felszaporodása.

Morbiditás, kóros folyamatok jellemzői időskorban

Betegségek kronicitása

Időskorral statisztikailag a krónikus betegségek gyakorisága nő (idült, kronos=idő). Krónikus betegségről akkor beszélünk, ha 60 napnál tovább tart a megbetegedés. Fiatal populációban a betegségi állapot egészében véve egy adott időkeresztmetszetben ritkán fordul elő, összetételében pedig nagyrészt akut megbetegedésről van szó (infekció, trauma). Időskorban az akut betegségek általában elhúzódó lefolyást mutatnak, hosszabb a lábadozás. Ha enyhébb, elhúzódóbb, nehezen gyógyuló lefolyás mutatkozik, torpid kórlefolyásról beszél-

lünk, ezek általában könnyebben alakulnak át krónikus betegséggé, ekkor a szervezet ellenállása és a betegség között mintegy egyensúlyi állapot alakul ki (pl. hepatitis B: krónikus májgyulladás).

Ugyanakkor több a súlyos, szövődményes, maradványállapottal gyógyuló illetve fatális (akár igen gyorsan lezajló) kimenetel is. Az idősek krónikus betegségei általában éveken át, tulajdonképpen élethossziglan tartanak, teljességükben gyógyíthatatlanok (inszanábilisnek, inkurábilisnek tarthatjuk, az utóbbi jelzőt azonban inkább kezelésre nem reagáló, rövidtávon fatális kimenetelt mutató betegségre használjuk), lehet permanens, azaz csaknem azonos szinten stagnáló, lehet folyamatosan romló (progresszív), illetve időszakosan fel-lángolást mutató.

B. J. Vellas 3 betegségmintát különít el időseknél: 1. fokozatos progresszió: lassú vagy gyorsabb romlás (pl. Alzheimer-kór, illetve rosszindulatú betegség), 2. katasztrófát jelentő esemény, különböző kimeneteli formákkal (pl. stroke vagy combnyaktörés), 3. progresszív funkcionális hanyatlás következményes megbetegedésekkel (pl. elesések után).

Gyakorisági spektrum

A három országban lefolytatott FINE vizsgálat nagyszámú 65-84 év közötti férfi krónikus betegségét regisztrálta, a prevalencia (azaz egy adott időpontban az adott népességcsoportnál

előforduló megbetegedési arány) Finnországban 56%, Olaszországban 51%, Hollandiában 44% volt (egy harmad egy betegség, 10-15% két betegség). Egy svédországi 75 év feletti populáció körében végzett precíz klinikai vizsgálaton alapuló felmérés (Kungsholm Projekt, Stockholm, A. Marengoni) adatai szerint a leggyakoribb betegségek a következők voltak: hipertónia (38%, önmagában 7,2%), demencia (21%, önmagában 6,5%) és szívelégtelenség (18%), ezek után következtek: koronária-betegség, vérszegénység és látászavar 11-15%-os gyakorisággal, az agyi érbetegségek 8%-kal, daganatok, diabetes mellitus és idült léguti betegség kb. 5%-kal szerepel. A betegségek többsége társbetegségekkel mutatkozik (l. később).

Külön nézték a 85 év alatti és feletti csoportot, a szív-érbetegségek (kardiovaszkuláris) előfordulása csaknem azonos volt (55% körül), a mentális tünetek kétszer gyakrabban jelentkeztek az idősebb korcsoportnál, viszont a malignus, légzőszervi, mozgásszervi és endokrin (hormonális) megbetegedési arány alacsonyabb volt náluk.

Ez utóbbi adatnak magyarázata az lehet, hogy igen időskorban kicsi az új betegségek megjelenési gyakorisága (incidencia) és így az e betegségekben szenvedők korábban meghalt egyedei statisztikailag nem pótlódnak (szelekciós hatás). A szelekciós hatás több vizsgálatban is kimutatható: 90 év felett viszonylag jó

laboratóriumi és egyéb vizsgálati eredmények (pl. a debreceni populációban végzett felmérés, újabb angliai vizsgálat), valószínűleg a labilisabb biológiai egyensúllyal rendelkező egyedek korábban elhaláloztak.

Hazai adattal a háziorvosnál ellátott betegek bejelentése alapján rendelkezünk. A 65 éven felüliek közül a legtöbb beteget hipertónia, vérzsír-rendellenességek, diabétesz, gerinckopás és agyi érbetegség tünetei miatt látnak el.

Demográfiai eltérések

A népesség különböző csoportjai között egy országon belül is lehetnek az időskori betegségek megjelenésében jelentős különbségek. Sjölund Svédországban a városi és falusi 75 éven felüliek megbetegedési adatait vizsgálta, a kardiovaszkuláris megbetegedési ráta közel azonos volt (39,9% és 45,2%), de a stroke-nál, a diabétesznél és a parkinsonizmusnál városban nagymértékben kedvezőbbek voltak az adatok (2x, 2,5x, 3,5x jobb). A. Marengoni adatai szerint a stockholmi anyagban a magasan és az alacsonyan képzettek illetve a magasabb és alacsonyabb beosztásúak között egy krónikus betegség fennállása esetén nem volt eltérés, viszont több betegség együttes előfordulásánál kb. 15% különbség volt az előbbiek javára.

Megjelenési formák

Az időskori betegségek gyakori jellegzetessége az atípia: a betegség a szokásos lefolyástól eltérést mutat. A nagyobb anatómiai és funkcionális sérülékenység, illetve csökkent reakcióképesség magyarázza legtöbb esetben. Újabban atípia helyett inkább a „geriátriában típusos variáció” kifejezést használjuk. Lényegében két csoportra oszthatjuk a fiatalabb betegeknél észlelt megjelenési formákhoz viszonyított eltéréseket: intenzitás eltérése, illetve nem a megbetegedett szervrendszerben jelentkező tünet.

Több betegség együtt (multimorbiditás)

Az időskori morbiditás legjellemzőbb mutatója kettő, vagy még gyakrabban több kórfolyamat együttes jelenléte (co-existentia morborum). Ennek oka a morbiditásnál már említett tényezők (időskori hanyatlás=involúció, időfaktor).

A fogalmak meghatározása

A jelenséget és következményeit a következő fogalmakkal írjuk le:

Multimorbiditás (multus,-a,-um = sok, morbus = betegség), használják a poly-morbiditás kifejezést is (polys, polle, poly = sok, ógörög, de az előbbi tartjuk megfelelőnek, mert az összetétel mind a két tagja latin eredetű szó): két vagy

több betegség együttes fennállása ugyanabban a szervezetben, különböző szervekben.

Komorbiditás (co-, cum = val-vel, együtt, Feinstein, 1970): az előzővel azonos fogalom, de az egyik betegség (index betegség) irányából, szempontjából közelíti, vizsgálja a többit, magyarul társ- vagy társuló betegségekről beszélhetünk. Az index betegség általában a leg súlyosabb, a leglényegesebb megbetegedés a kórfolyamatok csoportjából, például carcinoma (rák), melynek lefolyását, prognózist és kezelését a többi befolyásolhatja, adott esetben meghatározóvá is válhat, pl. rákbetegség folyamán fellépő agyvérzés. Természetesen egy enyhébb betegség kórlefolyását vizsgálva a súlyosabb válhat komorbiditássá.

Polypathia (poly = sok, pathos = betegség, ógörög): egy szerven belül több kóros folyamat egyidejű, párhuzamos jelenlétét jelöljük a kifejezéssel. Ilyen például, ha egy reumás eredetű szívbillentyű hibához koszorúérelmeszesedés és még esetleg szívanycsere zavar társul.

Módszerek

A multimorbiditás megállapításához használt módszer alapján beszélhetünk statisztikai (szubjektív tünetek alapján), klinikai (vizsgálatok által kimutatott) és kórbonctani (boncolásnál talált) multimorbiditásról. Az utóbbi adja a legnagyobb számot.

Időbeli viszony

Két betegség tünetei megjelenhetnek, illetve először észlelhetők azonos időben, ekkor szimultán, illetve egymást követve, ekkor successzív megjelenésről beszélünk.

Korrelációs patológia

Az együtt fennálló betegségek egymással kapcsolatban állhatnak (korrelációs patológia): két betegség a statisztikai valószínűségnél gyakrabban vagy ritkábban jelenik meg együtt. Ezen gyakorisági változatok hátterében a betegségek, kórfolyamatok kölcsönhatása állhat (interferentia morborum). Lehetnek teljesen függetlenek egymástól (independencia). Az egymásra hatás lehet negatív: az egyik elősegíti a másik keletkezését, vagy romlását, vagy – ritkábban – a várhatónál kedvezőbb kórlefolyás mutatkozik.

Ha az egyik kórfolyamat egy másik keletkezését elősegíti, illetve annak lappangó formáját aktívvá teszi, ez pedig egy harmadik kórkép kialakulását segíti elő és így tovább: dominó-effektusról beszélünk (Kettenpathologie, Krankheitsketten = betegséglánc: Bock, pathologie en cascade = kaszkád-patológia: Saint-Jean). Három tényező jelenhet meg benne: akut, krónikus betegség és szociális tényező (pl. táplálkozási elégtelenség), a folyamat pedig akut, vagy krónikus, illetve változó ütemű lefolyást mutathat. A dominó-láncban a krónikus kórállapot, az akut betegség és a szo-

ciális önellátási képtelenség különböző kombinációkban járulhatnak hozzá az egészségi állapot fokozódó romlásához, esetleg ennek megfordíthatatlanságához (irreverzibilitásához).

Kórtörténeti kapcsolati formák

Kórtörténeti elemzés alapján az együtt mutató betegségek különböző kapcsolatban állhatnak egymással. Részletesebb elemzéssel a következő kapcsolatok különíthetők el:

szövődmény: pl. cukorbetegség → érszűkület;

direkt következmény: szívbillentyűhiba → ritmuszavar → thrombus a szívben → agyembólia → féloldali bénulás;

indirekt következmény: agyvérzés → fekvés → alsó végtagi mélyvénás trombózis → tüdőembólia;

azonos szövet diffúz elváltozása, azonos kórfolyamat különböző szerveken: pl. szisztémás lupus erythematodes (lásd szómagyarázat);

közös pathológiai háttér különböző manifesztációkkal: pl. az ún. metabolikus X (anyagcsere) szindróma: hipertónia, obesitas (kóros kövérség), diabetes mellitus;

egy külső ok, több szerveen sértő hatás: pl. dohányzás: tüdőtumor, érszűkület;

közös hajlamosító tényező: pl. AIDS: tumorok, infekciók;

egyik terápia okozza a másik megbetegedést: pl. sokizületi gyulladás → gyulladásgátló szer → gyomorfekély;

teljesen független kórképek.

Betegségek együttes megjelenése: gyakoriság

A már idézett stockholmi felmérésben 77-84 év között 51%, 85 év felett 58,5% volt a multimorbiditási arány (kb. 15% emelkedés). Wolff (USA) adata nagyszámú biztosított páciens leletei alapján: a 65 éven felüliek 65%-a legalább 2, 43%-a legalább 3, 24%-a legalább 4 betegségben szenved. Bussche több mint 100.000 német 65 éven felüli személy biztosítói adatai alapján azt találta, hogy 73%-uk legalább 2, 62%-uk legalább 3, 49%-uk legalább 4 krónikus betegség tüneteit mutatja. A multimorbiditás egyedi mértéke is emelkedik a korral. Schubert adata: 70 év feletti betegek 75%-nál 3, 20%-nál 4, öt százaléknál két betegség mutatható ki. Howell boncolási adata: 65-69 év között 5,7, 80-84 év között 8,4 kórállapot igazolható átlagban. Az eltérő számadatok oka a vizsgálat mélységének eltérése, valamint az, hogy az objektív és szubjektív adatok milyen fokát fogadták el kórosnak

Betegségtársulás: gyakoriság

A legnagyobb komorbiditási (társbetegség) gyakoriságot mutató betegségek 65 év felett a következők (Schellevis): cukorbetegség 40,3%, degeneratív ízületi betegség 32,8%, ischaemiás szívbetegség 28,0%, krónikus léguti betegség 24,7%, hypertonia 24,0%. Ezek kombinálódása

is a leggyakoribb kombinációkat jelzi. Egy holland felmérés szerint a 65 év feletti krónikus betegségben szenvedő személyek 79%-ánál legalább 1 komorbid folyamat mutatható ki.

Egy magyarországi átfogó felmérés (2002) is értékes adatokat szolgáltatott. A vizsgált 34 betegség kétharmada társul az átlagosnál gyakrabban cukorbetegséghez. A 65 év feletti cukorbetegek közül a férfiak 90,7%-a, a nők 98,8%-a szenved magasvérnyomás-betegségben is, az ischaemiás szívbetegség háromszor, illetve három és félszer gyakoribb.

Cukorbetegségben a rosszindulatú betegségek előfordulása is 65 év felett több mint kétszer meghaladja az országos átlagot. Idült légzőszervi betegségekben gyakrabban fordulnak elő daganatok. Vastagbél-daganatnál több epebetegséget találtak.

Gyakori kombinációk, mintázatok

A különböző szerzők az általuk vizsgált idős csoportban figyelték meg a betegségek kapcsolódási tendenciáit. Leginkább „betegségpárokat” mutattak ki. Schafer több ezer 65 év feletti személy adatait értékelve az alábbi mintákat találta:

kardiovaszkuláris-anyagcsere-betegség
(nők: 30%, férfiak: 39%),
szorongás (depresszió) testi tünetek pszichés alapon fájdalom (34 ill. 22%),
különböző neuropszichiátriai kórképek (6 ill. 0,8%).

A vizsgált betegek kb. 50%-a tartozott valamelyik csoporthoz.

Bussche főleg hármas, jellemző kombinációkat talált, a legnagyobb prevalenciát a hipertónia + lipid anyagcsere zavara + alsó hátfájdalom triásza mutatta, de ez a három kórkép adta diabétesszel, ízületi betegséggel (osteoarthritis) és ischaemiás szívbetegséggel kiegészülve a 10 leggyakoribb triász összetevőit. A nemi eltéréseket elemezve a nőknél az osteoarthritis, férfiaknál a szívbetegség fordult elő gyakrabban.

A multimorbiditás következményei

A multimorbiditás több irányú következményekkel járhat. Ezek:

a funkcióképesség beszűkülésében hatásaiik összegződnek, sőt szinergizmus által felerősödhetnek, rokkantságot okozhatnak, pl. látászavar + osteoarthrosis → 'el-esés' combnyaktörés → immobilizáció, emiatt megjelenik a gondozási igény, ami a családot illetve a gondozási hálózatot érinti (felméréseket lásd feljebb);

pszichés és szociális kapcsolati problémák jelentkezhetnek, az életminőség romlik, nagyobb az ún. betegségteher, pszichológus igénye merülhet fel;

nehezebb a gyógyszerek hatását felmérni, mert az ún. tényeken alapuló orvoslás (evidence-based medicine) kritériumai alapján végzett vizsgálatokból a

multimorbid, elesettnek tartott betegeket kizárják;

nő a gyógyszerigény, több fajta szer és orvosi segédeszköz szükséges, ennek finanszíris következménye az egyént, a családot és a társadalmat terheli;

nő a gyógyszer-mellékhatások, interakciók (gyógyszer-betegség, gyógyszer-gyógyszer) valószínűsége, ami által az egészségügyi ellátás szükséglete növekszik;

nehezebb, összetettebb a rehabilitáció; az orvosi ellátási teendők az egyes betegségek vonatkozásában felülvizsgálatra szorulnak;

több orvosi szakma koordinált munkáját igényli;

nő a kórházban töltött napok száma, gyakoribb a visszautalás;

a várható élettartam csökkenhet (pl. súlyos alapbetegség társbetegség esetén hamarabb vezet halálhoz).

Több betegség együtt és a rokkantság mértéke

A társuló betegségek száma és a kifejlődő rokkantság valószínűsége között egyenes irányú kapcsolat van, ez evidenciának tartható, de Kadam nagyszámú beteg önbevallásos vizsgálatával is igazolta: 1 betegség esetén 34,0%-ban érezték rossznak a fizikai funkció-képességet, 2 vagy 3 betegség esetén 45,0%-ban, 4 vagy 5

esetén 59,6%-ban, 6 vagy több esetén 71,9%-ban. Mentális és szomatikus betegség társulása 3x több enyhe és 1,6x több súlyos rokkantságot okozott, mint több szomatikus betegség egymással társulása (ADL vizsgálata alapján, U. Sambamoorthi).

Hazai adatok (Mikrocenzus, 2004) azt mutatják, hogy a 60 éven felüliek (60-75 év között) nagy része egészségi állapota miatt gátolt a mindennapi tevékenységek végzésében (ezek többsége multimorbid), kevesebb mint 50% a nem gátoltak aránya, sőt a 70-75 év közötti nőknél 30% alatt ez az arány.

Egy újabb, európai felmérés keretében végzett vizsgálat (ELEF 2009) azt mutatta, hogy a 65 éven felüliek 23 (férfi), illetve 22%-a (nők) azt vallotta, hogy a mindennapok feladataiban súlyosan korlátozott, enyhe mértékben 40-50%-uk. Egyes önellátási feladatok tekintetében ilyen korlátozottsági adatokra derült fény: öltözködési nehézség egyötödüknel, fürdésnél egynegyedüknel, táplálkozásnál és WC-használataknál egyhatoduknál; 50 méter gyaloglás férfiak 42, nők 37%-ánál, 5 kg cipelése a férfiak 46, a nők 37%-ánál jelentett nehézséget.

Geriátriai szindrómák

A geriátriai szindróma fogalma

A szindróma kifejezés az orvosi irodalomban tünetcsoportot jelent, általában olyan tünetek

együttesét, amelyek egy adott kórfolyamat jelenségei, de amelyek különböző indító tényezők következtében alakulhatnak ki (pl. szívelégtelenség). A „betegség”, „morbus” fogalmába viszont a kóroktantól a lefolyáson át a kimenetelig jól meghatározott folyamat tartozik (pl. szívkoszorúér-elmeszesedés). A szindróma kifejezést az utóbbi évtizedekben, mintegy analógiaként szélesebb társadalmi gondolati körben használják, körülírható szociális, magatartási, kulturális – általában komplex – jelenségcsoport megnevezésénél alkalmazzák.

A szakirodalom szerint a geriátriai, azaz idősgyógyászati szindróma nehezen körülhatárolható fogalom, nem sorolható a betegség-kategóriák közé, annak ellenére, hogy az ide tartozó kórállapotok jól ismert, jól körülhatárolt tünettannal rendelkeznek (pl. inkontinencia = vizelettartási képtelenség, delírium) és a legtöbb klinikai összeállításban, mint különálló egységek szerepelnek. Nem reprezentálnak azonban specifikus kórtani folyamatot.

A fogalom eltér a klasszikus, tradicionális szindróma fogalmától is, amely – mint láttuk – azonos patogenetikai (kórkialakulási) háttérrel rendelkező tünetcsoportot jelöl. Ezért sokan a geriátriai állapot kifejezést (geriatric condition) javasolják a geriátriai szindróma helyett. A legjobb definíciónak tűnik a következő: soktényezős kóros állapot, amely akkor nyilvánul meg, amikor több szervrendszer károsodásá-

nak és több rizikótényezőnek összegződő hatása a kapacitások beszűkítése által az idős embert sérülékennyé teszi a környezeti kihívásokkal szemben.

Ez az állapot azonban legtöbbször egy bizonyos formában mutatkozik meg (pl. elesés), aminek azonban több fajta következménye lehet (pl. az elesésnek: törés, depresszió, immobilizáció, stb.). Csaknem idős egyéneknél fordul elő csupán. Tényezőinek, tüneteinek egy része több ide sorolható szindrómában megtalálható, több rendszer érintett, sokszor nem a megbetegedett szerv szintjén jelentkeznek a tünetek (pl. tüdőgyulladásnál elesés), legtöbbször epizódikus a megjelenésük, nem egyszer több szindróma együtt áll fenn (pl. elesés és inkontinencia), rokkantságot, életviteli függőséget okoz, beszűkíti az életminőséget. Lehet több kórfolyamat következményes vagy végső közös útja. Gyakran jobban segítik a teendők meghatározását, mint a konkrét kórképek megnevezése. A mobilitás és a mentális állapot (kogníció) a két fő érintett funkcionális terület.

Ennek értelmében az időskor kórélettanát áttekintve, az öregedés – krónikus betegség – multimorbiditás (több betegség együtt) – geriátriai szindróma egymásra épülő, mintegy kaszkád-vonulatával találkozunk.

A geriátriai szindrómák fajtái

Az ún. I-szindrómákat sorolják ebbe a csoportba: immobilizáció (mozgásképtelenség), inaníció (malnutríció = táplálkozási elégtelenség), inkontinencia (vizelet- és/vagy széklet-tartási képtelenség), instabilitás (egyensúlyzavar, elesések), izoláció (elmagányosodás, depresszió), intellektuális zavarok (demencia = elbutulás illetve konfúzió = zavartság), inszomnia (álmatlanság), iatrogénia (gyógyszer-mellékhatások szaporodása). „Geriátriai óriások”-nak is nevezik ezeket (geriatric giants). Az úgynevezett elesettségi szindrómában (frailty) megtaláljuk lényegében mindezek tüneteit, mintegy azok előrehaladott, koncentrált formájának fogható fel.

Elesési szindróma (falls, instabilitás)

Az elesés, mint kóros esemény úgy definiálható, hogy az emberi testnek álló, ülő vagy fekvő helyzetből (ágy) történő hirtelen, váratlan, megállíthatatlan (gyors) alacsonyabb szintre, legtöbbször talajra zuhanása. A hely- vagy helyzetváltozáshoz való adaptáció elégtelensége van a háttérben, általában több szervrendszer érintett ebben a folyamatban, akár kisebb zavarok összegződése az ok. A 65 éven felüliek 30-40%-a évente egyszer legalább el-esik, magasabb korban egyre nagyobb a valószínűsége, az esetek 20%-a orvosi ellátást igényel, kb. 10%-a töréssel jár, 50%-ban egy éven

belül megismétlődik. Ezért talán a legjellemzőbb időskori szindrómának tartható.

Sokan nem tartják szindrómának, pedig az egységes megközelítése az egyedi tényezők feltárása mellett alapvető fontosságú. A következők lehet halálos is, az egyedül élőket sokszor napok múlva találják meg súlyos állapotban. A rizikó és kiváltó tényezők átfedik egymást. A belső (intrinsic) szervezeti tényezők részben az öregedés (vízháztartás változása, belső reflexek kiesése, izomerőcsökkenés, stb.), részben a morbiditás következményei (szívbetegség, agyi vérkeringési zavar, zavartság, szédülés, ízületi merevség, vérszegénység, látászavar, stb.). De külső tényező is szerepet játszik (alkalmatlan lábbeli, bútorok elhelyezése, rossz világítás, padló egyenetlensége, szőnyeg redőzete, fürdőszoba nedvessége, zsinórok, stb). Gyakran az idősek rizikót jelentő magatartása is hozzájárul az esés bekövetkezéséhez. Utána funkciócsökkenés maradhat vissza (20-30%), intézeti elhelyezés lehet így a távoli következmény. Általános az újabb eséstől való félelem okozta tünetek jelentkezése (szorongás, megváltozott magatartás). Az akut következmények ellátása után fontos a belső és külső rizikótényezők rendezése, beleértve a lakás átalakítását is (pl. fogódzók felszerelése) szükséges, valamint szorongásoldás és a testi készségek fejlesztése.

Időskori elesettség szindrómája (frailty)

Korábban a definíció igénye nélkül szerepelt az angol szakirodalomban az elesett állapotú idős személyek felsorolása (frail = esékeny, törékeny), majd egyre több pontosító meghatározás került publikálásra, de a mai napig minden szempontból kikezdhetetlen definíció nincs. A megközelítések vagy túl általánosak, vagy csak egyik tényezőt emelik ki és úgy tűnik, hogy nem is mindig ugyanarra az állapotra vonatkoztatják.

Az első periódusban leginkább az élettani öregedési jelenségek nagymértékű progressziójával magyarázták („szuper-öreg”). Máig elfogadható Woodhouse meghatározása: életvitelében másra szoruló, immobil, 65 éven felüli egyén, akinek nincs nyílt szervi elégtelensége, azaz egy szerv elégtelenségéhez nem köthető a funkcionálisan igen elesett állapot, tehát lényegében a szervek kimutatható lényegi károsodása nélkül jelentkező általános öregkori elesettség állapota.

Lehet úgy is felfogni, mint az öregségi funkciócsökkenésnek és több szerv mérsékelt károsodásának összegződő, egészében kifejezett sérülékenységet mutató funkcionális megnyilvánulása (sokszor a kivizsgálás leletei nem vagy alig mutatnak eltérést). A kutatások biológiai háttérként humorális eltéréseket mutatnak ki (citokin-, hormon- és vitaminszint-eltérések, pl. D-vitamin).

Az Amerikai Gerontológiai Társaság frissebb definíciója (2005) is hasonló megközelítést tartalmaz: élettani szindróma, amit csökkent rezerv és a stresszorokkal szembeni csökkent ellenállás jellemez, ami pedig több élettani rendszer összegződő hanyatlásából származik, és az ártalmas hatásokkal szembeni sérülékenységet okoz. Nagyon plasztikusan fejezi ki ennek az állapotnak a lényegét az úgynevezett svájci sajt modell: amint az ementáli sajtban különböző területeken hézagok alakulnak ki és az egész sajt lyukacsos lesz, egyedenként más és más helyen, de egészében tömörségét veszti (a floridai egyetem modellje). Ennek lehet következménye, hogy viszonylag kis behatás katasztrofális következménnyel járhat és nagy a halálozási rizikó ebben az állapotban. Michel a táplálkozási elégtelenség szerepét emeli ki. A legkülönbözőbb élettani funkciók beszűkülése tapasztalható és így tulajdonképpen az elesettségi szindróma a többi geriátriai szindrómát egyesítő állapot, mindenképpen globális deficit-állapot.

Globális, funkcionális megközelítés

Az idősek biológiai hanyatlása és betegségei miatt több életvitelhez szükséges funkció végrehajtása nehezedik, sérülhet, illetve végül lehetetlenné válhat. A mindennapi funkciók az önellátási képesség szempontjából ítélendők meg.

Az összes kórállapot tünetei lényegében 5 területen jelentkeznek, és életviteli beszűkülést okoznak:

mobilitás,
kommunikáció,
anyagok felvétele és leadása,
fájdalom, diszkomfort,
szellemi működések.

Egy kórkép akár több területen is okozhat zavart például stroke: bénulás + beszédzavar, illetve az egyik tényező hathat a másakra, pl. fájdalom a mobilitásra. Emellett több kórkép is együtt fennállva ugyanarra a tevékenységre hathat pl. a mobilitásra: csípőízület kopása + bénulás + érszűkület az alsó végtagban. Előfordulhat, hogy a vitálisan kevésbé jelentős megbetegedés az önálló életvitel szempontjából jelentősebb hátrányt jelent pl. a koszorúér-elmészesedés, és a csípőízület kopása.

Az összegzett együttthatást különböző skálákkal tudjuk kifejezni, és viszonylagos mértékben objektiválni. A skálák egyik része a különböző kórképek együttes hatását összegzik biológiai szempontból pl. műtéti kockázat, illetve általános életprognózis szempontjából, másik része az önálló életvitel lehetőségét, illetve beszűkülésének területeit méri fel a funkciók végrehajtása oldaláról (lásd fentebb).

A betegségteher (angolul intrusiveness) fogalma az emberi élet teljessége felől közelíti a betegséghatást: minden tényező, mely az egyén életének különböző dimenzióit, élet-

módját, mindennapos és szabadidős tevékenységeit és ezáltal az életminőséget befolyásolják (Devins). Tizenhárom területen értékelik a kórállapot hatását: egészség, táplálkozás, munka, aktív pihenés, passzív pihenés, anyagi helyzet, házastársi viszony, nemi élet, családi kapcsolat, társas kapcsolat, önkifejezés, vallási élet, közösségi tevékenység. A krónikus betegségek önmagukban is elhúzódó jelleggel több területet érintenek ezek közül, több betegség együttes fennállása (multimorbiditás) pedig kiterjeszti ezt a hatást.

Mortalitás, halálokok

Hazánkban (mint általában a fejlett országokban) a keringési rendszer betegségei és a daganatok adják a fő halálokokat, ezeket követik a légző, az emésztőrendszer betegségei és az ún. külső okok. Az egyes halálokok gyakorisága tekintetében a 100.000 adott korú személy évi halálozási statisztikai arányszáma nyújt információt. A 60. év után 5 éves korcsoportok adatainak összehasonlító elemzése alapján jellemző trendeket találunk. A kor emelkedésével párhuzamosan mindkét főcsoportban az elhalálozások száma is emelkedik. Mindegyik korszávon belül a férfiak mortalitása nagyobb mértékű.

Így például a 40-49 évek közti korosztályban férfiaknál 4,88 ezrelék, nőknél 2,32 ezrelék, 60-69 év között ezek a számok: férfiaknál 30,23, nőknél 13,23 ezrelék, tehát nagyjából azonos

4. Az öregkori patológia sajátosságai

az emelkedés. Viszont a 70 év felett férfiaknál 82,90 ezrelék, nőknél 64,08 ezrelék (2011), ami a nagyobb számú igen magas korú nő miatt meglepő és mindenképpen a nők nagyobb ellenállóképességére utal ebben az életperiódusban. Egészében az összes korosztályban az utóbbi 20 évben csökkenő tendenciával találkozunk. 50 évvel ezelőtti adatokkal összehasonlítva viszont azt találjuk, hogy az összlakosságban 1000 személy közül most többen haláloznak el egy évben, mint korábban (1960: 10,2 ezrelék, 2011: 12,9 ezrelék), amit a lakosság korösszetétele magyaráz: több az idős ember. 60-64 év közötti nőknél a daganatos halálozás nagyobb, mint a keringési kategóriában, itt a férfiaknál is ez utóbbi alig nagyobb az előzőnél. Ebben a korosztályban a nők keringési szervhez kötött halálozása egy harmada a férfiakénak, de 85 év felett eléri a férfiak arányszámát (30-szoros emelkedés, ez a férfiaknál 12-szeres). Ebben a magas korosztályban nőknél 8-szor, férfiaknál 4 és félszer több a keringési eredetű elhalálozás, mint a daganatok által okozott.

Várható élettartam

Az elmúlt száz évben a várható teljes élettartam Európa és Amerika fejlett országaiban 45 év körüli értékről 80 év közelébe emelkedett, a világ többi régiójában is nagymértékű emelkedés volt megfigyelhető, ha abszolút számok-

ban el is maradtak a fenti értéktől. Hazánkban a nők várható élettartama 78,11 év, a férfiaké 70,50 év (2010). (Franciaországban: 84,9, illetve 77,9 év). A teljes időtartamon belül azonban a leírt hanyatlás és megbetegedések következtében az utolsó évek a betegségi, rokkantsági állapotnak a mindennapi életvitelt akadályozó keretei között zajlanak, így a teljes és a betegségmentes élettartam között „rés” van (ökológiai „gap”).

Fries a 1970-es évek végén megfigyelte, hogy a fejlett országokban ez a rés szűkül, a krónikus betegségek később lépnek fel az egyén életében, az ún. túlélési görbe „négyyszögesedése” (rectangularization), a túlélés hosszabbodása mellett és felállította a betegségek ún. kompressziójának paradigmáját. Célként is megfogalmazta ennek további fejlesztését, ami fontos az egészségügyi és szociális ellátások tervezése és csökkentése szempontjából. Ha az összeélettartam növekedésével párhuzamosan a betegségmentes periódus nem növekszik, pl. változatlan időpontban fejeződik be, akkor növekedni fog a betegséggel terhelt évek száma. Hazánkban a különbség átlagosan nőknél 9, férfiaknál 7 év, Angliában az átlag 4 év. Az életmód egészséget befolyásoló, most már vizsgálatokkal igazolt tényezőinek korai beépítése az életvitelbe lehet az a módszer, amellyel csökkenteni lehet a két érték közötti különbséget.

Valószínűleg szelekciós hatással magyarázható, hogy egy bizonyos előrehaladottabb kort megélő személy az átlag életkornál magasabb életkor elérését várhatja, a kor növekedésével ez a jelenség egyre kifejezettebb, hazánkban (2011) egy 60 éves nő még 21,64, azonos korú férfi 16,88 évet várhat, ezek az adatok 70 éves korban 13,96, illetve 11,14 év.

Irodalom

Az elesések kivizsgálása, kezelése és megelőzése időskorban. Geriátriai Szakmai Kollégium szakmai protokollja.

van den Akker, M. (1998): Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases, J.Clin. Epid. 51, 367.

Boros Julianna (2009): Az időskorúak egészségi állapota az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009 eredményei alapján. ELEF, KSH

Boga Bálint, Samu Antal (szerk.) (2011): Klinikum és farmakoterápia időskorban. Vox Medica, Budapest

van den Bussche, H. et al.: Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly?... BMC Public Health 2011, 11, 101.

Campana, F.: From chronic diseases to geriatric syndromes. K4CARE Project. Rome, Italy, 2008.

Ezüstkor – Időskorúak Magyarországon, 2011. KSH, Budapest, 20012.

Fries, J. F.: Compression of morbidity in the elderly. Vaccine 2000, 18, 1584-1589.

4. Az öregkori patológia sajátosságai

- Gijsen, R. et al.: Causes and consequences of comorbidity: a review, J. Clin. Epid. 2001, 54, 661
- Imre Sándor (2007): A klinikai gerontológia alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt., Bp.
- Inouye, Sh. K. et al.: Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J. Am. Geriatr. Soc. 2007, 55, 780-791.
- Kadam, U. T., Croft, P. R.: Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. Fam. Pract. 2007, 24, 412-419.
- Központi Statisztikai Hivatal: A komorbiditás (betegségtársulások) vizsgálata a fekvő- és járóbeteg-szakellátás 2002. évi adatai alapján, KSH, Budapest, 2004.
- Kriegsman, D. M. W. et al.: Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: the Longitudinal Aging Study Amsterdam, J. Clin.Epid. 2004, 57, 55.
- Marengoni, A. et al.:Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. Am. J. Publ. Health 2008, 98, 4-8.
- Palmore, E. B., Whittington, F., Kunkel, S.: The International Handbook on Aging. ABC Clio, Santa Barbara et al. (3rd edition), 2009.
- Rockwood, k.: What would make a definition of frailty successful? Age and Ageing, 2005, 34, 432-434.
- Rozzini, R. et al.:Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity, Age and Ageing 2002, 31, 277

4. Az öregkori patológia sajátosságai

Székács Béla (szerk.) (2005): Geriátria, az időskor gyógyászata. Semmelweis Kiadó, Budapest

Vellas, B. J. et al.: Diseases and aging: patterns of morbidity with age; relationship between aging and age-associated diseases. Am. J. Clin. Nutr. 1992, 55, 1225S-30S

Saját feljegyzései

5. AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK ALAPELVEI

Általános egészségügyi és geriátriai intézmények.

Sajátos szemléletet igényel az idősek orvosi ellátása. Ez meg kell jelenjen az ellátás minden szintjén, de teljességében az idősgyógyászati intézmények területén valósítható meg.

Bevezetés

Az ember, mint egyed – amennyiben nem hal meg korábban – az öregedés különböző biológiai fázisain megy keresztül. A folyamat egyenként más ütemben, más előtérbe kerülő jelenségekkel zajlik. Így egy évjárat egyedei is eltérő öregedési fázisban vannak (a biológiai kor eltérése a kalendáriumi kortól), más megközelítésben: azonos öregedési fázisban, azonos funkcionális állapotban eltérő korú egyedek vannak. Ezek alapján az idősek nemcsak koralcsoportok, hanem funkcionális szempontból is heterogén népességi csoportot alkotnak. E mellett más előzmények után jutnak el az öregség kapujába. Mindezek alapján az idősek optimális kezelésének, ellátásának ügyét csak rendszerszemléleti alapon lehet megközelíteni annak érdekében, hogy az öregedési folyamat teljessége és az összes kategória látókörbe kerüljön.

A biológiailag meghatározott funkcionális állapot az alapja a szociális szerepek betöltési képességének: hogy mennyire tud az egyén önmaga és a társadalom számára hasznos maradni. A társadalom ettől függetlenül sokszor csak a kor alapján az időskorosztályt kivonja az aktív feladatkörökből. A modern társadalomnak, melynek alapelve kell legyen az esélyegyenlőség, az időst mint változásokon átesett, de még aktivitásra képes vagy már sérült egyént segítenie kell, hogy a társadalom mikro- és makroszféráinak aktív, részt vevő, integrált tagja maradjon, illetve szükségleteinek megfelelő ellátást kapjon.

Mindezek érdekében az időseket érintő társadalmi stratégia egészségügyi vonulata a megelőzést, a prevenciót kell előtérbe helyezze, ennek elsődleges, másodlagos, illetve harmadlagos formáját, attól függően, hogy az adott idős milyen öregedési fázisban, milyen funkcionális állapotban van, milyen kórfolyamatok terhelik. Az öregedési folyamat már a korábbi, tehát öregségként deklarált kor előtti életszakaszokban megkezdődik. Így az öregség hanyatlást jelentő tüneteinek késleltetése, mint a megelőzés sajátos formája már a korábbi évtizedekben meg kell kezdődjön. Ekképpen érhető el, hogy a következő generációk öregjei, mint a populáció adott korcsoportjai egészében egészségesebbek, fizikailag fittebbek legyenek. A megelőzés fogalmában benne foglaltatik az egészségügyi, orvosi kezelés is, mert

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

minden kezelés egy következő fokozatú romlás megelőzését is szolgálja, amely romlás mind az egyén, mind a társadalom számára pszichikai és pénzügyi többlet terhet jelent. A várható élettartam már a jelen időszakban évről évre észlelhető kitolódása (férfiak: 70, nők: 78 év) az ún. aktív, betegség- illetve rokkantságmentes élettartam hosszabbodását kell jelentse, együtt kell járjon még az önellátást gátló rokkantsági periódus rövidülésével (a morbiditás kompressziója). Tehát az átlagéletkor emelkedése ne jelentse a férfiaknál jelenleg 7, nőknél 9 évet magába foglaló beteg-periódus megnyúlását, hanem éppen csökkenését. Fontos megjegyezni, hogy a szakszerű idősgyógyászati rehabilitáció átmeneti, akut betegség okozta funkcionális gátoltság után ebben a korosztályban is képes visszaadni az önellátó képességet, sőt bizonyos típusú és mértékű munkaképességet, azaz meghosszabbítani az aktív periódust.

Néhány közelmúltban végzett felmérés azt mutatja, hogy a magyarországi idősök funkcionális állapota fizikai alapfeladatok elvégzését illetően meglehetősen rossz helyzetet mutat. Az egyik felmérés (OLEF 2000) adatai szerint a 65 év felettiek kb. 1/3-a rossznak, ill. nagyon rossznak véli egészségi állapotát (férfiak 32,0 %-a, nők 36,9 %-a), 40-45 %-uk egészségi okból korlátozottan érzi magát a mindennapi tevékenységek végzésében. Utóbbi időben végzett több követéses vizsgálat igazolja, hogy

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

az egészségi prognózist, a várható kimenetelt sok esetben a szubjektív adatok jobban megközelítik, mint az objektív paraméterek, ezért kell komolyan venni az előző felmérési adatokat. Külön figyelmet érdemel, hogy a magasabb korosztályokban egyre nagyobb a nők aránya, sajátos biológiai, pszichológiai és morbiditási jellemzőivel. Ha ehhez hozzá vesszük az egészségügyi ellátó rendszer idősekre vonatkozó adatait, pl. a háziorvosi rendeléseken megjelentek 2/3-a, az otthonukban ellenőrzöttek 85%-a 60 év feletti. A 70 éven felüliek 4/5-e rendszeresen orvoshoz jár, egy átlag 73 éves személy négyszer gyakrabban veszi igénybe a járóbeteg szolgáltatást, 10-szer gyakrabban a kórházi ellátást, 17-szer gyakrabban a gyógyszerfelírás lehetőségét, mint egy átlag 28 éves (Kalabay L.). Egyértelműnek tartható az idősök biológiai állapotára ható teljes rendszer átalakításának, javításának szükséglete, egy átfogó idősügyi stratégia egészségi állapotra vonatkozó részének kidolgozása.

A társadalmi-gazdasági vonatkozású stratégia csak a biológiai alapfeltétel, az egészség megtartását illetve helyreállítását célzó modern koncepció integrálása által lehet teljes értékű és megvalósítható! Ez a tényeken alapuló gondolat a közgazdaság döntéshozói számára meghatározó kellene, hogy legyen.

A megelőzés fokozatai és formái

Primordiális prevenció: ide tartozik minden törvény, rendelet, rendelkezés, szabályozás, amelynek következtében közvetlenül vagy közvetve a lakosság, illetve adott embercsoport egészsége javul, vagy az egészséget veszélyeztető tényezők visszaszorulnak. Itt említendő az egészséget esetlegesen negatívan befolyásoló intézkedések megváltoztatása, illetve kontrollja.

1. Primer (elsődleges) prevenció:

ne csak az idősödéssel szaporodó betegségek megelőzését, hanem az élettani hanyatlási jelenségek késleltetését is magába kell foglalja. A kettő szorosan kapcsolódik egymáshoz, mert a funkcionális aktivitás, az ellenálló-képesség fenntartása a megbetegítő hatások ellen is hat. Ebben az életmód, az életminőség külső tényezőinek befolyásolása a legfontosabb tényező. Autentikus vizsgálat értelmében az egészségi állapot alakulásában 43%-ban az életmód, 11%-ban az egészségügyi ellátás, 27%-ban a genetikai tényezők, 19%-ban a környezeti hatások játszanak szerepet.

Alapvető, hogy maga az idős lássa, tudja, hogy az életmód alakítása életét befolyásolja, mind annak hosszában, mind minőségében, mind pedig a saját illetve környezete terheit illetően. Az idősök felvilágosítása, oktatása fontos eb-

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

ből a szempontból, a saját biológiai változásait, a társadalmi körülményeket és az alkalmazkodás módjait meg kell ismerje. Erre a következő módszerek állhatnak rendelkezésre: háziorvosi, geriátriai szakorvosi konzultáció, tanfolyamszerű vagy eseti előadások, szakavatott gyakorlati szakemberekkel, interakciós formában (különböző egészségügyi, szociális, művelődési intézményekben, idősök szervezeteiben, civil szervezetekben), írott anyagok rendelkezésre bocsátása (napi sajtóban, folyóiratokban, külön szóróanyagokban), rádió, TV országos ill. (talán nagyobb súllyal) helyi adói, stb.

Szomatikus-testi tényezők segítő befolyásolása. Olyan táplálkozási lehetőségek megteremtése, élelmiszerek gyártása, szélesebb körben hozzáférhetővé tétele, amelyek ezt a célt szolgálják, pl. érrendszeri betegségek, daganatok kifejlődését gátló, késleltető, illetve immunerősítőket, vitaminokat, nyomelemeket, antioxidánst tartalmazó élelmiszerek, tápanyagokat optimális arányban tartalmazó, káros anyagokat nem tartalmazó élelmiszerek. Szükséges lenne olyan támogató rendszer kialakítása, amely idősök számára elfogadható áron elérhetővé tenné ezeket. A testmozgás, testedzés lehetőségeinek kialakítása lakóközösségi szinten (itt az önkormányzatoknak, civil szervezeteknek van szerepe, pl. testedző eszközök felállítása parkokban) ill. a még munkában levők számára a napi munkavégzés során.

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

A fizikai környezet adaptálása. Elsősorban a lakás átalakítása, a balesetforrások kiküszöbölése, a könnyebb közlekedés és eszközhasználat biztosítása segíti az élettanilag szűkülő készségek mellett is az önálló életvitel megőrzését. A tágabb miliőben (utcák, vásárlóközpontok, stb.) is ki kell alakítani az utóbbi szempontot figyelembe vevő lehetőségeket.

Mentálhigiéné, a szellemi állapot aktívan tartása, az időskori depresszió és mentális hanyatlás ellen ható stratégia. Az egyedi szellemi foglalkozások valamint erőteljesebb serkentő hatással a kulturális és társasági programok szolgálják ezt a célt. A tanulás lehetősége és aktív bekapcsolódás (ún. harmadik kor egyetem, nyugdíjasok szabadegyeteme) a legaktívabb mentális tréning, ide tartozik a szakmai továbbképzés a még munkában levők számára, illetve akár új szakma tanulása (második karrier). A tanulás tartalmától függetlenül a mentális képességek edzését jelenti és védő hatása bizonyított, a szomatikus állapotra is pozitív hatással van. Megszervezése a legkülönbözőbb állami és civil-szervezetek feladata lehet, amit támogató rendszerrel lehetne elősegíteni.

Ebben a fejezetben a felsorolt igények kielégítéséhez szükséges a gazdasági szféra bevonása illetve részvétele, aminek – a tapasztalat szerint – csak szabályozással, rendeletekkel lehet érvényt szerezni. Itt a korábban említett élelmiszerek valamint a ruhaipari termékek, ház-

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

tartási eszközök, lakberendezési tárgyak, közlekedési eszközök, stb. idősekre adaptált változatainak gyártása, forgalmazása jön szóba.

2. Szekunder (másodlagos) prevenció:

Ez a fokozat a szűrővizsgálatokat foglalja magába, amelyek a rejtett, még tünetet nem okozó, kezdeti stádiumban levő, általában még könnyebben gyógyítható megbetegedést illetve, olyan kóros szervezeti eltérést, anomáliát hivatott kimutatni, amelynek betegséget okozó hatása egyértelműen igazolt. A szűrővizsgálatok hazánkban vagy ajánlottak, vagy kötelezőek, lehetnek általános jellegűek (pl. tüdő), korhoz (pl. újszülött), adott állapothoz (pl. terhes), vagy helyzethez (foglalkozási) kötöttek. Némely kivételével általában nem kötelező jellegű a személyiségi jogra való tekintettel, de az információ, az igénybevétel lehetőségének közlése előírt. Idősek számára úgynevezett mérföldkő-szűrések (60 ill. 70 év felett) előírására került sor a 90-es években, amit házi orvos kell elvégezzen, természetesen bizonyos szakorvosok részvételével. Ennek csak ajánlási jellege volt, így ellenőrzésére nem került sor.

A szűrés tételei a leggyakoribb korral jelentkező betegségcsoportokra, az érrendszeri és daganatos betegségekre vonatkoztak. Az ún. mérföldkő-szűréseknél anamnesztikus adatok felvételére, életmód-szűrésre, fizikális vizsgálat, valamint bizonyos laboratóriumi és közös vizsgálatok elvégzésére, fitness-stádium meghatározására kerülhet sor. Sajnálatos,

5. Az idősek egészségügyi ellátásának alapelvei

hogy jelenleg 65 év felett a fiatalabb korban szükséges és lehetséges mammográfiás és nőgyógyászati szűrés nem finanszírozott vizsgálat, férfiaknál a korral gyakorivá váló prosztatarák szűrése egyáltalán nem ellentételezett. A vastagbélszűrés (székletben vér kimutatása) 70 éves korig ajánlott, de ezt kevesebb helyen végzik.

A kiszűrt betegek gyors kezelésbe vételének céljából a betegutak kiépítése szükséges, ezzel egy új tudományág, a noso-kinetika (nosos = betegség, kinetika = mozgás) foglalkozik. Ez idősek számára különösen fontos, mert ma hazánkban egy járó beteg számára a szélesebb kivizsgálási procedúra végrehajtása nagy megterhelést jelent, egy idős számára pedig különösen, megemlítve még a távolságtartás, az önelhanyagolás gyakori megjelenését és a fiatalabbak (egészségügyi személyzet) olykor tapasztalható elutasító magatartását (ageizmus).

3. Tercier (harmadlagos) megelőzés, gondozás:

Itt először az adott krónikus betegségek, maradványállapotok szakmai protokolljait említtem, a folyamatos kontrollált kezelést, a gondozás előírt időszakos vizsgálatait, melyek alapján lehet megfelelő egyensúlyban tartani a betegséget és megelőzni speciális szövődményeit. Ebben a kezelés és megelőzés ikerkettségére valósul meg. Ez a gondozás minden korosztályra érvényes és előírt, de 65 év felett fokozott figyelem kell, hogy kísérje, pl. gyako-

ribb orvos-beteg találkozások, házinővéri látogatások, esetleg gyakoribb kontroll, szövődménykutató, stb. Amennyiben a csak korhoz kötött szűrések megvalósulnak, emellett a kórkép-specifikus gondozás az adott betegség vonatkozásában természetesen megmarad. Időseknél ezt meghaladóan fokozott ellenőrzést, vizsgálatokkal kiegészített kontrollt igényelnek az ún. gerontológiai rizikószemélyek, akiknek állapotát, helyzetét alapbetegségétől függetlenül kell meghatározni. Ide tartoznak:

- 80 év feletti,
- nagyfokú fizikai fogyatékos,
- demencia,
- vakság,
- kórházi kezelés után 1 évig,
- egyedül, magányosan élő,
- özvegyesség bekövetkezése után 2 évig,
- rossz lakásviszonyok,
- létminimumon vagy ez alatt levő járandóság.
- Ezen esetekben az első részletes vizsgálat dönti el a kontrollok gyakoriságát.

Geriátriai betegellátás

Kiindulópont az áttekintésnél az kell legyen, hogy az idős betegek zömét az átlagos betegellátó rendszerben kezelik, látják el. Ez egyrészt a speciális szakmai tudás, másrészt a fizikai körülmények tekintetében jelenthet gondot mind a beteg, mind az orvos oldaláról. Ezt támasztja alá - a fentiekben már említett adatok

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

mellett – néhány újabb adat: a 70 év felett a nők 85, férfiak 72%-a rendszeres gyógyszer-fogyasztó, a kórházi ápoltak 25%-a 70 évnél idősebb, miközben a lakosságon belül e korosztály aránya 11,2%.

A gerátria, magyarul idősgyógyászat orvosi szakág, a gerontológia orvosi része, az idős egyének egészségi állapotával, az időskorban jelentkező betegségekkel, és azok kezelésével, ellátásával foglalkozik. Elismertségeért, szakmai tekintélyéért, feltételeinek megteremtéséért az egész század folyamán harcot kellett vívnia.

Magyarországon a szakmai grémiumok több éves javaslatlétéle után, végre 2003-ban a kormányzati szervezetek megalkották a 60/2003.ESZCSM rendeletet, mely meghatározta a geriátriai beteg fogalmát, a geriátriai járó- és fekvőbeteg ellátási fokozatait és az ún. minimum-feltételeket. A geriátriai beteg definíciója némileg hasonlít a nemzetközileg elfogadott meghatározáshoz, a jövő tervei vonatkozásában azonban finomítani kell.

A geriátriai beteg „az a 65 évesnél idősebb, több betegségben szenvedő beteg, akinél komplex diagnosztikai felmérésre és rehabilitációra szoruló állapot észlelhető, amely miatt folyamatosan kezelni, törődni és gondozni kell az erre az életkorra jellemző urogenitális, pszichiátriai, mozgásszervi, kardiális és egyéb betegségekkel.” 60/2003.sz. ESZCSM rendelet

Az ellátási formák meghatározása nyugat-európai példákon alapult és bár nem volt teljes kidolgozottságú, a valóság akkor, és azóta is messze van ettől. A speciális geriátriai ellátás csak néhány helyen alakult ki, a többi területen egyedi formában valósult meg, a rehabilitációval vegyes geriátriai osztálytól a krónikus belgyógyászati, valamint ápolási osztályon keresztül az elfekvő jellegű, főleg terminális ellátásig, többségében definitív állapotú betegek ápolását nyújtva. Az utóbbi évben (2012) lépett hatályba a területi elvű valódi, tehát aktív ellátást is nyújtó geriátriai ellátási rendszer, mely a feltételek hiánya miatt még csak lassan alakuló képet mutat. A járóbetegek számára külön álló, szakrendelői szerkezetben működő szakkonzultáció csaknem sehol nem alakult ki, csak a fekvőbeteg osztály mellett.

A modern orvoslás széles, nagyszámú betegen végzett, összehasonlító, objektív (ún. kettős vak: az orvos se, a beteg se tudja, melyik szert szedi) vizsgálatokból származó adatokra támaszkodó ellátást, kezelést kell nyújtson, ez az ún. tényeken alapuló orvoslás (evidence based medicine). A gyógyszerek hatékonysága igazán csak ezzel a módszerrel bizonyítható, de az adott betegnél mechanikusan nem szabad használni. Ez különösen vonatkozik az idősekre, mivel mindezideig kevés vizsgálat célozta meg az idős vagy nagyon időskorosztályt, amelynél a gyógyszerek hatékonysága, szervezeti feldolgozása és a mellékhatások valószí-

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

nűsége és jellege eltérhet a fiatalokéhoz képest. Ez minden módszer hatásosságára vonatkozhat, nemcsak a gyógyszerekére. A protokollok alapját is ilyen vizsgálatok képezik. Bár a geriátria területén viszonylag kevés program valósult meg, ismertek a speciális geriátriai ellátás hatékonyságát bizonyító vizsgálatok, így: geriátriai stroke-egységben az idős betegek funkcionális állapota jobban javul, a mortalitás (halandóság), a kezelési időtartam, sőt a költség is alacsonyabb.

Másik meggyőző vizsgálat: elesett állapotú idős betegnél fellépő akut betegség esetén geriátriai osztályon kisebb a mortalitás, az ápolási időtartam, a hazaengedés utáni visszautalások és a tartós intézeti elhelyezés részaránya, mint általános belgyógyászati osztályon, mivel jobb funkcionális állapotban bocsátják haza a betegeket (mindkettő skandináv vizsgálat). Ezek és más hasonló vizsgálatok egyértelműen igazolják a különálló geriátriai ellátó struktúra kialakításának létjogosultságát.

Magyarországon a fenti rendelet a szakellátás 3 fokozatát különítette el, amely a nemzetközi gyakorlatot vette figyelembe: (1) szakkonzultáció, (2) mobil intervenció, (3) geriátriai fekvőbetegosztály.

Az ellátási rendszer általános áttekintése

Konzultációs rendszer

Geriátriai szakkonzultáció: kórházi geriátriai osztály szakambulanciájaként vagy szakrendelői szakrendelésként működhet járóbetegek részére. A háziorvos számára ad szakmai segítséget. Az életmód, a speciális összetett geriátriai kérdések elemzése, a funkcionális állapot meghatározása, a szociális ellátás igényének megállapítása a fő feladata.

Geriátriai mobil konzultációs és intervenciós egység (mobil team): kórházon belül bármely osztályon fekvő idősnél felmerülő sajátos, komplex problémák feltárása, elemzése, tanácsadás, szükség esetén beavatkozás.

Fekvőbeteg-ellátás (kórház)

Geriátriai akut osztály/részleg: dominálóan belgyógyászati betegségek kezelése multimorbid, elesett állapotú idős betegnél (65 év felett). Az összes vizsgálati lehetőség, szakkonzultáció rendelkezésre kell álljon. Ez nem váltja ki az intenzív illetve az akut szervspecifikus (pl. kardiológiai) osztályok feladatellátását. Nemzetközi viszonylatban létezik minden ellátást nyújtó geriátriai kórházkomplexum (pl. Montreal), illetve szervspecifikus geriátriai osztályfelépítés (pl. Huddinge: kardiológiai, idegrendszeri és mozgásszervi geriátriai osztály).

Readaptációs-rehabilitációs részleg, osztály (mid-stay): akut történés után az idősnél hosz-

5. Az idősek egészségügyi ellátásának alapelvei

szabb lábadozás, a normális napi élethez readaptáció biztosítása, cél az önellátás elérése. Vagy akut részleghez kapcsoltan, vagy önállóan, mint geriátriai rehabilitációs osztály működhet. Szükséges ún. kivizsgáló egység létrehozása, mint a legtöbb nyugati országban (GAU: geriatric assessment unit): állapotromlás okainak kiderítése, az önellátási képesség fokának megállapítása, a javítás irányának meghatározása.

Krónikus részleg (long-term). Kapcsolódhat az előzőhöz, azok számára, akiknél még hosszabb, de nem végleges ellátás, ápolás szükséges, esetleg ápolási vagy szociális intézménybe elhelyezés előtt (várakozási osztály, waiting hospital).

Rehabilitációs osztály. Különálló geriátriai rehabilitációs osztály több országban működik, esetleg kivizsgálási részleggel együtt (GERU: geriatric evaluation and rehabilitation unit). Magyarországon a krónikus, főleg idős betegeket ellátó osztályok egy része a (readaptációt meghaladó) rehabilitációt is felvállalja (pl. stroke). A speciális rehabilitációs osztályokon (pl. kardiológiai) nagy a 60 éven felüliek aránya (60%), ami kedvező adatnak tűnik, de valószínűleg ezen belül a magasabb korosztályok aránya relatíve alacsony.

Gerontopszichiátriai osztály. Elsősorban a demencia különböző formáinak kivizsgálása, kezelése, hosszabb távú ellátása történik ezen az osztályon/részlegen.

Ápolási osztály. Ne geriátriai osztályként működjen, hanem kortól függetlenül lássa el a huzamosan /véglegesen önellátásra képtelen, folyamatos ápolást igénylő betegeket. Természetesen itt a többség az időskorosztályhoz tartozik. Itt említendő a hospice-osztály, mely szintén nem időskorhoz rendelt részleg és főleg daganatos betegek végállapotának komplex humán ellátására szolgál. Van, ahol geriátriai hospice is működik.

Intermedier ellátási forma

Nappali kórház (day hospital): fekvőbeteg osztályhoz kapcsoltn kell, hogy működjön. Szakmailag programozott ellátást biztosít otthonából naponta beszállított idős betegek számára, elsősorban readaptációs-rehabilitációs feladatot lát el, sokszor a fekvőbeteg részleg elhagyása után az ott megkezdett kezelés folytatásaként. A fekvőbeteg rész teljes kapacitása rendelkezésre kell álljon. Kivizsgálási feladatok is végezhetők itt.

Az optimális szervezeti forma: geriátriai kórházi osztály akut és readaptációs részleggel, mobil egységgel, nappali kórházzal és szakambulanciával, amely komplex ellátást nyújt a különböző stádiumban levő betegek részére.

A geriátriai ellátás regionális szisztémában képzelhető el. Megyei vezető kórházban az imént leírt kombinált ellátó osztály működjen, fekvőbeteg része a kórház ágylétszámának 10-15%-át tegye ki. Ugyanez javasolható nagyobb városok (40.000 lakos felett) kórházában. Ki-

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

sebb városi kórházban readaptációs és nappali kórházi részleggel, szakambulanciával bíró osztály kell működjék. Ahol nincs kórház, városi szakrendelőben geriátriai szakrendelés álljon rendelkezésre. Az ágyszám, illetve a rendelési idő, a populáció nagyságától függjön.

A geriátriai osztálynak szoros szakmai kapcsolatban kell lennie a többi szerv-specifikus szakma osztályával, mivel ezek speciális feladatait nem tudja ellátni. Ezeken az osztályokon ki kell képezni az idősök speciális problémáit ismerő szakembert (pl. geroonkológus, „gero-szemész”), megyei, illetve nagy városi kórház szintjén.

A geriáter szakorvoson kívül (Magyarországon jelenleg kb. 140 dolgozik) a speciális szakembergárda rendelkezésre kell, hogy álljon (geriátriai szakápoló, dietetikus, gyógytornász, ergoterapeuta: foglalkoztatási szakember, pszichológus, logopédus).

Az idősgyógyászat minden szintje megfelelő infrastruktúrát igényel, beleértve az építészeti alakítást, az eszközellátást, a mindennapi tárgyak világát.

A nem geriátriai kórházi és szakrendelési osztályokon meg kell teremteni az oda kerülő idős egyének speciális szakmai ellátásának feltételeit (l. az előző fejezetben: mobil team, szakemberképzés, stb.) és - elsősorban az önellátásban korlátozottak számára - a vizsgálatokban, kezelésben részvétel, a mindennapi

életvitel segítségét. Ez azért nagy jelentőségű, mert az idős betegek legnagyobb része a középkorúak készségeire kialakított egészségügyi rendszerben kapja meg az ellátást és a hátrányt kiegyenlítő lehetőségek sok helyen nem állnak rendelkezésre.

Az egészségügyi és szociális ellátás kapcsolódása

Az egyén életét meghatározó tényezők egyszerre hatnak egészségére és szociális funkcióira, ez a szoros kapcsolat minden életkorban jelen van, de a kor előre haladtával egyre inkább a mindennapi életvitel alapvető elemévé válik. A biológiai hanyatlás nehezíti vagy lehetetlenné teszi a szociális feladatok, szerepek ellátását, beleértve a teljes körű önellátást is, a szociális szerepek elvesztése pedig visszahat az egyén pszichoszomatikus egységére, több oldalról lehet betegséget kiváltó tényező. Ez a komplex összefüggés az alapja annak a megvalósítandó koncepciónak, hogy az egészségügyi és szociális területi ellátás csak integrált szervezeti és működési rendszerben működhet optimális eredményességgel (pl. esetmenedzser).

Hazánkban a két ellátó rendszer - néhány, helyi ambíción alapuló kivételtől eltekintve - egymás mellett, de egymással nem egyeztetve végzi tevékenységét, már ahol mindkettő maradéktalanul rendelkezésre áll. Az integráció alapja terrioriális kell, hogy legyen: az orvosi

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

körzetekre kell ráépíteni a szociális körzeteket, az adott területet ellátó házigondozóval. A szakmai egyeztetés időszakos feladatmeghatározó üléseken kell, hogy történjék, amelyek interdiszciplináris összetételűek kell legyenek és amelyeken az igényeket az adott részterület szakembere kell meghatározza és javasolja. A megoldás kliens/páciens központú kell legyen, a szükséglet pedig a kiindulópont. A rendelkezésre álló teljes ellátó spektrum (package) megfelelő szegmensét kell az adott személy szükséglete kielégítésére fordítani, optimális esetben a kettőt fedésbe hozni (tailoring). A szervezeti irányítás/vezetés lehet integrált, vagy különálló szoros együttműködés mellett.

Hasonló rendszerek a fejlettebb országokban igen jó eredménnyel működnek már. Így például Finnországban az ún. DEP-rendszer (description, evaluation, placement), amely Turkuban működik a szociális ellátás területén. Számítógépes rendszerben minden ellátást igénylő szerepel, aktualizálása folyamatosan történik, azaz a szakemberek által meghatározott szükségletváltozás rögzítésre kerül, és a kapacitás függvényében a lehető leghamarabb megtörténik a kielégítése. Az ellátás fokozatai:

házigondozás,
senior ház,
idősök otthona,
szociális otthon,
hospice.

A házigondozás fokozatai:

eseti	1 vizit/hét
támogató	1-6 vizit/hét
kontrolláló	1-2 vizit/nap
intenzifikált	több/nap (adott napszakban, éjjel is)

A másik említendő rendszer, amelyről szólni kell Buckinghamshire-ben működik (Anglia): EPICS (Elderly Person Integrated Care System). Lényege a krízis-megelőzés, gyors információs és intervenciós hálózattal a jelentkező egészségügyi vagy szociális probléma haladéktalanul megoldásra kerül, így megelőzhető a legtöbb esetben az intézeti elhelyezés. A jelző rendszerben lényegében az egész lakosság benne van.

Fontos, hogy az ellátást igénylő személy egészségi és szociális adatai számítógépen legyenek rögzítve, a két szféra érintett ellátói számára bármikor elérhető legyen (a személyiségi jog figyelembe vételével). Indokolt lenne olyan, viszonylag homogén ellátotti kategóriák kialakítása, amelyekben kifejeződik az egészségügy és szociális ellátási igény, akár kettős kóddal jelölve, amelyben pl. a defektállapot mértéke, a folyamatos kezelés mikéntje, a mindennapi életvitelhez szükséges segítség formája, gyakorisága fejeződik ki. Ennek felel meg nálunk a HGCS (Homogén Gondozási Csoport) kialakított rendszere.

Tartós probléma az egészségügyi és szociális ellátó szervek feladatainak elhatárolása adott

5. Az idősek egészségügyi ellátásának alapelvei

személynél, akinél szorosan kapcsolódik e két szféra iránti igény. Ez a kérdés még fejlett országokban is felmerül. A szociális feladat úgy határozható meg, hogy az: az életfenntartáshoz szükséges mindennapi humán funkciót segítő tevékenység, amely akár egy betegség aktív fázisában, akár defekt-állapotban válhat szükségessé. Hosszú távú ellátás akkor válik szükségessé, ha az egészségi okból bekövetkező funkciókiesés végleges, javulás nem várható, tehát a segítség akkor tartozik teljesen a szociális ellátás körébe, ha az egészség deficitje, a rokkantság egészségügyi beavatkozással nem változtatható (természetesen a fenntartó kezelés kivételt képez).

Az ellátás biztosítása az önkormányzat felelősségi körébe tartozik, illetve kell tartozzon, a végrehajtás szektor-semleges kell legyen, vagyis teljesen mindegy, hogy önkormányzati, alapítványi, profit vagy nonprofit szervezet végzi a feladatot. Egy településen belül szerepmegosztás is lehetséges. A lényeg a minőség és az azonos finanszírozás. Az intézménybe helyezés különböző szintű önkormányzatok együttműködését teszi szükségessé.

Ki kell alakítani, ahol megvannak a feltételei, a családtagokkal időben és/vagy feladatformában megosztott ellátási struktúrát (formal/informal mix). Az idősgondozásban részt vállaló rokon anyagi és fizikai támogatása a jelenlegihez viszonyítva nagyobb mérvű kellene legyen. Fokozatosan az önkéntesek

egyre nagyobb számát kell igénybe venni. Hazánkban jelenleg kevesen vesznek részt a szociális jellegű laikus támogató feladatkörben. A fő akadály az anyagi helyzet, a távolság és a mentalitás. Külföldön szabályozott formái léteznek. Sajátságos példa a szomszédsági és az úgynevezett barátkozási (befriending) forma.

Fontos az egyes ellátási fokozatok közti gyors átjárhatóság biztosítása az állapot és ezzel párhuzamosan jelentkező igény változását követve. Ez mind a szociális illetve, egészségügyi területen belül, mind a szociális és egészségügyi ellátó helyek között meg kell valósuljon. Ugyancsak fontos és sokszor kritikus gyakorlati kérdés, hogy biztosított kell legyen az egészségügyi intézményben a szociális jellegű igény kielégítése, a szociális intézményben pedig az orvosi és egyéb egészségügyi ellátás.

Irodalom

Bennett, G. C. J., Ebrahim, Sh. (1995): Health care in old age. Edward Arnold, London, etc.

Egészségi állapot, egészségügyi ellátások, szolgáltatások.(2010) Idősek Akadémiája.
www.seniorcenter.hu

Foote, C., Stanners, C. (2002): Integrating Care for Older People. Jessica Kingsley Publishes, London - Philadelphia

Kalabay I. és mtsai (2007): Családorvosi ismeretek. Semmelweis Kiadó, Budapest

5. Az idősök egészségügyi ellátásának alapelvei

- Kauffman, T. L., Barr, J. O., Moran, M. L. (2007):
Geriatric Rehabilitation Manual. 2. kiad. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh etc
- Monk, A., Cox, C. (1991): Home Care for the Elderly. Auburn House, NY etc.

Saját feljegyzései

6. GERONTOLÓGIA, PSZICHOSZOMATIKA ÉS A BÁLINT-CSOPORT

Pszichoszomatikus kórállapotok időskorban, a Bálint-metódus haszna.

A pszichoszomatika időskorban jellegzetességeket mutat, a Bálint Mihály által leírt és az eleinte csak orvosi közegben alkalmazott módszer elősegítheti az idős egyének egészségügyi és szociális ellátását. A módszer az ellátó és az ellátott közti kapcsolat személyes tényezőit elemzi. Ez a fejezet a Bálint-csoport működésének előnyeit taglalja idősellátási környezetben.

Bevezetés

Az idősödő, illetve a megöregedett ember biopszichoszociális léte sajátos összetettséget mutat, egyensúlya labilis, érzékeny a legkülönbözőbb behatásokra, sérülékenyebb, csökken az ún. expozíciós toleranciája, bár esetleg megküzdési (coping) mechanizmusai kimunkáltabbak lehetnek. Az időssel foglalkozó egészségügyi vagy szociális szakember járatos kell legyen ebben a labilitást, általános és egyedi tényezőket rejtő közegben. Általános gerontológiai ismeretek elsajátítása ezen a területen elengedhetetlen, de a személyiségtől függ, hogy hogyan tudja az adott esetben a helyzet felismeréséhez, illetve a megoldáshoz felhasználni.

A humán triász (biológiai/szomatikus, mentális/pszichés, szociális szféra) bármelyike fella-
zulhat az idős egyénnél, először általában az
egyik közülük, de utána rögtön mindig a má-
sik kettő is zavart szenved. A megoldást
igénylő helyzet Engel-féle bio-pszicho-
szociális megközelítése időseknél sok esetben
sajátos konstellációt derít fel. A geriátria, szo-
ciális gerontológia és a szociálpszichológia
foglalkozik ezekkel a kombinált problémákkal.
A gyakorlat során azonban gyakran valame-
lyik tényező rejtett marad és ez gátolja a
teljeskörű felderítést és a megoldás (ha egyál-
talan lehetséges) kialakítását. Ebben a
terapeuta saját egyoldalú észlelése, elfogultsá-
ga, esetleg helytelen megközelítése is szerepet
játszhat.

A Bálint-csoport, mint módszer ilyen esetek-
ben igen adekvát segítséget nyújthat. Bálint
Mihály (1896-1971) magyar orvos volt, tanul-
mányait Budapesten végezte. Az 1920-as
években kapcsolódik a pszichoanalízis Ferenc-
zi Sándor nevével fémjelzett budapesti iskolá-
jához. 1939-ben Londonba kényszerült emig-
rálni. Itt, a Tavistock klinikán alakította ki a
róla elnevezett módszert, amely főleg házior-
vosok számára ad segítséget problematikus
eset megoldásához. A megbeszélés nem
orvosszakmai, hanem az orvos-beteg kapcso-
lat momentumaira koncentrálni. Ilyen eset lehet,
ha a háziorvos, aki állandóan látja a betegét,
egy bizonyos vágányra áll rá, esetleg szemé-

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport

lyes okokból új összefüggésbe nem tudja helyezni az aktuális problémát. A külső szempont megvilágíthat egy új kapcsolatot, ami az elemzést és megoldást előbbre viszi. A csoport működése szabad asszociáció formájában zajlik. 8-10 orvos alkotja a csoportot, egyikük vezeti a megbeszélést, egy másik ismerteti saját megoldatlan esetét. A többiek ezután kérdéseket tesznek fel, amelyekre a referens válaszol, majd ő mintegy „kiszáll” a beszélgetésből és a csoporttagok elemzik a szituációt. Ezután az esetet előadó reagál a hallottakra, elmondja, hogy benne milyen gondolatok keletkeztek, milyen megoldási lehetőségek körvonalai alakultak ki, miben kell esetleg változtasson az eddigiekhez képest, milyen tudattalan tényezők világosodtak meg. Végül összegzés következik. Az ülés általában másfél-két órát tart. Bálint Mihály módszerének filozófiáját és metodikáját híres művében (Az orvos, a betege és a betegség, 1957, magyarul 1961) összegezte. Ő írta le először világosan – amit az empátiás orvos mindig tudott –, hogy az orvos a betegnek önmagát is adagolja, mint a gyógyszert, ez az „orvos-gyógyszer”, amelynek megvan a maga „farmakológiája”. Műve az orvoslást holisztikusan végző (holizmus, Smuts, 1925), az egész embert szem előtt tartó orvosokra nagy hatással volt, az egész világon működő Bálint-társaság tartja elevenen ezt az elméletet és gyakorlatot. Schnell Endre az orvoslás Heisenbergjének tartja Bálint Mihályt, aki szintén

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport „a szubjektum és az indetermináció bevezetésével” érvénytelenítése nélkül megújította a klasszikus természettudományos orvoslást, ahogy a nagy fizikus a newtoni világképet.

Gerontológiai megközelítés

A gerontológia területén a módszer milyen értelemben adhatja a gyökerek felfedését, esetleg az addigi megközelítés hiányosságainak feltárását?

A Bálint-csoport munka szituációs, átfogó vagy kapcsolati diagnózist ad, mely főleg az orvos-beteg kapcsolatban rejlő tényezőket próbálja előásni. Ennek figyelembe vételével az idősellátás és a Bálint-féle csoportmunka viszonyában két gondolatkör, két megközelítés részletezését, mint speciális terület ismertetését tartom lényegesnek:

1. milyen szociálpszichológiai konfliktusok, feszültségek állhatnak a testi tünetek hátterében, amelyeket fel kell/kellene derítsen az időst ellátó szakember ahhoz, hogy megszüntesse/javítsa az állapotot, a csoportmunka folyamán ezekre feltétlenül gondolni kell; elsősorban a sajátos idős kori pszichoszomatikus kérdéskör tartozik ide;
2. a szakember (egészségügyi: orvos, nővér, gyógytornász, stb., szociális: gondozó, szociális munkás, stb.) és az idős beteg, kliens kapcsolatában milyen (nega-

tív vagy pozitív) attitűdök, beállítódások, pszichológiai reakciók jelentkeznek, amelyek a teljes, holisztikus feldolgozást gátolhatják.

Ezekben a bálinti munka során megtalálható egyrészt az idős beteg és orvos (ellátó szakember), másrészt a referáló orvos (az ellátó szakember) és a csoporttagok közötti sajátos, megfejtéséhez gerontológiai ismereteket igénylő indulatáttételi-viszontindulatáttételi dinamika.

Pszichoszomatika, szociálpszichológiai konfliktusok

A pszichoszomatika fogalmát két összefüggésben használjuk. A pszichoszomatikus szemlélet, mint beállítódás az orvoslás egészét át kell itassa, mivel „a lélek és a test ugyanannak az egységes létezésnek két különböző oldala” (Császár Gyula).

A pszichoszomatika ősidőktől létező ismeret és gyógyító magatartás (Hippokratész, Galénosz), tehát nem a modern kor felfedezése. A 19. században lett a felfedezések eredményeképpen az orvostudomány természet-tudomány és az ezen a téren bekövetkező nagymértékű haladás a testi történések mélyebb ismerete felé vonzotta az orvosokat. Ezért kellett ismét a lelki tényezők jelentőségére felhívni figyelmet, természetesen ezen a területen is felgyülemelő tudományos ismeret-

anyag felhasználásával, tulajdonképpen a hegel-i spirál jelenségének vagyunk tanúi (magasabb szinten térünk vissza a lelki oldalhoz). Nincs betegség pszichológiai tényezők hatása nélkül. Felix Deutsch használta először a „pszichoszomatikus medicina” kifejezést a mai értelemben (1922). Vannak, akik ezt a kifejezést is megosztónak tartják a Descartes-i értelemben, azaz hogy a két oldalt, a lelket és a testet elválasztja, ezért nem fejezi ki a monizmust.

Gyakorlati szempontból azonban jól kifejezi azt az irányt, azt a célt, hogy egyik oldal se felejtődjék el. Idetartoznak tehát a szomatopszichés összefüggések is. A lelki tényező leggyakrabban szociális eredetű (l. Engel koncepcióját), és így a magatartás lesz a lényegi momentuma, ezért ma sokan a magatartástudományi megközelítést tartják megfelelőbbnek ezen a területen (Kopp Mária). A pszichoszomatikus orvoslás azonban nem azt jelenti, hogy a testi tényezőket, jelenségeket háttérbe szorítva kell foglalkozni a lelki, érzelmi, személyes kérdésekkel, hanem hogy azokhoz kapcsolva, sőt azok megoldását segítve kell bevonni a diagnosztika és terápia kialakításába. Van azonban olyan betegségfázis, amikor valóban a lelki oldal van előtérben. A pszichoszomatika másik értelmezése azt fejezi ki, hogy pszichés eredetű belső egyensúlyzavar (stressz, Selye János) az elsődleges, az testi tüneteket produkál, átfordul testi tü-

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport netbe (transzfer), szomatizálódik, ez „testbeszéd”, és ezzel üzen a test a lelki bajról. Erre a folyamatra használják a pszichogenezis megnevezést is. Az így induló betegségre használjuk a pszichoszomatikus reakció, rögzülése esetén pszichoszomatikus megbetegedés fogalmát. Első fázisban a testi tünet mögött kimutatható szervi eltérés nem található, esetleg csak bizonyos funkciózavar, időbeli módosulás, később már alaki, morfológiai eltérés is jelentkezik. A folyamat általában egy már gyengébb, esetleg sérült szervet „választ”. Franz Alexander (szintén magyar származású tudós) hét betegségcsoportot sorolt ide: a „hét szent betegség”-et: gyomorfekély, asztma, reumás ízületi gyulladás, idegi eredetű bőrbetegség, magas vérnyomás, pajzsmirigytúlműködés, fekélyes vastagbélgyulladás. Bálint Mihály koncepciója és benne az őáltala bevezetett csoporttevékenység a pszichoszomatikus orvoslást – mindkét értelmezés területén – nagymértékben, azt lényegében érintő módon, a gyógyítás megvalósításában segíti. Az idősök vonatkozásában először is a klasszikus pszicho-szomatikus kórképek elemezhetők (nyombélfekély, irritábilis vastagbél, tüdőasztma, stb.) Ezek időskorra vagy egyre romló jelleggel fennállnak (pszichoszomatikus rokkantak, „kriplik”) vagy kialszanak, de teljes tünetmentesség után stressz hatására reaktiválódnak, vagy egy viszonylag nyugodt periódus után dekompenzálódnak (Iván László).

Gyakran a hosszú előtörténet miatt szervi eltérések alakulnak ki, esetleg rakodnak rá (pl. hegesedések, vastagbélfali elváltozások, idült hörghurut, stb.) esetleg a stressz korspecifikus kórfolyamatot indít (pl. agyi vérkeringési zavar, beszűkült kognitív funkció: áldemencia). Fontos megjegyezni, hogy ott is van szerepe a pszichés tényezőnek, ahol külső kórokat találtak, például közismert most már, hogy a nyombélfekély kialakulásában meghatározó kóroki faktor a *Helicobacter pylori* nevű baktérium, de – különösen időskorban (70%) – sokan hordozói ennek a mikroorganizmusnak és mégis kevesekben alakul ki a fekély. Itt valószínű a pszichés faktor szerepe.

A vélt vagy valódi konfliktusok, feszültségek új szomatoform tüneteket okozhatnak idősek-nél (primer hypochondriasis, „mindenem fáj”-szindróma), azonban náluk a gyakori szomatikus elváltozások, betegségek, a multimorbiditás következtében a már meglevő panaszok fokozódását, szokásos gyógyszerekkel való csökkentésének eredménytelenségét ugyanígy okozhatják (aggraváció, szuperponálás, szekunder hypochondriasis).

A gyakoribb morbiditás miatt ennek alapján szomato-pszichés jelenségekkel, illetve domino-effektus jelleggel szomato-pszichoszomatikus folyamattal is számolni kell. A betegségterhet a pszichés esendőség, az életvég közeledtének tudatában mélyebb negatív érzésekkel élik meg, az objektívnél nagyobb rok-

kantságot mutathatnak. Ennek lehet tudatos vagy tudatalatti célja, például nagyobb érzelmi odafordulást kívánnak a környezet részéről. A depresszió, szorongás viszont valóban ronthatja a testi betegség tüneteit. Találkozunk az úgynevezett pszichoszomatikus váltás (shift) jelenségével is: testi és lelki panaszok váltják egymást, pl. depresszió és reumás panaszok.

Az okok tekintetében a következő csoportokba oszthatók a pszichológiai homeosztázist megbontó tényezők (részletesebben lásd a krízishelyzeteket tárgyaló fejezetben):

(1) Az *öregedés*, mint olyan: a biológiai, szociális változásokat az idősödő egyén nem tudja elfogadni, feldolgozni. Erikson epigenetikus krízis-elméletében az időskorban az egyén vagy az érettség, belső kiegyensúlyozott érettség, vagy a kétségbeesés, az állandó diszharmonia stádiumába jut. Utóbbit a saját állapota, helyzete, életfelfogása és a körülötte alakuló világ, makrotársadalom közti eltérés fokozódása váltja ki. A következmény depresszió, izoláció, önelhanyaglás lehet, annak további testi következményeivel: táplálkozási elégtelenség, mozgáshiány okozta tünetegyüttes, érbetegségek, stb. Jellemző szindrómák sorolhatók ebbe a csoportba: az elveszett világ szindróma (Laslett), a szociális leépülés szindrómája (Kuypers-Bengston), szociális regresszió: az előzők következtében kialakult társadalmi izoláció, amely az önellátást is veszélyezteti; extrém formája a Diogenes

szindróma. Alapvető lelki igény időskorban az élet értelmének megtalálása. Pozitív esetben csökkennek a pszichoszomatikus tünetek, sőt a szervi kórállapotok okozta szubjektív panaszok is mérséklődnek. Ha viszont ez sikertelen, egzisztenciális vákuum alakulhat ki, mely végül betegségfolyamatot is indíthat (noogén neurózis, V. Frankl; noos = értelem), akár testi tüneteket is kiváltva.

(2) *Családi konfliktusok.* Az idős számára családi kapcsolatai jelentik a leglényegesebb emberi kapcsolódást a világhoz, mivel egyéb kapcsolatai megszűntek vagy csökkentek (munkatársak, barátok, stb.) illetve jobban kíván érzelmi támaszt. Identitásának legfontosabb és legtovább megmaradó tényezője a családi szerepkör, így az ebben bekövetkező változás rendíti meg a legmélyebben.

A hitveshez kötődés időskorban az életminőség legmeghatározóbb komponense, az eltávolodás („kettős magány”), a kiélezett napi sűrűlódások (pl. „emocionális válás”), a házastárs halála vitális következményekkel járhat (depresszió, öngyilkosság, vaszkuláris betegségek romlása, rákbetegség terjedése, stb.) Fontos, különösen özvegy számára a felnőtt gyerekekkel való kapcsolat. Sajátságos kapcsolatformák is kialakulhatnak. Néhány példát említek: prolonged Ödipusz komplexus, anya-lánya szindróma (Post), megkínzott szülő szindróma (Steinmetz), betegség kapcsán a család pszic-

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport
hológiai áthangolódása, felnőtt gyerek halála
(Kadmosz szindróma, Pacaud).

(3) *A nyugdíjazás*, a munkahely elvesztése, egy szakmáját szerető ember, főleg férfi számára identitás-krízist, depressziót, szorongásos állapotot kiváltó életesemény lehet, leginkább akkor, ha valamilyen további munkásság, pótló tevékenység nem veszi át a szerepét. Ismertek a pszichoszomatikus hatásként megjelenő testi betegségek, pontosabban a rejtett, vagy egyensúlyban levő betegség kibomlása, pl. koszorúér-betegség, agyi keringési zavar vagy rosszindulatú daganat.

(4) *A megszokott környezethez való ragaszkodás* az idősödés egyik fő pszichikai jellemzője. Természetesen ennek mértéke függ a személyiség alaptulajdonságától (pl. oknofil vagy filobata, Bálint Mihály; az oknofil tárgyakhoz, biztonságához kötődő; filobata: tárgytól távolságot tartó, mozgást preferál). A lakhelyváltás, a költözés kifejezett stresszt, a lelki egyensúly felbomlását okozhatja. Nehéz az új környezethez alkalmazkodni. Gyakori formáját láttuk, amikor az idős egyén családi házból lakótelepi lakásba, esetleg a 10. vagy 15. emeletre kellett költözzék. Különösen az ápolási osztályra vagy idős otthonba történő elhelyezés jelent lelki válságot, még akkor is, ha az érintett belátja, hogy ezt állapota szükségessé teszi és más megoldás nincs (pszichoszomatikus hospitalizmus). Gyakran viszont ez a belátás hiányzik.

Összefoglalólag: a felsoroltak azok a háttéresemények, amelyek elsősorban az egészségi állapot aktuális helyzetének alakításában játszhatnak szerepet. Rejtett formáit fel kell deríteni, fel kell ismerni a tünet üzenetét, az oki tényezők közt igyekeznie kell, hogy megtalálja, a kapcsolati viszonyokat, mert csak így lehet a szomatikus tüneteket uralni. Sokszor feltételezhető, hogy csak Bálint-csoport típusú elemzésben vezethető rá az ellátó orvos az ilyen jellegű összefüggések felismerésére, illetve jelentőségük értékelésére, a csoport tagjai, mint új szemlélők egyes részletekben találhatnak kibontható, érdemleges momentumot, a referáló orvos „sztereo-behatás” (Paneth G.) középpontjába kerül. Így az időskorban gyakori depresszió, esetleg szuicid készítés is könnyebben kerülhet felszínre.

Orvos-beteg kapcsolat

A Bálint-csoport tevékenysége – mint már felvázoltuk – elsősorban az orvos-beteg kapcsolat emberi oldalát célozza meg. Idős beteg kezelése kapcsán is felmerülhetnek a fiatalabbak ellátásánál jelentkező kapcsolati kérdések, de sajátos, csak az időseknél tapasztalható problémák is gyakoriak. Itt most csak ezeket elemezzük.

A modern társadalom mentalitásának egyik jellemzője az age-izmus jelensége, azaz az idősek negatív diszkriminációja csak azért, mert öregek. Az amerikai R. N. Butler professzor alkotta a fogalmat a rasszizmus analógiájára,

az ő elsődleges definíciójában az is megfogalmazódik, hogy a fiatal esetleg ahhoz a gondolathoz is eljut, hogy az idős tőle eltérő fajhoz tartozik. Az idős ember küllemét idegennek érzi. Egy amerikai felmérés azt mutatta, hogy a 65 éven felüliek 80%-a találkozott már az age-izmus valamilyen formájával. A fiatalabb egészségügyi vagy szociális dolgozóban is élhet ellenszenv – esetleg tudat alatt – az idősebb nemzedék iránt, bár – szerencsére – sokszor az ellenkezője tapasztalható, a szülő vagy nagyszülő iránti szeretet áttevődhet az öreg beteg felé megnyilvánuló támogató magatartásra. Konfuciusz szerint az 5 emberi alapkapcsolat egyike a fiatal-öreg viszony.

Sokszor nem az ellenszenv, hanem a feleslegesnek vélt tevékenységtől való viszolygás vezet az idős nem teljes mértékű ellátására. Úgy véli az orvos ilyenkor, hogy az adott idősnél az öregedés okoz bizonyos tüneteket, nem látja értelmét kivizsgálni, részletesebb összefüggésben áttekinteni az összes tényezőt. Olykor a geriátriai ismeretek hiánya vagy megint máskor az időseknél gyakran kisebb eredményt hozó kezelési lehetőségek vezetnek nihilizmusra.

Fontos tudni, hogy az idős beteg mit vár el az orvostól, az odafordulás milyen mértékére tart számot. Általában az idős nagyobb mértékben igényli, mint a fiatalabb, mert több a problémája, érzékenyebb, a bálinti „orvosgyógyszer” adagolása nagyobb jelentőséggel

bír. Korábbi rossz tapasztalata az indulatáttétellel formájában indíthat negatív kapcsolati folyamatot. A beteg személyiségével is hat az orvosra. Az idős beteg hatása – nagyrészt az itt tárgyaltak alapján – igen összetett, lehet egészében pozitív vagy negatív előjelű. Ebben sokat segít a tudatos átgondolás illetve az óvatos, támogató megbeszélés. Az idős lehet bizalmatlan a fiatal orvos iránt, amit át kell törni, de ez nehéz, ha mindkét oldalról negatív attitűd áll fenn (reciprok előítéletesség).

Lényeges kérdés lehet, hogy a beteg által feltételezett kórisme (autogén diagnózis) és az orvos által felállított diagnózis (iatrogén diagnózis, Bálint Mihály) között ne legyen szembeeszkő eltérés, a beteg bizalma ilyen esetben megrendülhet. Az idős egyén sokszor makacsul ragaszkodik bizonyos laikus tapasztalatok alapján elgondolásához. Az orvosnak meg kell találni az áthidaló magyarázatot, ezt meg is kell értetnie. Eredményt csak akkor érhet el, ha a beteg választ, magyarázatot kap felvetésére és emellett sikerül az orvosilag adekvát kezelést is elindítani. A mai kor a fiatalság eszménye előtt hajlong. A fiatal az okos, a fiatal az, aki képviseli a haladást, tehát az igazi értéket, a fiatal a szép (ez az age-izmus egyik oka, Larchinski). Az idős test, mint olyan visszataszító lehet a fiatal számára és ez alól – adott esetben – az orvos sem lehet kivétel, az idős arcot esztétikailag kellemetlennek, idegennek érezheti. Az orvos etikai, deontológiai köteles-

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport sége (szakmai kötelezettsége) átlépni minden-fajta szubjektív ellenérzésen, az érzelemmentes orvosi kognitív objektivitás, és az elvárható emberi empátia kettősségét kell megvalósítani, ami nem sikerül minden esetben.

Zavarja az orvost, és távolságtartásra szorítja, hogy az idős ellátása türelmet igényel, több idő szükséges a részletes anamnézis felvételéhez, amelynek előadása olykor körülményes, nehéz a fontos adatok kiszűrése az elmondottakból. Ugyanakkor nem szabad bagatellizálni az elmondottakat, néha egy mellékesnek tűnő panasz mögött lényeges kórfolyamat bújhat meg. Ezt meghaladóan felmérések igazolják, hogy gyakran a szubjektív állapot értékesebb prognosztikai tényező, mint a mérhető paraméterek. Több időt kell várni a vizsgálat előtti levetkőzésre, a vizsgálatokon való részvétel fizikailag mind az orvos, a személyzet, mind pedig a beteg részéről nehezített, az együttműködés mentális vagy érzékszervi okokból is időigényes. A compliance, az adherencia (az orvosi előírások betartásának mértéke) általában rosszabb, de sok esetben jó mentális állapotban – pl. gyógyszerzedésnél – jobb, mint fiatalabbaknál, mert a napi kötelezettségek hiánya miatt jobban oda tud figyelni az előírásokra. A kezelés gyakran lassabban ad eredményt. Az idősek a rendelésekre gyakrabban térnek vissza, olykor feleslegesen, vagy kis panasszal, vagy egyszerűen az orvosi találkozást igénylik. Az orvosban mindez negatív,

hárító érzelmeket válthat ki, ami gyakran hátrányosan befolyásolja az objektív, szélesebb tünetelemzést, hogy ne csak felületesen foglalkozzék az idős személlyel, esetleg nem figyel oda egy újabb tünet jelentkezésére.

Az idős irányában gyakran ezekkel együtt paternalisztikus magatartás nyilvánul meg, az idős ember társadalmi presztízsének csökkenése következtében - mely itt is hat - nagyobb mértékben, mint korábban. Bálint Mihály az orvos apostoli funkciójának keretében tárgyalja ezt (meg akarja téríteni a beteget). Az apostoli funkció pozitív, egészség felé vezető, irányító magatartás is lehet. Magyar Imre az orvos magatartás 6 részelemét különíti el, amelyek az idős ember számára, pszichoszociális változásai miatt különös jelentőséggel bírnak: atyai, anyai, testvéri, mágusi, ideáli és tanácsadói szerep. A 6 szerepkör arányosan kell a gyakorlatban megnyilvánuljon, bármelyik túlsúlya vagy hiányossága a betegben hátrányt szülhet, pl. az autoriter atyai komponens elnyomja a bizalmat, vagy a tanácsadói szerep bagatellizálása rontja a kezelés hatékonyságát, vagy az együttérző empátia kifejezésének hiánya mechanikussá teszi az orvos-beteg kapcsolatot. Az idősben a támogatás irányában nagyobb az objektív szükséglet és szubjektív igény.

A szakirodalomban találunk közleményeket - bár nem nagy számban - az ún. nem-szeretett betegről (disliked, hateful patient, unbeliebte

Kranke). Ezek általában abból indulnak ki, hogy végeredményben az orvos-beteg viszony is két ember, két szubjektum egymásra hatást kifejtő viszonya. A közlemények több csoportját különítik el az ide sorolható betegeknek, van ahol csak önmagában szerepel az „öreg páciens”, de az idősek gyakran besorolhatók az egyéb kategóriák közé: elhanyagolt küllemű (szociológiai), demens (mentális), körülményes (pszichológiai), stb.

Intézeti körülmények között a Bálint-csoportbeli megbeszélés, bár egyedi esetek elemzéséből indul(hat) ki, az egész gyógyító gárda attitűdjét, viszonyát javítja az idős kezeltek iránt. Az orvos a Bálint-csoportban való részvétel(ek) után nem ugyanaz a személyiség – vallják sokan. Ez különösen demens vagy infauszt betegeket ellátó intézményben fontos, ahol a hosszú kezelés alatt a több szempontból leépült egyén a kezelők tudatában tárgy-státuszba kerülhet („thing-status”). Fontos, hogy élő emberi testnek tartsák a magatehetetlen ember testét is (Leib legyen, ne Körper). A csoportmunka segít megőrizni a teljes emberi odafordulást, fenntartani az etikai elkötelezettséget, leépíteni az ellenérzést, hat a közömbösség és a kiegész ellen.

Az ilyen intézményben dolgozó nővéreket pszichológiai habitusuk alapján a skandináv szerzők 3 csoportba osztják:

1. intuitív – találékonny,
2. törekvő – tájékozott,

3. megbízható – megfontolt.

Egy másik vizsgálat az A-típusú magatartást mutató nővéreket hasonlította össze a B-típusúakkal. Az A-csoportban több egészségi problémát, „burn-out” (kiégési) szindrómát találtak, mint az utóbbiban. A különböző csoportokhoz tartozók másként állnak hozzá a feladatukhoz, másként élik meg a frusztrációkat, de mindegyikük számára a munkastresszorokkal szemben coping-stratégiát nyújthat a Bálint-csoport, általános értelemben is, az eseti megoldásokat meghaladóan. Van rá példa, hogy ezt a célt egyszerűbb formában igyekeznek elérni: kerekasztal-konferenciát tartanak, ahol a szakmai kérdéseken felül az érzelmi és etikai vonatkozásokat is megtárgyalják.

A Bálint-csoport összetétele, működésének helye

Bálint Mihály eredetileg orvosok, családorvosok számára alakította ki a később róla elnevezett csoportmunkát, bár ő maga is kapcsolatba lépett szociális munkásokkal. Így a klasszikus csoporttevékenység orvosok számára kialakított munkamódszer, de egyre inkább más egészségügyi, illetve a szociális területen dolgozó szakemberek is használják, sőt egyéb humán szakmákban is, pl. a pedagógiában. A multidiszciplináris Bálint-csoport pedig különösen hatékony tud lenni és ez kiváltképp az

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport
idősek eseteinek tárgyalásánál fontos, a fenti-
ekben részletezett igen sokoldalú, speciális
ismereteket igénylő összefüggések ismereté-
ben.

Az idősellátásban azonban a Bálint-csoport
működtetésére a háziorvosi szolgálat a fő hely.
A háziorvos látja, találkozik hosszú távon a
betegével, így főleg az idős beteggel, esetleg
annak fiatal- vagy középkora óta és itt merül-
het fel megoldást igénylő kapcsolati probléma.
Akut fekvőbeteg intézményben kevés lehető-
ség és szükséglet van ilyen csoportmunkára,
de krónikus ellátásban, ápolási osztályon,
hospiceban feltétlenül célszerű. Ugyanez ér-
vényes az idősoththonokra is. Az ott dolgozók
rendszeres szabályos vagy csak Bálint-jellegű
(„Bálint-like”, bálintoid) megbeszélése igen
előnyös hatású mind az ellátás minőségének,
mind a dolgozók lelki állapotának vonatkozá-
sában.

A „bálintoid”, mint Bálint-szerű csoport fo-
galmát több értelemben használták. Elsősor-
ban a klasszikus, a kapcsolatra koncentrálnó
működési rendtől való eltérést értjük alatta,
így bizonyos értelemben szabálytalant jelent,
de mivel ez is többletet hoz az ellátás folyama-
tába, pozitív értelmezése gyakoribb. Itt emlí-
tendő az ún. integratív esetmegbeszélés, amely
különösen Németországban használatos. J.
von Uexküll vizsgálatain alapul és egyesíti a
szokásos, betegség kiderítésére és kezelésére
irányuló szakkonzultáció és a Bálint-

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport csoportban használatos metodika elemeit. Holisztikus, többirányú megközelítést foglal magába, a szomatikus alapállású orvosok számára is jobban elfogadható. Egyébként a pszichoszomatikus szemlélet szükséglete – átmeneti háttérbe kerülés után – az utóbbi években ismét hangsúlyozottabbá vált az orvosi gyakorlatban (Kollbrunner, Novack, stb.).

A „bálintoid” kifejezés olyan használatával is találkoztunk korábban, hogy az eredeti, kizárólag orvosi összetételtől való eltérést jelöli. Mindenesetre az időseket ellátó intézményekben akár a szabályos, akár a hasonló jelleggel működő csoportok létjogosultsága egyértelmű. Lehet egy munkakörön belüli (pl. orvosok vagy nővérek), vagy - mint jeleztük - interdiszciplináris (orvos + nővér, vagy orvos + nővér + pszichológus + szociális munkás, esetleg +gyógytornász, +dietetikus). Ezen a területen Loban-Plozza svájci professzor hozott új megközelítéseket. Az Ascona-modell orvostanhallgatók és nővérek bevonását, a Monte Verità csoport a betegek és hozzátartozóik bevonását jelenti.

Célszerű, hogy a csoportvezető a geriátriában és a szociális gerontológiában járatos személy legyen. Ez biztosítja, hogy az elemzés a megfelelő mederben folyjék. Multidiszciplináris csoportban is szükséges az ilyen vezető, hogy ne legyen parttalan a különböző szempontok ki-fejtése.

A rendszeres Bálint-csoportbeli részvétel - ahogy már utaltunk rá - segíti az orvos belső fejlődését, nyitottabb lesz a beteg, a kollégák, a munkatársak iránt, érzelmi beállítódása változik, a rejtett problémák észlelése, értelmezése javul, jobban tudatosul benne, hogy mit jelent ő az idős beteg számára.

Irodalom

- Bálint Mihály (1961): Az orvos, a beteg és a betegség. Medicina, Budapest
- Császár Gyula (1980): Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Császár Gyula, Juhász Erzsébet (1992): A pszichoszomatikus és neurotikus betegségszerveződés komplex, utánkövetéses vizsgálata. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Császár Gyula (1998): A Bálint-csoportmódszer egyes kérdései. In: Luban-Plozza, B., Dickhaut, H. H.: A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései. 2. kiad. Animula, 1998. 156-168.
- Harrach Andor (2010): A Bálint-módszer fejlődéstörténete. Thalassa 21 (3), 29-50.
- Heuft, G., Kruse, A. (1999): Gerontopsychosomatik. Z. Gerontol. Geriat. 32, 223-224.
- Hirsch, R. D. (1992): Balintgruppen in der Altenarbeit. Z. Geront. 25, 397-400.
- Huber, M. et al. (1992): Long-term care personnel assess their attitudes and knowledge of the older adult. J. Adv. Nurs. 17, 1114-1121.
- Iván László (1976): Öregkori pszichoszomatikus reakciók. In: MÁOTE: Pszichoszomatikus meg-

6. Gerontológia, pszichoszomatika és a Bálint-csoport betegedések. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 129-137.
- Kollbrunner, J. G. (2010): Die Reanimation der Psychosomatik. Psychosozial Verlag, Berlin
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1994): A pszichoszomatikus beteg az élet második felében. In: u.ők: Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban. Animula, Budapest, 114-121.
- Paneth Gábor (1981): A Bálint-csoport, mint a pszichoterápiás képzés és kutatás eszköze. M. Pszich. Szle 3, 231-245.
- Schnell Endre (2012): Időutazás a pszichoszomatikában. Animula, Budapest
- Smith, M. F. et al. (1993): Using Balint-like group for geriatric education in a nursing home setting. Educ. Geront. 19, 597-606.
- Thomas, S. P., Jozwiak, J. (1990): Self-attitudes and behavioral characteristics of type A and B female registered nurses. Health Care Women Int. 11, 477-479.

Saját feljegyzései

7. GERONTOLÓGIA ÉS ETIKA. AGE-IZMUS

*Etikus-e a társadalom az idősekkel szemben?
Hogyan fogadja be az időseket a társadalom?*

Az emberiség történetében a társadalmak mindig kettős mércével tekintettek az idősekre: a tapasztalatot megillető tisztelettel, frissességük hanyatlása miatt leértékeléssel. Az utóbbi – főleg a modern társadalmakban – negatív diszkriminációhoz is vezetett (age-izmus), még az egészségügyi intézményekben is. A generációk etikus együttélése a szolidaritás emberi attitűdjét követeli meg.

Bevezetés

A gerontológia az idősödés tudománya, holisztikus, transzdiszciplinális tudomány, mely minden kérdéskört magába foglal, amely az öregedés folyamatával, az idős egyénnel kapcsolatos. Minden emberi jelenség az emberek kapcsolatát is jelenti, mivel az ember csak társas lényként képzelhető el. Az erkölcs az emberek közti viszonyokat kifejező magatartás a másik érdekének figyelembe vételével. Egy adott közösségben a közvélemény ereje által alátámasztott, elismert, általában íratlan szabályok, követelmények összessége, szemben a joggal, amelynél a szabályok kodifikálva vannak, megsértésüket szankcionálják.

Így az erkölcsöt az idős emberekhez fűződő viszony tekintetében is fel kell vetni, a mindennapokban figyelemmel kísérni és az ahhoz rendelt tudományt, az etikát, mint központi problémakört kell a gerontológiával foglalkozó szakembernek is kezelnie.

Az etika tehát az emberi magatartás normáit elméleti szinten összegző tudomány és ugyanakkor a magatartás gyakorlati megvalósulását, a moralitást elemző, értékelő, szabályzó szakterület is. Ezek alapján van egy normatív és egy leíró (deskriptív) oldala. A magatartás az egyén, vagy csoport más emberek irányába megnyilvánuló viselkedését jelenti, az etikus magatartás elismeri, tiszteletben tartja, segíti a másik ember igényét, elvárását. Ennél figyelembe veendő az a szükséglet (szellemi, érzelmi, materiális, stb.), amit az egyén saját maga számára elvár. Ez fejeződik ki a keresztény vallás második isteni főparancsában: "szeresd felebarátodat, mint tenmagadat", illetve a kant-i etika kategórikus imperatívuszában: úgy kell viselkedni, hogy ez mindenki számára meghatározó legyen. Tehát benne foglaltatik mások felől az adott egyén számára visszavárható magatartás. Mindebben kifejeződik az emberi méltóság tiszteletben tartása, mint az etika alapkategóriája.

A magatartás etikai szempontból vagy diádot foglal magába: két személy, vagy csoport egymás iránti megnyilvánulásait értékeli, vagy triászban valósul meg: egy személy vagy cso-

port két másikat egyenlő mértékkel vesz-e számításba, illetve ítéli-e meg. Ez utóbbi általában döntési helyzetben levő személynél merül fel (családfő, vezető, ellátást nyújtó személy, stb.).

Mindezek alapján a gerontológiai etika első-sorban a generációk közti kapcsolatok dimenziójában közelíthető meg, első-sorban a fiatal, illetve középkorú felnőttek, valamint idősök kapcsolatában, úgy is, mint egyének (családban, más társas közösségben) és úgy is, mint csoportok (a társadalom egészében) egymáshoz való viszonya. Más szóval és konkrétan: ha a fiatalabb felnőtt időssel áll szemben, az általában elvárható tisztelettel fordul-e feléje, az emberi méltóság elismerése kifejeződik-e magatartásában (diád), vagy egy fiatalabb felnőtt a vele hasonló korút és az idős személyt egyenlő mértékkel, diszkriminációmentes gondolkodással ítéli-e meg (triász).

Az idős kategória különböző szellemi és testi állapotú egyéneket foglal magába. A harmadik kor azokat a személyeket foglalja magába, akiknek kalendáriumi koruk miatt szociális szerepük megváltozott (pl. nyugdíjazás), de képességeik (testi, szellemi) még teljes értékű életvitelre teszik alkalmassá őket. Ez a korcsoport elkülönítendő a negyedik kortól, amelyben az egyén már dependens, önálló életvitelre alkalmatlan testi, szellemi vagy mindkét területen jelentkező funkciósökkenés miatt. A két csoport között nem konkrét korhatár áll,

hanem a funkcionális állapot változása különíti el azokat. A két csoport iránt a "többiek" viszonyulása más, illetve más lehet, így az etikai viszony is eltérő problémákat vet fel.

A gerontológiai etika területén a társadalom legkülönbözőbb területein megnyilvánuló, korhoz kötött negatív diszkrimináció érdemel mélyebb analízist. Ezt Robert Butler amerikai professzor („a modern gerontológia atyja”) age-izmusnak nevezte el (ageism = édzsizm) a rasszizmus (etnikai) és szexizmus (nőkkel szembeni megkülönböztetés) kifejezések analógiájára. A fogalom szószerinti értelmezésben bármelyik korosztály eltérő kezelését jelentheti, illetve ez a magatartás lehet az adott csoport számára hátrányos vagy előnyös. Butler értelmezésében csak az idősek negatív megközelítését jelenti és ma általában is ezt értjük a kifejezés jelentésében. Butler (1963) eredeti definíciója így hangzik: "...az idős emberek sztereotíp megítélése, illetve diszkriminációja csupán azért, mert idősek, [...] az idősek olyan kategóriát képviselnek, amely szenilis, rigid a gondolkodásban és viselkedésben, régi divatú erkölcsiségben és készségekben, [...] a fiatalok számára megengedi, hogy az időseket tőlük különbözőnek tekintsék, ami elvezet ahhoz, hogy ne emberi lényként azonosítsák őket."

Ez a belső attitűd mindhárom emberi szférában megjelenik és hat a személyre:

1. kognitív, logikai oldal: hiedelmek, általános sztereotípiák,

2. affektív, érzelmi: ellenérzés, előítélet,
3. magatartásbeli: direkt, indirekt diszkrimináció, megkülönböztető magatartás.

Pszichológiai elemzéssel elkülöníthető egyrészt implicit (nem tudatos) és explicit (tudatos), másrészt csak belső attitűdben tetten érhető (intrinsic: gerontophobia) és magatartásban megnyilvánuló (extrinsic) formája. Paradox jelenség a „beépült” (embodied) age-izmus, amelynek jellemzője, hogy a negatív megítélést az idős magáévá teszi, valósként éli meg, csökkent értékűnek tarja magát, ami funkciózavart okozhat mindennapi életvezetésében, sőt az úgynevezett szociális leépülés (social breakdown) szindróma hanyatlásba torkolló spiráljába vezethet.

Larchinski szerint az age-izmus kialakulásához a következő négy tényező vezetett:

1. a nyugati társadalomban és filozófiában az öregség a halál kapuja,
2. szépség és érték csak az ifjúságban van (jeunizmus), a társadalmat az ifjúságközpontúság jellemzi, ezt terjesztik állandóan a reklámok, média, stb.,
3. a gazdasági produktivitás a társadalmi lényeg, ebben az idősök már közvetlenül alig vesznek részt,
4. az idősekről terjesztett adatok többsége az idős otthonok lakóitól származik, akik a korosztály hanyatlóbb hányadát képviselik.

Az etikai kérdések a gerontológiában sem közelíthetők meg a pszichológiai és szociológiai viszonyok megértése nélkül, sőt talán itt még inkább. A felmerülő kérdéseket a család (mikroszint) és a társadalom, mint egész (makroszint: törvénykezés állam, közvélekedés) vonatkozásában tárgyalom, előrebocsátva, hogy egyrészt az egyik szintnél említett problémák gyakran a másikonál is felmerülnek. Másrészt mindezek megjelenhetnek mezoszinten is (munkahely, hivatali adminisztráció, civil egyesület, stb.). Egy nemrég amerikai felmérés adatai szerint 60 és 80 év közötti megkérdezettek 80%-a már találkozott életében életkora miatti negatív megítéléssel (Palmore, 2001).

A társadalmi szint

A történelem folyamán az idősök megítélésében kettősség érhető tetten (duality of perception of the old, Covey). Ezt bizonyítja a szenátus és szenilitás máig használt szavakban kifejeződő pozitív és negatív értelmezés. Az idősök iránt megnyilvánuló tisztelet, kiemelt szerep a közösséget érintő ügyekben, a szükséges döntéshozatalban nem csupán a kor, a megélt idő alapján illette meg őket, hanem a tapasztalás folyamán összegyűjtött többlettudás (bölcsség) adta meg ennek alapját. Korunkban a technika, a tudomány, a társadalom gyors változásai következtében az összegyűj-

tött tudásnak csökkent, illetve elveszett az értéke, ezért a fiatal generációk lettek a korszak fő vonulatainak képviselői, az előző időszakból hozott, rögzült tapasztalat sokszor már inkább gát a fejlődés szempontjából.

Természetesen humán aspektusból még mindig értékesnek tartható a kor adta tapasztalat, azonban ez kezd kikerülni a társadalom domináns preferenciái közül. A modern társadalmakban mindenütt érvényesül ez a tendencia és már a felnőttkor idősödést megelőző időszakában is észlelhető. Tudatos küzdelem szükséges már a 45-50 év felettiek kiszorulása ellen, ilyen pl. az 50+ mozgalom Svédországban. A diszkrimináció az idősebb korosztályok iránt még kifejezettebb. Kikerültek a döntéshozatalból, még saját ügyeikben is kis súllyal tudnak részt venni, az időseknek, mint csoportnak az autonómiája sérül, ezért alakultak különböző szervezetek az érdekérvényesítésre (grey panthers, Idősek Parlamentje Belgiumban, Idősügyi Tanács Magyarországon). Etikai szempontból ezt meghaladóan fontos, hogy az idősek ne csak adomány jelleggel kapjanak segítséget megélhetésükhöz, hanem hogy a harmadik életkorban aktivitásuk megőrizhető legyen, a részvétel helyettesítse a segítséget.

Ebben az értelemben kell megközelíteni az idősoktatás (geroeducáció) Európaszerte szélesedő formáit, az önkéntes szervezetek időseket tömörítő alakulatait. A reintegráció, illetve a társadalmi integráció megőrzése etikai szük-

séglet a társadalom egésze oldaláról, az idős számára pedig pszichológiai és biológiai előnyökkel jár. Ez a hatás pozitívan hat vissza a társadalomra nem csak szellemi vonatkozásban, hanem a hanyatlás gátlása által kevesebb anyagi forrás igénybevételét teszi szükségessé a gondozási igények kielégítésénél. A szociológia a "generációk közti szerződés" fogalma alatt az adott időpont anyagi forrásainak szétosztásának igazságos, kiegyensúlyozott megvalósítását érti. Ez természetesen a produktív generációk irányából történő transzfert tesz szükségessé (pl. felosztó-kirovó nyugdíjrendszer).

Az age-izmus, mint diszkriminatív megközelítés a társadalom minden területén megnyilvánul: a döntéshozás helyein, hivatalokban, lakóhelyeken, üzletekben, járműveken, stb.

A KSH 2010-ben végzett adatgyűjtése alapján idősebb koruk miatt hátrányos megkülönböztetést szenvedett el álláskeresőknél ennek a korcsoportnak mintegy 40%-a, elbocsátások során 30%-a, hivatali ügyintézésnél 20%-a.

Egy közelmúltban kérdőíven végzett vizsgálat (Eurobarometer) a következő adatokat szolgáltatatta az Európai Unió (EU) 27 államának átlagában és Magyarországon (M.o.), külön rákérdezve az általában és a személy szerint tapasztalt megkülönböztetésre:

Hátrányos helyzetek (Eurobarometer)

	EU %		Mo. %	
	általában	személy szerint	általában	személy szerint
munkahelyi vagy álláskeresőben	15	6	28	11
egészségügyi ellátásban	11	4	20	9
szolgáltatásokhoz hozzáférésben	10	5	22	9
oktatáshoz hozzáférésben	8	3	17	9
szabadidő-szolgáltatásban	6	2	11	7

A találkozás helyein megnyilvánuló stílusban is megjelenik a lekezelés, tehát az etikai háttér az etikett szintjén is megmutatkozik. Közösségi helyeken durva jelenségek is előfordulnak: ismeretlen fiatalok tettelegessége. Ezt a jelenséget írta le igen plasztikus formában Buzzati olasz író Hajtóvadászat öregekre című novellájában. Az age-izmus nemcsak az időseket, mint személyeket érinti, hanem minden szervezetet, intézményt, sőt szellemi terméket, amely az idősokkal foglalkozik.

Az age-izmusnak új formái is kialakulnak (new ageism, Kalish), eszerint az idős ember nem más, mint dependens, autonómia nélküli, könnyen áldozattá váló esendő személy, aki nagyfokú gondoskodást, segítséget igényel. Ez

az attitűd - bár a segítségadás pozitívum - infantilizál, alacsonyabb rendűvé tesz, paternalisztikus magatartás alapjául szolgál.

A másik véglet az a felfogás (geriatric ideology, Goodwin), amely nem fogadja el az idősödésből fakadó hanyatlást, csak a betegségek és ártalmak kumulációjával magyarázza azt, így az időseket önmagában koruk miatt megillető különleges figyelmet nem tartja indokoltnak. Ezt a nézetet antiageista age-izmusnak nevezhetjük.

Az új age-izmus gyakran észlelt formája egy idősellenes attitűd amiatt, hogy az idősek a nyugdíjrendszerben és elesettségük kompenzálására (szociális ellátás) jelentős finansziális segítséget kapnak (Sheppard), ezt nevezte Butler gazdasági age-izmusnak (economic ageism, ageismus oeconomicus).

Age-izmus az egészségügyben

Az egészségügyi és szociális ellátásban részesülők között az idősek aránya biológiai adottságaik miatt (involúció, multimorbiditás) messze magasabb a fiatalabb korosztályokénál. Nagyobb szomatikus és pszichológiai sérülékenységek miatt több figyelmet, odafordulást, konkrét ellátást igényelnek, így valósulhat meg náluk az emberi esélyegyenlőséget biztosító etikai alapkövetelmény. Ez azonban nagyobb fizikai és lelki megterhelést is jelent az ellátók részéről. Külön megközelítést igényel a demens személyek kezelése az emberi méltó-

ság, a készségek beszűkülése és a függőség célkeresztjében.

A bioetika alapelvei minden korosztály orvosi ellátásának számára meghatározóak, de az elmondottak értelmében az idősök vonatkozásában különös, mélyebb figyelmet érdemelnek. Az alapelvek a következők (Beauchamp, Childress):

autonómia: az egyén önrendelkezésének elfogadása (döntés kezelés elfogadásáról),

nem ártani (non-maleficentia): az orvosi beavatkozás ne ártson (ez a hippokratészi „nil nocere” elve), ne legyen nagyobb egészségkárosodás általa mint nélküle; a modern orvostudomány alkalmazásában bizonyos rizikó mindig van, de a várható előny/hátrány arány az előbbi javára utaljon,

jót tenni (beneficium): az egész ember biológiai, pszichológiai javulását szolgálni,

igazságosság: mindenki azonos mértékben, az orvostudomány adott fejlettségi szintjének megfelelően részesüljön az ellátásban (itt mérül fel az age-izmus gyakorlati veszélye).

A modern demokráciák alkotmányai, alaptörvényei tartalmazzák a hátrányos helyzetűek esélykiegyenlítését szolgáló tételeket, ebbe a csoportba tartoznak az idősök is. Ennek ellenére több országban külön idősügyi törvényt is alkottak (pl. USA), amely az egészségügyi vonatkozásokkal is foglalkozik. Van, ahol csak az úgynevezett Idősök Kartája van forgalomban, ez alapelveket, ajánlásokat tartalmaz.

Magyarországon az Országgyűlés által elfogadott Időügyi Stratégia (2009) foglalkozik behatóan ezzel a kérdéskörrel is. Egyébként is a jogi szabályozás szükséglete mellett az etikus magatartás nehezen írható elő, a társadalom egészének atmoszférájából kell fakadjanak az idősek iránti megnyilvánulások.

Az age-izmus (R.N. Butler: az idősek iránti tudatos, vagy nem tudatos negatív diszkrimináció) az egészségügyi és szociális ellátás területén is megjelenik, sőt mindennapos jelenség. A kérdéskört az egyes megnyilvánulási formák elemzése útján kívánom bemutatni.

Az age-izmus formái

Az age-izmus az egészségügyben azt jelenti, hogy egy személy nem kapja meg a szükséges ellátást, törődést, méltó bánásmódot csupán időskora miatt. A kor önmagában befolyásolhatja az orvosi döntést. Az orvosi tudomány mai állása szerint viszont a funkcionális állapot - kortól függetlenül - kell meghatározó jelentőségű legyen. Az idősekkel foglalkozó szervek, osztályok, sőt orvostudományi eredmények, termékek is a háritás, másodlagosság tényével találkoznak.

(1) Az orvosi szakma különböző ágai között presztízs-hierarchia alakult ki, a legtöbb országban hasonló ez a sorrend. A szülész, a sebész vezeti a sort és a geriáter a sor végén helyezkedik el. Még olyan fejlett és idősellátást preferáló országban is ez a helyzet, mint Dá-

nia. Lye (1982) angol orvos írja: „... a geriátria másodrendű specialitás, amely harmadrendű betegeket lát el negyedrendű körülmények között”. Ez a megállapítás Magyarországon különösen érvényes, ahol sok helyen a geriátriai osztályokat régi, elavult épületekben helyezték el, a technikai felszereltség is erősen hiányos.

(2) Annak ellenére, hogy a legtöbb kórképnél (kardiovaszkuláris, daganatos megbetegedések) az idősek aránya magas, a klinikai vizsgálatokból gyakran kihagyják a magasabb korosztályokat, illetve bizonyos korhatár szerepel a besorolás kritériumai között. Gyógyszer-kipróbálási vizsgálatoknál is gyakori ez a jelenség. Gurwitz közléséből ismerjük, hogy a kardiológiai betegek 60 %-a a hatvanöt év feletti korosztályhoz tartozik, ennek ellenére 214 vizsgálat 60 % -ában nem sorolták be e korosztály képviselőit. Fő oka ennek, hogy az idősek együttműködési készsége (compliance), utánkövetése nehézkes, több energiát, foglalkozást követel. 2000 után az idősgyógyászat művelőinek szorgalmazására indultak idős és több betegségben szenvedő egyéneknél gyógyszerhatékonysági vizsgálatok az ún. tényeken alapuló orvoslás szabályai alapján. Ennek ellenére ma sem rendelkezünk elegendő adattal, ezért van ma is az európai geriáterek szövetségének napirendjén a további vizsgálatok elvégzésének előmozdítása.

(3) Részben az előző hiányosság következménye, hogy az idősök számára speciális terápiás javaslatok, protokollok ritkán kerülnek kidolgozásra. A farmakokinetika (a gyógyszerek sorsa a szervezetben), illetve farmakodinámia (a gyógyszerek hatása a szervezetre) általános időskori sajátosságai ismereteseek, de konkrét gyógyszerekre, gyógyszer-kombinációkra vonatkoztatva viszonylag kevés információ áll rendelkezésre, pl. daganatos betegségek polikemoterápiás protokolljai tekintetében. A gyakorló orvos gyakran vagy a fiatal felnőttek számára javasolttal azonos adagokat alkalmaz, vagy egyszerűen csökkentett adagot, anélkül, hogy konkrétan tudná, hogy az adott szernél mi a farmakológiailag indokolt teendő.

(4) Az egyetemi tanrendbe jóval később került be a geriátria, mint a pediátria, Magyarországon csak az 1996/97 tanévben, de még mindig nem a szükséges mértékben. Szakvizsgával elismert orvosi szakma 2000-ben lett. Megfelelő magyarnyelvű tankönyvek is csak újabban állnak rendelkezésre. Amikor még csak választható tárgy volt, a hallgatók kis hányada választotta, mivel nem tartották vonzónak.

(5) Idős személynél jelentkező tüneteket az orvosok alábecsülik. Esetleg az idősödéssel járó hanyatlással magyarázzák és ezért vagy indokolatlanul konzekvencia nélkülinek tartják, és azért nem vizsgálják ki a beteget, vagy csak egyszerűen elbogatellizálják a tünetet. Természetesen vannak esetek, amikor az idős

beteg általános állapota miatt felesleges a részletes kivizsgálás, az esetleges terápiás konzekvencia miatt nem végzendő el. Ez a megfontolás lényeges lehet, mert ilyen esetben a vizsgálatok elvégzése polypragmasiát (feleslegesen túlméretezett tevékenység) jelent, felesleges megterhelést okoz, ami olyan mértékű lehet, hogy ez válthat ki patológiás folyamatot ("hospital battered syndrome": kórházi megterhelési szindróma). Tehát az adott idős beteg kivizsgálását és kezelését egy, a nihilizmust és polypragmásiát, mint két végpontot felmutató tengely közepén, azoktól megfelelő távolságban kell elhelyezni.

(6) Az orvosok a terápiás lehetőségek nem teljes spektrumát veszik igénybe az időseknél, különösen érvényes ez a speciális szerekre, eljárásokra. Az ok lehet a hiány, a kezelés drágasága, illetve kisebb hatásfoka. Így például a veseelégtelenség miatt végzendő hemodialízisre (művesekezésre), vesetranszplantációra viszonylag alacsony életkori határt állapítottak meg az első időszakban, később, a lehetőség szélesedésével a korhatár emelkedett, ma inkább a biológiai állapot az irányadó (80 év felettiek is részesülnek művesekezésben). A szakirodalomból ismereteseek összehasonlító vizsgálatokat elemző közlemények, amelyek bizonyítják, hogy az idősek kisebb arányban kapják meg az orvostudomány állásának megfelelő kezelést, így pl. az új modern pacemaker-fajtákat ritkábban ültetik be idős

betegekbe. A szigorú kritériumok miatt több idős beteg marad ki az akut miokardiális infarktusnál alkalmazható trombolitikus kezelésből, mint amennyit biológiai állapotuk indokoltta tenne.

Mellrák műtétje után adandó adjuváns kemo-terápiát 45 év alattiak 60%-ban 65 felettiek csak 27%-ban kapták meg, csupán palliatív rádioterápiát 40 és 49 év között 93%-ban 70 év felett 28,6%-ban kaptak, adekvát komplex ellátásban 56-69 év között 96%-ban, 70 év felett csak 83%-ban részesültek (külföldi adatok). A modern nyugati orvoslásban kidolgozták az újraélesztés (reszuszcitáció) felfüggesztésének, illetve elvetésének szabályait (do-not-resuscitate, DNR rules), időseknél a fejlett országokban is lazábban alkalmazzák ezeket az előírásokat. Egy angliai felmérés azt mutatta, hogy míg a pszichiátriai problémát mutató fiatalok 50%-a, addig az ilyen idősök 10%-a jut megfelelő orvosi ellátásba. Az idősök pszichoterápiájának vonatkozásában a pszichiáterek nagy része is pesszimistább, ez a megközelítés már Freudnál megtalálható, aki ellene volt a koros egyének pszichoanalitikus kezelésének.

(7) Az informált beleegyezés elnyerése a kivizsgálás és kezelés megkezdésénél alapvető etikai kötelezettség, nálunk az Egészségügyi Törvény előírásai jogilag is kötelezővé teszik. Magyarországon a paternalisztikus orvosi magatartásnak hagyományai vannak, a porosz, feudális gyökerű iskola tradíciója később

a monolitikus szocialista állam magatartásával kapcsolódott és öntudatlanul is a gyakorlat formája lett. Az idős embert eleve csökkentett kompetenciájúnak tartják, sok orvos úgy érzi, apáskodhat felette, nem kell egyáltalán, illetve részletesebben tájékoztatnia a kivizsgálás és terápia lehetőségeiről.

Az idős ember kompetenciáját, amíg szakember más véleményt nem ad, normálisnak kell tartani. Az időskori ún. benignus memóriazavar nem jele a döntéskészség beszűkülésének. Kezdődő kóros folyamat esetén is meg kell kísérelni a tájékoztatást, a teendő megértetését. Részletesebb, többször ismételt, többféle megközelítésű magyarázat szükséges. A szakirodalom az orvosi javaslat beteg általi elfogadásának 4 variációját különíti el:

beleegyező (consent)

elutasító (refusal)

követő (assent): folyamatosan követi az előírást,

elhagyó (dissent): elkezdi, de azután eltér az utasítástól.

Az idős, különösen a nagyon idős személy kontrollja szükséges ebből a szempontból. A fiatal öregek általában jobban betartják az utasításokat, mint a fiatalabbak, de idővel a memória romlásával szándéktól függetlenül gyengül a követés. Demencia progressziója esetén a közeli hozzátartozó vagy közeli gyám tájékoztatása és beleegyezése szükséges. Az amerikai jog ún. terápiás privilégiumot enge-

délyez az orvosnak, ha a beteg egyértelmű érdekét szolgálja a beavatkozás. Az idős ember azonban a privilégiummal való visszaélés tárgya lehet. (Az eutanázia összetett kérdésére ebben a dolgozatban nem térek ki, mivel a kérdéskör igen összetett és részleteiről széles irodalom áll rendelkezésre).

(8) Bár a regenerációs készség romlik a kor előrehaladtával, időskorban is megmaradhat a funkciók helyreállíthatóságának lehetősége. a reparációs folyamat lassabb, gyakrabban inkomplett, visszaesésekkel és komplikációkkal tarkított. Mindennek ellenére meg kell kísérelni az akut károsodással járó folyamat rehabilitációját (pl. stroke után), gyakran visszaállítható az önellátás bizonyos foka. Csak a kor miatt rossz prognózist fogalmazni meg és elhagyni a rehabilitációt, etikailag kifogásolható. Országos szinten ugyanígy ítélendő meg az ilyen célra alkalmas intézetek tervezésének hiánya.

(9) A nagyobb terhelést jelentő, korlátozottabb eredményességet nyújtó geriátriai osztályok térségünkben állandóan létszámhiánnyal küszködnek. Kevés orvos, ápoló, gyógytornász, stb. vállalja ezt a feladatot a fenti okok miatt. Ebben szerepe van a társadalomban általánosan észlelt előítéleteknek, negatív érzületnek is. Sajátságos empátia szükséges az ilyen területen dolgozók személyiségében.

Az egészségügyi személyzet egy részének magatartása az idősek irányában lekezelő, nem

tartják teljes értékűnek őket, olykor hanyagok, vagy durvák velük szemben, mivel tudják, hogy gyengébbek, és nem tudják megvédeni magukat. Kayser-Jones a negatív kórházi attitűd következő fokozatait különíti el:

infantilizáció: gyermekként kezelik az időst,
deperszonalizáció („elszemélytelenítés”): személyiségének egyediségét, speciális igényeit nem veszik figyelembe, ide sorolható a személytelen megszólítás (bácsi, néni, „egyeske”),
dehumanizáció (emberi lényként kezelés megvonása): a testi és szellemi elesettség miatt szinte nem is emberként bánnak az idős személlyel, az angol szakirodalom ezt az állapotot „tárgy-státusznak” (thing-status) nevezi,
viktimizáció (áldozati helyzet): a fokozott teher, a sikerélmény hiánya, az ellátás folyamán jelentkező kellemetlen behatások miatt a nem elkötelezett gondozó durva viselkedéssel reagálhat, sőt egyesek tudatos, vagy tudatalatti alapon ellátásmegvonást, kínzó módszert is alkalmaznak,

(10) Speciális kérdés az idősek intézeti elhelyezése. A hozzátartozó esetenként akkor is szorgalmazza, ha az otthoni miliőben is megoldható lenne az ellátás. Egészségügyi, vagy hivatalos szociális személyek ezt az igényt olykor kritikátlanul elfogadják, esetleg az ő terhelésük könnyítését is elősegíti az intézeti elhelyezés.

Az intézeten belül a személyiség méltóságának megőrzése, az egyedi igények elfogadása

nehezen valósítható meg. Az ellátók számára könnyíti a helyzetet az uniformizálás, ezért egy rendszer Procrustes-ágyába igyekeznek szorítani az ott élőket. Érdekes pszichológiai jelenség a személyközi elvárás sajátos képlete (Pygmalion jelenség): akitől „jó viselkedést várnak el és megelőlegezve a pozitív reagálást, eleve kedvesen foglalkoznak vele, végül valóban az elvárásnak megfelelően alkalmazkodik az elváráshoz”.

Külön kell szólni a demens betegekkel foglalkozás (időskori elbutulás) etikai különlegességeivel. Már a diagnózis felállításánál megjelennek etikai kérdések, így: csak szakember mondhatja ki a demencia diagnózisát; minél hamarabb diagnosztizálni, hogy megfelelő kezelésbe kerüljön, stb. Alapelv, hogy bármilyen mentális stádiumban van a személy, az emberi méltóság, respektus adott szintjét biztosítani kell számára, mind szellemi (pl. nem kinevetni), mind testi (pl. testi funkciók higiéniája) vonatkozásban. A közelmúltban az Európai Parlament is behatóbban foglalkozott a kérdéssel (2007, 2009).

Az identitás összetett (identitás-mozaik), a leépülés folyamatában nem egyszerre, nem egyenlő mértékben szűkülnek be az egyes komponensek. A még eleven identitáshoz kapcsolható igényeit ki kell elégíteni, ez csökkenti a romlás ütemét. Az életminőség felmérése (pl. ADRQL: gondozók válaszai, DCM: viselkedésből visszakövetkeztetni) alapján bizto-

sítani kell emberi szükségletei megvalósításának feltételeit a megmaradt személyiség szintjén. A megfelelő kommunikáció is ide tartozik, fontos tudni, hogy az emocionális kontaktus tovább eleven marad. Intézetben speciális miliő, aktív feladat kitűzése (Montessori-metódus), gondozókkal közös napi életvitel (turkui példa), testi tünetek teljes körű ellátása, stb. szolgálja ezt a célt.

Az egészségügyi age-izmus okai

Az orvosok, az egészségügyi személyzet (mint minden ember) öntudatlanul, vagy tudatosan kerülni, vagy tudatukból kiszorítani igyekeznek a komplikáltabb, több problémát okozó, nehezen megoldható eseteket. Az idős betegek nagy része ebbe a csoportba tartozik, multimorbiditásuk (sok betegségük), illetve szociális nehézségeik miatt. Az irodalomban mint sok problémát felmutató (multi-problem), vagy nehéz (difficult) betegként írták le ezt a típust.

Az idősek több figyelmet, foglalkozást, időt igényelnek, kooperációjuk gyengébb, ezért nem kedvelik őket (a szakirodalomban: disliked patient: nem kedvelt páciens, unbeliebte Kranke: nem szeretett beteg).

A kezelés rosszabb eredményeit, illetve a betegek csökkent toleranciáját előre feltételezik, a rosszabb prognózist - ami valóban gyakoribb

időseknél – kritikátlanul általánosítják minden esetre.

Az orvosok geriátriai ismeretei nagyon hiányosak részben az oktatás hibái, részben az egyéni érdeklődés hiány miatt.

A fiatalok, a fiatal felnőttek egy része nem érez empátiát az idősek irányában, maguktól eltérő lényként fogják fel azokat (l. Butler definícióját).

Objektív ok is elősegíti a korrall kapcsolatos diszkriminációt pl. az anyagi lehetőségek korlátozott volta miatt egyes esetekben korlimitet kell bevezetni (pl. mint említettük: korábban a művesekezelésnél).

Előfordul (remélhetőleg ritkán), hogy az idős beteg azért kerül hátrányba, mert kevesebb anyagi haszon várható tőle (nyugaton: egyszerűbb egészségügyi biztosítással rendelkezik, Magyarországon kevésbé várható el tőle paraszolvencia).

Az age-izmus elleni harcban a mentalitás megváltoztatása az elsődleges cél. Ennek területei: az oktatás összes szintje, a médiumok mindegyik formája. Pozitív példák bemutatása fontos: releváns személyek megnyilatkozásai, jelentős idős személyek tapasztalatai. Minde mellett az anyagi források biztosítása elengedhetetlen.

Az egészségügyi age-izmus következményei

A patológiai folyamatokat később fedezik fel, ez végül is több szenvedést okoz a betegnek és

többlitmunkát jelent az egészségügyi és szociális ellátóknak.

A kezeléssel kapcsolatosan leírt jelenségek inadekvát ellátáshoz vezetnek, ami csökkenti az eredményességet, és ez circulus vitiosus formájában felerősíti az age-izmus megnyilatkozásait, mintegy öngerjesztő folyamattá válik.

Az idős betegben negatív pszichológiai, hangulati következmények alakulnak ki, ami rontja a kezelést elfogadó magatartást és végül biológiailag is negatív következményhez vezet. Ezzel ellentétben viszont még a súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő személy pszichoterápiájába is az élet értelmezésének bevonása, a méltóság-terápia (Chochinov) a lelki megnyugvás állapotának kialakulását segíti elő.

Az idős beteg életminősége romlik, több személynél alakul ki az önellátást lehetetlenné tevő rokkantság, ami megnöveli a személy, a család és az egészségügyi-szociális ellátó rendszer terheit, az életkilátás romlik.

Gyógyszertúlfogyasztás, alkoholizmus, öngyilkosság is lehet a következmény.

Idősek a családban

Bengtson szerint három viszonytípus határozza meg a generációk közti szolidaritást a családon belül:

kapcsolat: találkozások gyakorisága,
egyvetértés: elvek hasonlósága

érzelmi kapocs (az élet folyamán kialakult lelki közelség).

Az első objektív, a másik kettő szubjektív dimenziót fejez ki és a három együtt sajátos kombinációs mintázatokat alakít ki az adott egyének személyiségvonásai szerint. A segítő magatartás akár deszcendáló, akár aszcendáló irányú, nagyrészt ezektől függ, mivel a felelősségérzés mélységére nagy hatással vannak. Természetesen lényeges befolyással bír az az egyszerű tény, hogy a generációk együtt laknak-e, vagy távol egymástól.

A fiatal felnőttek már tizennyolc év körül megkezdik a függetlenedést szüleiktől, az együttlakás, az anyagi segítség szükséglete és az érzelmi kapcsolat szabja meg ekkor a viszonyt, ami később a középkorú felnőtt és az időskorú szülő viszonyára is kihat. Fontos kérdés a reciprocitás, a viszonosság ténye. Ezt lehet szinkron, vagy diakron megközelítésben elemezni. A harmadik korhoz tartozó szülő mind anyagilag, mind fizikailag tud segíteni felnőtt gyermekének és ugyanakkor ő is kap, illetve várhat segítséget. Ez elősegíti az érzelmi kölcsönösséget is. Időben eltolódva (diakron viszony) pedig egy korai periódus szülői segítsége, önfeláldozó magatartása a dependens periódusban hasonló gondoskodás megalapozója lehet gyermeke oldaláról. Természetesen ez az "adom-kapom" szabály nem abszolút érvényű, de véleményem szerint hat. Találkoztam olyan esettel, amikor a felnőtt gyerek az-

zal tagadta meg idős rokkant szülője gondozását, hogy ővele gyermekkorában nem foglalkozott, elhanyagolta és ezért nevelőotthonban kellett nevelkednie.

Az öröklés lehetősége is befolyásolja a kapcsolatot. A második világháború előtt, illetve nyugaton, sok helyen most is a családi tulajdon birtokosa az idős családfő, aki ezzel tartja kezében az egész családot és hamis kapcsolódásra ösztönöz. Az öröklés előrehozása, azaz az anyagi javak átadása az ifjabb generációnak viszont hálátlanságra vezethet, az idős szülő elhanyagolása, anyagi javaiból való kiszorítása következhet be, mint Lear király esetében. Ugyancsak a rokkanttá válás az erős családfő függőségbe kerülését okozhatja, különösen akkor éles a váltás, ha az korábban zsarnoki szigorral tartotta kézben a család irányítását (fallen tyrant). A mai magyar valóságban a rendszerváltás, a kapitalizálódás új, friss lehetőségei a fiatal felnőtteknek kedveznek, így ők bírnak nagyobb tulajdonnal, több anyagi eszközzel, amelyekben szüleiket gyakran nem részesítik. Így előfordul, hogy dúsgazdag felnőtt gyermek idős szülője nyomorog.

Az altruisztikus felnőtt-gyermeki magatartás próbakövét jelenti a rokkant idős szülő ellátása, gondozása. Bár sok elemzés említi az elidegenedés (alienáció) jelenségét korunk generációk közötti kapcsolatában, a felmérések azt mutatják, hogy a legtöbb rokkant idős személyt gyermeke látja el világszerte (90-95%-

ban). E. Shanas geroszociológus "hidrafejú szörnynek" nevezi azt a tévhitet, hogy az időseket a középkorú generáció elhanyagolja.

Többségben fennáll a kötelezettség és a felelősség érzése, azonban olykor objektív gátek akadályozzák a végrehajtást, pl. más feladatok: munkaköri sajátságok, gyermeknevelés. A középkorú nők szendvics-helyzetbe kerülnek az ellátandó gyerek és szülő között. Általában a fiatalabb korosztály irányában erősebb érzelmi töltéssel alátámasztott a felelősségérzet. Ha az ellátást végző személyeket vesszük számba, legtöbbször a család nőtagjait találjuk a feladat végrehajtói között (feleség, leány, meny, stb., "women in the middle", Brody). Ennek hátterében az a tradíció áll, hogy a gondozás a családon belül a nő feladata és így a felelősségérzet szempontjából is rájuk helyeződik a kötelesség.

Más szempontból nézve a kérdést abban az esetben, ha több felnőtt gyermeke van az idősnek, általában csak egyik látja el magatehetetlen szülőjét (dyadic pattern). A feladatmegosztás elvárható formája ritkán alakul ki (function sharing, Litwak), nem ritka a feladat másokra történő hárítása ("valaki másnak a felelőssége": somebody else's responsibility, Catalano), akár a családon belül, akár a család részéről a hivatalos intézmények irányába.

Ez a kérdés elvezet az idős szülők kihasználásához, kizsákmányolásához, elnyomásához, bántalmazásához (abúzus, abuse), aminek csa-

ládon belüli (és kívüli) formáinak széles spektruma jelenik meg a társadalomban. A nyugati szakirodalomban nagy teret szentelnek leírásának és az ellene való küzdelemnek. Definíciója: egy vagy több olyan cselekvés vagy a szükséges cselekvés hiánya egy kapcsolaton belül, amelyben a bizalom elvárható és ez a magatartás ártalmat vagy distresszt okoz az egyik (esetünkben az idős) személynek (Wikipédia). Ez lényegében az ún. bántalmazott, vagy megkínzott szülő szindróma (battered parent syndrome, Steinmetz) konkrét megjelenését, sokszor annak extrém formáját jelenti. Az esetek egy részében átlépi az etika határait, jogi lépéseket tesz szükségessé. A határ megállapítása nem egyszerű. A 4 jogi kategória közötti elkülönítés is komoly elemzést igényel. A 4 kategória:

1. dolus directus: tudatos ártás,
2. dolus eventualis: egy cselekménynek esetleges következménye veti fel a vétességet,
3. luxuria: elhanyagolás tudva a következményt,
4. negligentia: elhanyagolás, a negatív következmény csak feltételes.

A megkínzott személy (battered person) témaköre 1962-ben kerül leírásra a gyermekek, mint áldozatok vonatkozásában. Az 1970-es években jelenik meg a feleség, majd a nagyszülő (Burston: granny bashing, 1975), a szülő

(1978), a férj, mint áldozat. Közös jellemzői az így kialakult alávetettségi viszonyoknak:

az áldozat hibásnak érzi magát,
nem tud kitérni a helyzetből,
félti életét, testét, vagyonát, stb.,
a bántalmazót mindenhatónak hiszi.

A bántalmazók és az áldozatok között különböző interakciók zajlanak, eleinte a feszültség jellemző, de mindkét fél valamiféle nyugalom iránt akar eltérni. Előfordul az ún. Stockholm szindróma: az áldozat védi az elkövetőt, a vonzalom nem szűnik meg irányába, esetleg erősödik; sokszor ennek érzelmi alapja az összetett családi viszonyok között meg is található. A következő formáit különítik el:

fizikai: ütés, verés, ellökés, stb.,
szexuális: megerőszakolás,
pszichikai, érzelmi: megalázás, szidás, ki-
nevetés, stb. (verbális – non-verbális),
financiális,
becsapás,
elhanyagolás: szociális – egészségügyi,
jogi.

Bizonyos személyi rizikótényezők elősegítik a bántalmazási helyzet kialakulását. Az idős szülő oldalán: rokkantság, depresszió, memóriazavar, demencia, irritatív személyiség (viktimológia). A bántalmazó felnőtt gyerek oldaláról: mentális zavar, kriminális személyiség, munkanélküliség, alkoholizmus, droghasználat, anyagi kapcsolat, együttlakás.

Az időseket érintő ártalmas bánásmód (mistreatment) legmélyrehatóbb analízisének taxonómiáját több szakértő alakította ki M. Hudson vezetésével, ez az ún. Delphi-panel. Ez 5 szint egymásra épülő rendszerét tartalmazza, fontosnak tartják az aktív *agresszív magatartás és az elhanyagolás éles elkülönítését*. A meghatározáshoz szükséges 5 szint így következik egymás után:

1. szint:	idős személy
2. szint:	személyes, szociális, szakmai vagy üzleti bizalmas kapcsolat
3. szint:	agresszív viselkedés (abúzus) vagy elhanyagolás (neglect)
4. szint:	szándékos vagy nem szándékolt ártalomokozás
5. szint:	konkrét forma: fizikai, lelki, szociális, pénzügyi

Az esetelemzések kapcsán bizonyos jellegzetességeket találtak az egyes bántalmazási formáknál:

- fizikai-pszichikai abúzus:
 - áldozat: fiatal-öreg, házas (de problémás kapcsolatban él), önellátó, rossz emocionális állapot, másokkal él, de szociálisan izolált,

- elkövető: házastárs, mentális probléma, friss egészségromlás vagy stressz, áldozattól függés,
 - domináns: az elkövető tulajdonságai,
- materiális abúzus:
- áldozat: özvegy vagy elvált, egyedül élő, pénzügyet nem tud intézni, nincs segítője, egészségproblémája van, depressziós,
 - elkövető: fiatal, esetleg távoli rokon, külön él, alkoholista, fizikai vagy emocionális problémája van,
 - domináns: az áldozat jellemzői,
- elhanyagolás:
- áldozat: öreg-öreg (>80 év), özvegy, rokkant, gondozótól függ,
 - elkövető: együtt élő rokon, gondozó, eltartó, saját problémája van, a gondozott, mint stresszor jelenik meg,
 - domináns: az idős áldozat jellemzői.

Külön kategóriaként szerepel az önelhanyagolás (Diogenes szindróma) és idegen személy által okozott sértés, ártalom.

A következmények lehetnek testiek (sérülések, alultápláltság, kiszáradás, kihűlés, funkcióképesség gyors romlása, orvosi kezelések elmaradása, stb.), lelkiek (megváltozott, visszahúzódóbb magatartás, depresszió, sírás, nem valószínű magyarázkodások, stb.) és szociális jellegűek (érthetetlen anyagi zavar, elhanyagolt küllem, stb.) Mindezek észlelése lehet a

bántalmazás gyanújele. Sok idősnél az ún. poszttraumás stressz szindrómája alakul ki (ismételt megélése a bántalmazásnak, ami valójában is bekövetkezik, depresszió, a lehetőség kerülése: elkerülési neurózis, fokozott éberség, megromlott emberi kapcsolatok, test-séma érzetének változása, szexuális és intimítási problémák). Egy vizsgálat azt mutatta ki, hogy azoknak, akik a negatív megkülönböztetés körülményei között élnek, 7,5 évvel rövidebb az élettartama.

Az előfordulás nagyságrendjére vonatkozólag becsült, extrapolált adatok állnak rendelkezésre. Az USA-ban 1991-ben 735.000 eset fordulhatott elő (idősek ellen), csak 14,4%-uk került bejelentésre. Mindenütt működik a családon belüli csendes titoktartás (silent secrecy). A nőknél az aktív abúzus, férfiaknál az elhanyagolás volt jellemző. A formák gyakorisági sorrendje: elhanyagolás > pszichikai > financiális > fizikai volt.

Egy másik részletes elemzést érdemes említeni: Új-Zélandon 2002 és 2004 között 1288 esetet regisztráltak, az áldozatok közt 70% a nők aránya, az elkövetők 70%-a családtag, ebből 40% saját gyerek. Az egyes formák aránya a következő volt: 59% pszichés, 42% financiális, 12% fizikai, 2% szexuális bántalmazás.

Összefoglalva megállapítható, hogy az idősek társadalmi beilleszkedése, intergenerációs kapcsolatai etikai kérdéseket vet fel, melyek

nagy része a negatív diszkrimináció, az age-izmus tárgykörébe tartozik. Ezek a jelenségek mélyebb elemzést igényelnek abból a célból, hogy kiküszöbölhessük azokat, vagy legalább visszaszoríthassuk gyakoriságukat.

Irodalom

- Bandman, E.L. (1994): Tough calls:making ethical decisions in the care of older patients. *Geriatrics* 49(12), 46
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1989): *Principles of Biomedical Ethics* (3. edit.) Oxford University Press, NY, Oxford
- Butler,R.N. (1969): Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* 9, 243
- Butler,R.N. (1990): A disease called ageism. *JAGS* 38, 178
- Bytheway, B. (1995): *Ageism*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia
- Decalmer, P., Glendenning, F. (1994): *The Mistreatment of Elderly People*. SAGE Publications, London, Newbury Park, New Delhi
- Gurwitz, J. H. (1992):Exclusion of the elderly from clinical trials in acute myocardial infarct *JAMA* 268, 1417
- Hudson, M. F. (1991): Elder Mistreatment: A Taxonomy with Definitions by Delphi. *J. of Elder Abuse and Neglect* 3, 1-20.
- Jack, R. (1992): Institutionalised elder abuse, social work and social services departments *Baseline* 50, 24

- Learman, L. A. et al. (1990): Pygmalion in the nursing home. JAGS 38, 797
- Lewin, P. (1973): The hospital battered syndrome. New Eng. J. Med. 289, 1044
- Moody, H. R. (1996): Ethics in an Aging Society. JHU Press, Baltimore
- Payne, G. E., Skehan, J. D. (1994): Issues in cardiac pacing: can agism be justified? Br. Heart J. 72, 102.
- Robert, M. (1985): The bed of Procrustes. How and when institutionalize the elderly patient? Ther. Umsch. 42, 852
- Thursz, D., Nusberg, Ch., Prather, J. (1995): Empowering older people. An international approach. Cassel, London
- Turner, P. (1989): Clinical trials in elderly subjects. Postgr. Med. J. 65, 218

Saját feljegyzései

8. AZ IDŐSEK ÉLETMINŐSÉGE ÉS A TÁRSADALOM KÜLÖNBÖZŐ SZEKTORAINAK SZEREPE ENNEK FENNTARTÁSÁBAN ÉS JAVÍTÁSÁBAN

Hogyan segíthetik a társadalmi, gazdasági intézmények az idősök mindennapjait?

Az idős személy életvitele minden területén csökkent kapacitása, korlátozott lehetőségei miatt fokozott odafigyelést, támogatást igényel, kulturális igényei ellátásától, a közlekedésen, az élelmiszeriparon át az egészségügyi segédeszközgyártásig. A szabályozások megalkotásánál tudományos igényességgel kell ezt figyelembe venni.

Az életminőség (quality of life) fogalma

Az életminőség (quality of life) fogalma feltűnően későn jelent meg a humántudományok és a társadalmi gyakorlat területén, bár elvi-elméleti felvetése már az ógörög filozófusoknál megtalálható. Így: az eudaimonia (Szokrátesz, Plátó, Arisztotelész) és az ataraxeia (Epikurosz), melyek elsősorban a lelki-szellemi kiegyensúlyozottság állapotát jelentették. Jóval később az utópista gondolkodók műveiben jelenik meg az ember életfeltételeinek optimalizálása (Th. Morus). Első mai értelemben vett említése Johnson amerikai elnök egyik, 1964-ben tartott beszédében hangzott el: „a célok elérését nem szabad a banki egyensúly mérté-

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

kében mérni ; azt csak az emberek életének minőségében lehet mérni.” A közgazdaságtanban Ronald Ingelhart: Csendes forradalom című művében került kiemelésre: „a nyugati közönség értékei a túlhangsúlyozott anyagi jólétről és fizikai biztonságról átváltottak az élet minőségére helyezett nagyobb hangsúlyra”.

Még meglepőbb, hogy az orvoslásban az 1970-es évek második felében lett csak vizsgálódás tárgya az életminőség, elsősorban a daganatos betegségek kezelési eredményeit illetően a túlélési időtartam mechanikus mérése mellett. Azóta viszont mintegy láncreakció formájában évente több ezer cikk jelenik meg ebben a tárgykörben.

Az életminőségnek politikai, ökonómiai, ökológiai (zöldek, Római Klub!), szociológiai és egészséghez kapcsolt (health-related) formáit különíthetjük el. Más oldalról makro- és mikroszintű megközelítés lehetséges, a társadalom egészét illetve egy adott személyt véve figyelembe. A különböző szakirodalmi publikációk meglehetősen eltérő jelenségeket helyeznek előtérbe: pl. etika (az autonómia kérdése), pszichológiai állapot, képességek mérése, stb. Magam részéről elsősorban az egészséghez kapcsolt, de szélesebb, a szociális életlehetőség szempontjából is megítélt életminőség-fogalmat vizsgálom.

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

Elkülöníthetjük az objektív és a szubjektív életminőség kategóriáját.

Az *objektív fogalomnál* azt vizsgáljuk, megvan-e a fizikai, lelki, szociális jól-léthez (well-being) szükséges feltételek (életkörülmények). Lényegében ez a meghatározás fedésbe hozható a WHO szélesebb egészség-fogalmával, amely azt a teljes testi-lelki-szociális jólléthez köti. Fontos elkülöníteni a gazdasági jólét (welfare) fogalmától, amelynek azonban több eleme szükséges a jól-léthez.

A *szubjektív életminőség* viszont az egyénnek azt az érzését jelenti, hogy a feltételek mennyire elégítik ki saját belső igényeit, más szóval az életelégedettség mértéke. Az egyén szempontjából ez utóbbi a meghatározó.

Az objektív és szubjektív kategória gyakran nem fedi egymást; meghatározó, hogy az adott személynek mi a fontos az életben, mi ad elégedettségérzetet, esetleg kifejezett örömet, a boldogság érzetét. Az életmódban (a szükségletek kielégítését célzó tevékenységek rendszerre) és az életstílusban (viszonylagos szabadsággal választott tevékenységek) nyilvánul meg, hogy az adott feltételekkel az adott személy hogyan valósítja meg mindennapi létét.

Az életminőséget meghatározó humán élet-elemek négy csoportra oszthatók (Aggernaes):

1. elemi biológiai szükségletek (EB): táplálék, alvás, szex, fájdalom, stb.

8. Az idősek életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

2. emberi kapcsolatok (EK): család, barátok, munkatársak, stb.
3. jelentős elfoglaltságok (JE): munkahelyi, családi aktivitás, önmegvalósítás, stb.
4. kedvtelések (KT): szabadidő eltöltése, kulturális program, stb.

Ezek jelentősége az emberi élet fenntartásában nem azonos mértékű (az első két csoport lényegesebb), ezért az alábbi képlettel fejezhetjük ki kvantitatív oldalról is a teljes életminőséget:

$$TQOL = 0,3EB + 0,3EK + 0,2JE + 0,2KT.$$

Elsődlegesen az átlagos személy oldaláról elemezhetők e kérdések. Az idősödés folyamata előbb vagy utóbb, kisebb vagy nagyobb mértékben az involúció és a multi-morbiditás kumulatív (összegződő) hatásával jár. E folyamatok a funkcionális készségek, motivációk csökkenését okozhatják, egyeseknél progresszív romlással. Az életminőség ezek következtében hanyatlik. Az idős személy, amíg képes rá, igyekszik ezt kompenzálni (coping).

Ha eredményes a kompenzáló tevékenység, sikeres öregedésről beszélünk (Baltes, Baltes). A társadalomnak azonban az intergenerációs szolidaritás alapján feladata, kötelessége segítséget adni ahhoz, hogy ismét az átlagpolgárhoz hasonló életet folytasson.

Az idősek életminőségének kérdése több mint ötven éve megjelent már a szakirodalomban

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

(concept of level of wellness, Dunn, 1958). A korábbi felmérő skálák az egyén önellátó képességére koncentráltak (ADL, Katz). Komplex, életminőséget részleteiben felmérő skálákat később alakítottak ki (pl. SF-36, EQ-5D), szélesben ismert a WHO skálája (WHOQOL-100), mely 6 tárgykörön belül 100 kérdésre adott válaszból ad kvantitatív eredményt. Ez a hat tárgykör:

1. fizikai egészség,
2. pszichológiai állapot,
3. függetlenség foka,
4. szociális kapcsolatok,
5. környezet,
6. lelkiesség.

Ezt követően egyértelmű lett, hogy az idősök életvitele, belső világa, és még sok egyéb miatt, számukra módosítani kell a témaköröket, kérdéseket. Így a következő tárgyköröket tartalmazza ez a kérdőív (WHOQOL-OLD):

érzékelési képesség,
autonómia,
tevékenységi kör,
közösségi részvétel,
intimitás,
halál, haldoklás.

A fentiekben felsorolt alapszükségletek megfelelő szintű kielégítése adhatja a szubjektív elégedettség érzetét (SW: subjective well-being). A társadalmi folyamatok adott lakossági csoportra kifejtett hatása mérhető ebben a dimen-

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

zióban. Megközelíthető néhány fő személyes esemény tükrében a változás iránya és mértéke, pl. elszegényedés, betegség, halál (Giczi Julianna, aki ezek alapján úgy találta, hogy 30%-kal romlott az idősök szubjektív életelégedettsége a 21. század első évtizedének közepén 3 év alatt).

A társadalmi szektorok szerepe

A fent részletezett életterületeken a társadalom csaknem valamennyi szektorának van, illetve lenne feladata az aktív, valamint a rokkant idősök vonatkozásában. (Lásd: a szektorok szerepe táblázatot a következő oldalon). Lényegében az alábbi négy összetevő a meghatározó az idős ember számára:

1. testi közérzet,
2. lelki közérzet,
3. napi feladatok végrehajtásának komfortja,
4. kedvtelések végzésének képessége és lehetősége.

Az összetevők kölcsönhatásban állnak egymással. Mindegyikben több szektor érintett, de 1.-ben az egészségügynek, a 2.-ban lényegében mindegyiknek, a 3.-ban az ipari és szociális szférának, a 4.-ben a kulturális és szociális szférának van kiemelt szerepe.

A táblázat – természetesen – nem tartalmazza a feladatok teljességét, de betekintést enged a különböző állapotú idősök életminőségét lé-

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

nyegesen befolyásoló szükségleteibe. A komfortérzet a biológiai változások és a társadalmi szokások miatt mást igényel, mint fiatal- vagy középkorban. Erre minden szolgáltató szervezetnek előre kell gondolnia (forward fed), figyelembe véve a társadalom kor-összetételét idős is tudja igénybe venni azt, amit a fiatalabbak.

A szektorok szerepe az idősök életminőségének alakításában (197-198. oldalon)

szektor	harmadik kor	negyedik kor - rokkant
családi	kapcsolat	gondozás
egészségügyi	prevenció	rehabilitáció
szociális ellátás	financiális segítség	gondozás – financiális segítés
jogi	idősügyi törv.	ombudsman
oktatási	szabadegyetem, klub	távoktatás, ergotherapie
művelődési	könnyített lehetőségek	média – könyv stb.
lakás	távolság – intimitás	speciális lakás-átalakítás
közlekedés	forgalmi könnyítés	speciális eszközök

8. Az idősek életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

telefon	szociális igény	egészségügyi szükséglet
rádió televízió	információ – szórakozás	információ, szórakozás
élelmiszer- ipar	egészséges éte- lek	diétás ételek, speciális konyha- technika
ruhaipar	korspecifikus esztétikus	könnyen ke- zelhető ruhá- zat
háztartási eszközök	könnyen kezel- hető	specifikusan kezelhető eszközök
környezet- védelmi	prevenció része	szélesebb mozgástér biztosítása
biztonsági szervezetek	közbiztonság	fokozott köz- és otthon- biztonság
szórakozta- tóipar	megfelelő mű- sorok	médiumok
lelkiszolgálat	lelkitámasz – gyász, veszteség esetén	folyamatos lelkitámasz

Néhány példa: a ruha szabása, színe (idős ízlésének megfelelő, könnyen felvehető), táplálék minősége (könnyen rágható, emészthető, vi-

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

tamintartalom), csomagolások könnyű kezelése, közlekedési eszközre fel és leszállás (megfelelő magasságú lépcső), várakozás egészségügyi intézményben, délutáni színházi előadás, mozgó könyvtár, stb.

A felelősség oldaláról közelítve ezen feladatok megvalósítását rendelkezések nem, vagy csak formálisan írják elő. Sok függ a végrehajtók egyéni ambíciójától, az önkormányzatok az utóbbi években több helyen egyedi megoldásokkal segítették az idősök életvitelét (Q-Aging, „idősbarát önkormányzat”).

Az ipari szektorok a piacgazdaság törvényei szerint tevékenykednek. Vásárlóképes kereslet az idősök között anyagi helyzetük miatt viszonylag csekély, így a termelőknek ritkán érdeke speciális termékek előállítása részükre.

Gyakran éppen az idős számára megfelelő termék a drágább (pl. diétás étel). Ettől függetlenül az ún. vásárlói árindex az időseknél eltér a fiatalabbakétól, mivel más a vásárló kosár tartalma (másra van szüksége), ebben az áremelkedés nagyobb általában, mint a nemzeti átlagban. Megfelelő (állami indirekt) befolyásolás, társadalombiztosítási részfinanszírozás, stb. javíthatna a helyzeten.

Adatgyűjtés alapján az idős háztartások fogyasztási szerkezetének 4 típusát lehetett elkülöníteni (Huszár Ákos):

1. élelmiszerközpontú, élményorientált,
2. lakásközpontú, egészségorientált,

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

3. konzisztens kisfogyasztók,

4. konzisztens nagyfogyasztók.

Az adott szerkezeti csoportban eltérő volt a csak idősből álló háztartások részaránya, így az 1.-ben 50%, a 2.-ban 79%, a 3.-ban 90% és a 4.-ben 27%. Ebből egyértelmű, hogy a tartós kisfogyasztók zöme az időskorosztályból tevődik össze, ezek többségében nő a családfő. Egyébként a lakásközpontú, egészségorientált fogyasztási szerkezet jellemző az idősekre, a többi háztartásban is élnek idősek, de fiatalabbakkal együtt, így bennük a fogyasztási preferencia különböző korosztályok igénye által vegyesen jelenik meg. Emellett az idősek táplálékra többet költenek, mint a lakossági átlag, így húsrá 60-69 év között 25%-kal, 70 év felett 10%-kal többet, tejtermékekre és gabonaneműre 20, zöldségre, gyümölcsre 30%-kal többet mindkét időskorosztályban. Ennek fő oka az, hogy kialakított életszférájukban tartós fogyasztási cikkekre lényegesen kevesebbet költenek. A csak idősek által megszabott fogyasztási igényeket a termelésnél és a kereskedelmi termékválasztéknál kialakításánál számításba kell venni.

A kulturális szféra (oktatás, média, műsorpolitika, stb.) sokat tehetne az idősek életminőségének javítása érdekében. Egy korábbi (2004, most is érvényesnek tartható) vizsgálat szamszerűen is igazolta az időskorban szabadon használható napi időtartam növekedését, 30 és

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

84 év között nőknél ez 200-ról 350 percre, férfiaknál pedig 250-ről 400 percre nőtt. Felmérésen alapuló időmérleg (2000) azt mutatta, hogy rendszeres aktív testmozgást az idősök 23,8%-a végez csak, 8% jár legalább egyszer egy hónapban színházba, 3% vesz részt több napos utazáson évente. Társas kapcsolatra átlagosan napi 1 óra jut, saját gazdaságban 108 percet dolgoznak. Fontos lenne az egyes területek kapcsolt akciói, mint ahogy Nyugat-Európában sok helyen megvalósult, pl. idős, nehezen járó személyek színházi előadásra szállítása.

Összefoglalás

Megállapítható, hogy minden szektornak megvan, illetve meg lehet találni a saját területén az idősök életminőségét javító tevékenységét, feladatát.

Sokat jelentene, ha minden intézkedést állami, városi önkormányzati vagy akár alacsonyabb szinten is egy idősügyi illetve idős érdekvédelmi tanács véleményezné. Ilyenek Európában működnek, Magyarországon hasonló az Idősügyi Tanács, de korlátozott hatékonysággal tud csak tevékenykedni. Több önkormányzatnál viszont jó példákat látunk. Szélesebb körű jogi alapozás kellene, ami egy idősügyi törvény – sokak által vitatott – szükségét ismét felveti. Az Országgyűlés által 2009-ben elfoga-

8. Az idősek életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

dott Idősügyi Nemzeti Stratégia az alaptételeket tartalmazza, de csak kezdetnek jó, továbbfejlesztése szükséges. A fejlesztési irányoknál szerepel: „...a különböző szolgáltatások (egészségügyi, szociális, oktatási, kulturális, stb.) összehangolása az idősödők és idősek szükségleteinek és érdekeinek figyelembevételével”. A szövegben olyan vonatkozásokra is van utalás, mint a „jólét biztosításának dimenziói”, a humánszolgáltatások modernizációja, transzparenciája, minőségfejlesztése, humánforrásainak fejlesztése. Újabb (2012) kormányzati dokumentum is tárgyalja a főbb területeket („Hazai időspolitikai hosszútávú célkitűzései”). A Magyar Köztársaság által is elfogadott európai Szociális Charta idősekre vonatkozó cikkelye is egyértelműen az életminőség oldaláról fogalmazza meg az idősek jogait, kiemelve az állam kötelezettségét arra vonatkozólag, hogy „... lehetővé tegye, hogy - ameddig csak lehetséges - az idősek a társadalom teljes értékű tagjai maradjanak...”

Irodalom

- Giczi Julianna (2008): A szubjektív jólét időskorban. In: Aktív időskor, KSH, Budapest, 99-112.
- Huszár Ákos (2008): Időskorú háztartások fogyasztási szerkezete. In: Aktív időskor. KSH, Budapest, 129-144.

8. Az idősök életminősége, és a társadalom szektorainak szerepe

Időskorúak Magyarországon (2004), KSH, Budapest

Tróznai Tibor, Kullmann Lajos (2007): Az idős emberek élet-minőségének és idősödéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. LAM 17(2), 137-143.

Gál I. R., Iwasaki, I., Széman Zs.(2008): Assessing Intergenerational Equity. Akadémiai Kiadó, Bp.

Saját feljegyzései

9. AZ IDŐS EMBER FIZIKAI ÉS SZOCIÁLIS ÉLETTERE

A fizikai környezet hatása az életvitelre.

Az önálló életvitelhez szükséges a közvetlen, és bizonyos távolságon belüli környezet elérésének lehetősége, amely feltételezi a mozgásképesség szükséges mértékének meglétét. Az otthon és az elérendő külső környezet összetételét kell vizsgálni a szükségletek kielégítése szempontjából.

Létezni annyi, mint térben létezni.

Tarentumi Archytas

A test, amelynek változásai az én változásaim, az az én testem; ennek a testnek a helye egyúttal az én helyem.

Immanuel Kant

*Lenni annyi, mint a-világban-benne-lenni
(In-der-Welt-sein).*

Martin Heidegger

Általános bevezetés

Az emberi élet időben és térben zajlik. A modern fizika és filozófia tér-idő egységben gondolkodik. A mindennapiság dimenziójában azonban a két fogalom – bár áthatásokkal – de külön jelenik meg. Az idő makro-szinten, mint biológiai, történelmi és társadalmi idő (Lósonczy Ágnes), mikro-szinten, mint időpont,

folyamatosság és ritmus (Heller Ágnes). Az ember által bejárható teret a felfedezések és a technika fejlődése eredményeképpen a Föld teljes felszíne, egy adott mélységig és az atmoszféra belső rétegei jelentik, itt is bizonyos területek csak speciális felkészültséggel és felszereléssel. Az égitestek felszíne (az egyszeri Holdra szállást leszámítva) csak a jövőben tarthat az ember által elérhető térhez.

Az élettér

Az élettér (living space, Lebensraum) fogalmának többféle megközelítése létezik: biológiai, ökológiai, gazdasági, politikai. Mi, jelen témánk kibontásának szempontjából, az egyes emberre vonatkoztatva mindennapi élete térbeli kiterjedésének értelmében használjuk a kifejezést. Az önellátás, a munkavégzés és a kulturális-társasági igények kielégítése az az emberi szükséglet, amely a tényezők távolságot is magába foglaló térbeli elhelyezkedése miatt az ember részéről a helyváltoztató mozgás képességét szükségessé teszi, illetve feltételezi. Ez a témakör a biológia, a szociológia, a fizika és a geográfia metszéspontjában áll, nevezhetnénk bioszociofizikának, de Friedrich Ratzel már a 19. században megalkotta az antropogeográfia diszciplínáját, amelynek tárgya az ember geográfiai elterjedése és kapcsolata a környezettel, másképp megfogalmazva: az ember viselkedése a térben.

A tudományok fejlődésük menetében meghatároztak idevonatkozó fogalmakat. A legfontosabb ezek közül a „szociális tér” („social space”, Durkheim, Sorre). Legegyszerűbb definíciója (H. Lefebvre): az emberi testhez kötött reális tér. Más szavakkal: a tér és az emberi test dialektikus kapcsolata. A két létező elválaszthatatlan: míg a tér szociálisan felépített, a „szociális” térben felépített (Massey). Az emberi test, mint lényünket térben hordozó fizikai szerkezet („navigational apparatus”) határozható meg ebben az összefüggésben, a személyes tér a testi mivolt hordozható buboréka („portable bubble of corporeality”, Sommer).

Filozófiailag a fenomenológia (Husserl) ragadja meg ezt a kapcsolatot a legérthetőbben: a tisztán fizikai értelemben vett test (Körper) mellett a megélt test (Leib) hordozza az én-t. Ez az én-központ (Ichzentrum), amely elfoglalja a test-teret (Leibesraum), amely él és mozog az életvilágban. (Lebenswelt) Ez lényegében egy helyrendszer (Ortsystem), amelyben kiemelt jelentősége van a „magvilágnak” (Kernwelt) és azon belül a közelségnek (Nahsphäre). A szociális térnek elkülöníthető objektív és szubjektív komponense. Az objektív az a térbeli hálózat, amelyben a csoportok élnek, a csoportok, amelyek struktúráját és szervezettségét környezeti és kulturális tényezők határozzák meg. A szubjektív tér az, ahogy a csoport tagjai megélik, érzékelik azt. Az agyban megteremtődik a tér ún. kognitív képe

(cognitive image), mely részben a közvetlen észlelés, percepció, részben az adott térrészlethez köthető múltbeli tapasztalat ötvözete. Az objektív és szubjektív kép gyakran nem fedí egymást.

A fentiek alapján az egyéni élettér felfogható úgy, mint a szociális térnek az egyén által a mindennapi gyakorlatban igénybe vett területe. Ez lehet konstansan körülírt (pl. iskolás gyerek vagy öreg személy számára), vagy tágabb kiterjedésű (pl. távoli munkahely), illetve állandóan, akár nagy távolságban, változó (pl. ügynöki munkakör). Az életstílusnak nagy szerepe van a távolságok bejárása szempontjából, pl. a hétköznapi és a hétvégi (rekreációs) programok különbsége (utazás, turizmus).

A környezet összetétele

Az élettér összefüggéseit a városi, nagyközségi környezet szempontjából tárgyaljuk. A város struktúrájának fő összetevőit számba kell venni, hogy a szociális tér szempontjai alapján adott helyen megítélhetőek legyenek. A tér általános fogalmával szemben itt a hely konkrét megjelenési formáját kell meghatározni. A helyé válás folyamat, miáltal a különböző lokális tényezők értelmet nyernek, feladatellátó jelentőségre tesznek szert, a tér darabjainak (városi műtárgy) megadja funkcionális egységüket.

A városkép szociális szempontból is fontos összetevői a következők (K. Lynch):

- utak, útvonalak (paths);
- határvonalak, szegélyek, peremek (edges);
- övezetek, körzetek (districts);
- iránypontok (landmarks): ide tartoznak az épületek.

Ezek mentén, ezekben helyezkednek el az ember számára szociális szempontból lényeges, funkciót hordozó helyek (points privilégés).

Durkheim, a neves szociológus is – ahogy utaltunk rá – már a 19. században foglalkozott a szociológiai tényezők térbeli megoszlásával, és a fizikai környezettel (substrat sociale, morphologie sociale). Az élettérben a szociális térrészek koncentrikusan és hierarchikusan egymáshoz illeszkedve helyezkednek el (Ch. de Lauwe). Így elkülöníthetők (belülről indulva):

- családi vagy háztartási szint;
- szomszédsági szint: napi, helyi, közvetlen környezeti;
- ökonómiai szint: munkahely;
- városi szint: hétvégi, rekreációs, kulturális.

Ezek cirkulárisan horizontális távlatba rendeződnek, de vertikális tulajdonsággal is bírnak, ami az adott terület embersűrűségét fejezi ki.

Biotop, szociotop

A biotop fogalma a természettudományokból származik: azonos életfeltételeket biztosító és

így azonos állat- és növényvilággal rendelkező természeti terület. A fogalmat a szociológia, a szociálpszichológia is – módosítva és nem egységes értelmezéssel – átvette. Így pl. lakóhely, amelyben egy közösség megtalálja életfeltételeit, annak adottsági kombinációja alapján. Én is hasonlóan közelíteném meg és definiálnám, hogy az egy lakókörzet (kb. egy négyzetkilométer területű), amelyet egy átlagember gyalog képes bejárni, és amelyben az emberi létezés korszerű alapfeltételeinek biztosításához szükséges szolgáltatások helyei elvárhatóan megtalálhatók és így az önálló életvitel megvalósítható (élelmiszer-, ruha-, háztartási üzlet, park, orvosi rendelő, gyógyszerár, fodrász, posta, bank(automata), közlekedési lehetőség). A biotop elnevezést ebben az értelemben azért tartom helyénvalónak, mert ez a hálózati struktúra az ember biológiai fennmaradásának feltételeit nyújtja szociális környezetben (pl. élelmiszer), de az ehhez szükséges szociális feltételeket is (pl. pénz).

A szociotop a biotop alapján kialakított fogalom: szociális értelemben azonos lehetőségek területe, vagy egy specifikus kultúra területe, amelyet az ott élők megtapasztalnak és használnak (ezt a fogalmat is több értelemben használják). Saját értelmezésemben ez a biotop kiterjesztését jelenti a szélesebb humán igények biztosítása irányába, tehát az a terület, körzet, amelyben a fenti alapvetően biológiai szükségleteken felül a kulturális, közösségi és

spirituális igények is kielégíthetők (filmszínház, kulturális intézményt, klub vagy kávéház, könyvesbolt vagy könyvtár, templom).

Az idős ember mozgásképesége és élettere

A teret, a tér használatát, a tér pontjainak megközelítését a fentiekben az átlag lakost, az egészséges fiatal vagy középkorú személyt figyelembe véve tárgyaltam. Az autonómiát, a személyi függetlenséget (independencia) meghatározhatjuk úgy is, mint a tér és az idő feletti uralmat illetve azok birtoklásának képességét és lehetőségét, természetesen az emberi lét általános korlátainak keretein belül. További korlátozottság az autonómia elvesztését, bizonyos mérték felett függőségi állapotot (dependencia) jelent. Ez bekövetkezhet kényszerhelyzetben (pl. börtön), vagy ítéletalkotási (pl. demencia), vagy testi képességek (pl. rokkantság) beszűkülése által.

Az öregedés folyamata involúcióval és multimorbiditással jár, mindkettő funkciócsökkenést hoz magával. Az emberi készségek redundanciája miatt sokáig – főleg a normális öregedés folyamán – a csökkenés nem éri el az önálló életvitelhez szükséges aktivitási képesség küszöbét. A szomatikus változás elsősorban a mozgásképeség beszűkülésében nyilvánul meg. Elkülönítendő a motilitás és a mobilitás fogalma. Az előző az általános mozgásképesésre és mozgásmennyiségre vonatkozik, míg utóbbi csak a helyváltoztató

mozgásra. A helyváltoztatás képessége az önellátás alapvető feltétele: a tér szükségleteket kielégítő pontjainak elérését teszi lehetővé, legyen az háztartáson belüli, vagy azon kívüli. A változások érinthetik a mozgást végrehajtó, irányító és tápláló szerveket. Az alábbi változások szabhatnak gátat a működésnek:

sarcopenia: a normális idősödésnek is része, az izomzat 20 és 80 év között a testsúly 30%-áról 15%-ára csökken;

csontok, ízületek, szalagok elváltozásai: főleg az időskorral gyakorivá váló patológiás folyamatokból származnak (arthrosis, osteoporosis, stb.);

szívbetegségek, légzőszervek betegségei: a mozgáshoz szükséges energetikai tényezők (oxigén, tápanyagok) biztosítása sérül (pl. kongesztív szívhiba, idült hörghurut);

anyagcserebetegségek, malnutríció: szintén a mozgásszervek működéséhez szükséges anyagok hiánya, elégtelen feldolgozása által adinámiát eredményeznek (pl. diabetes mellitus);

idegrendszeri betegségek: bénulások, mozgásösszerendezettség hiánya által nehezítő vagy gátló tényezők, piramis- vagy extrapiramidális lézió (pl. stroke, parkinsonizmus, egyensúlyzavar).

A mentális képességek sokáig megmaradhatnak, sőt az ún. kristályosodott intelligencia szélesedik, de így is kialakulhat az akarati tényezők csökkenése, illetve affektív állapotok,

amelyek indítékszegénység következtében a térbeli tervezett, célszerű, adekvát mozgás megvalósítását akadályozzák. Így pl. a depresszió, az öregedés kiváltotta stresszállapot szociális izolációra vezethetnek a környezettel való interakció nagyfokú beszűkülésével (csigaház szindróma). Ha ez mentális regresszióval vagy paranoid reakcióval párosul, sajátos, nagymértékű elhanyagolt állapothoz, a test és a lakás teljes elszennyeződéséhez vezethet (Diogenes szindróma). A mentális zavarok (demencia) további térrel kapcsolatos anomáliákat okozhatnak: térbeli dezorientáció, helyagnózia, poriománia, agorafóbia.

A geriátria az önellátáshoz szükséges működési képességet részleteiben elemzi. Az ún. ADL-hez (activities of daily living, Katz) a lakáson belüli alapkészségek tartoznak: önálló táplálkozás, kontinencia, közlekedés, toalett használat, öltözés, fürdés. Ezek egy része - ha korlátozott mértékben is - a helyváltoztató mozgáskészséget feltételezi. A hat cselekvés elvégezhetősége azonban még nem jelent az egyedül élő számára autonómiát, mivel ehhez a lakás elhagyása is szükséges, aminek megvalósításához adekvát, nagyobb mozgáspotenciállal kell rendelkeznie. Az önellátás idetartozó tevékenységeit az IADL-feladatok (instrumental ADL, Lawton, Brody) listája tartalmazza: telefonhasználat, közlekedési eszközök használata, bevásárlás, ételkészítés, háztartási munka, takarítás, kisebb javítás, mosás,

öngyógyszerelés, saját pénzügyek intézése. Ezek végrehajtásához a biotop-terület adott helyeinek elérése és a feldolgozás tevékenységi készsége szükséges.

A szélesebb humán igényeket az AADL-kategóriák (advanced ADL, Reuben) foglalják magukba: kulturális és közösségi igények. Ezek egy része optimális esetben a szociotop területén belül megtalálhatók, de kiterjedtebb igény esetén csak a teljes várost számításba véve elégíthetők ki (esetleg csak regionális szinten, pl. színház). Ennek maradéktalan végrehajtásához az önellátást meghaladó funkcióképesség kell rendelkezésre álljon.

Az otthon, mint „térbeli mag”

Az otthon, a lakás az ember mindennapi életének kiindulópontja, „térbeli magja” (territorial core, Porteous), az aktivitások fókusza (főleg az önmagunkra vonatkozó tevékenységeké) valamint az a kikötő, ahová minden külső tevékenység után visszatérünk (home-as-haven, Rainwater). Jung szerint az én szimbóluma, az én kivetül belé, az aktivitás centruma. A gondolkodás nem csak én-központú, hanem otthonközpontú is (domicentrikus, Lynch).

Egyúttal ez a „családi tér” (Mumford). A heideggeri „benne-lét” (In-sein) fogalma, mint a létezés lényege, is alapvetőnek határozza meg az otthont: „lakni valahol, valaminél, valami mellett, otthonosnak lenni valamiben”. Az idős ember számára, akinek a fentiekben rész-

letezett okok miatt a mozgása, a térbeli kimozdulása kisebb-nagyobb mértékben korlátozott, az otthon jelentősége évről évre tovább növekszik.

A napi tevékenységet, szociális aktivitást kifejező idő-csoport-tér triász (K. Lynch) összetétele abba az irányba tér el, hogy egyre több időt (végül mindet), egyre kevesebb személlyel kerülve kapcsolatba (végül magányban élve), egyre kevésbé kimozdulva, otthonához kötve tölt. Ennek ellentéte pl. egy egyetemista napi élete, aki kora reggel otthonából távozik és késő este tér vissza és közben nagy városi tereket jár be, hivatalos és magán programokon igen sok emberrel kerül - közvetlen vagy distanciális - kapcsolatba.

A mobilitás és az elérhető távolság viszonyát figyelembe véve az alábbi fokozatok különíthetők el:

közlekedési eszközzel meszebbre utazás,
közlekedési eszközzel városon belüli mozgás,
lakónegyeden belül gyalog,
ház körül gyalog,
lakáson belül korlátozottság nélkül,
lakáson belül nehezített (kisebb táv, segédeszköz, személyi támasz),
ágyhoz kötött.

A mobilitást nemcsak az összetett erő kifejtési képesség beszűkülése, hanem az egyensúly fenntartásának eséssel fenyegető labilitása is gyakran korlátozza. 65 éven felüliek 30%-a

évente legalább egyszer elesik. Elesési epizódok után az ismétlődéstől való félelem a mozgási indítékot tovább gátolja („post-fall” szindróma).

Az otthont jelentő lakás térbeli adottságai egyre fontosabbak a nehezen mozgó, esetleg látászavarral is küszködő idős ember számára, így a tágasság, kevés forduló, helyiségek közötti átjárók adottságai, jó megvilágítás. A lakáson belüli helyváltoztatás lehetőségeit korlátozott személynél segédeszközök (bot, tripod, kerek szék, stb.) és a lakás adaptív átalakítása (küszöb eltávolítása, kapaszkodók, bútorok átrendezése, stb.) nagymértékben kiterjeszthetik.

A Lawton-féle személy/környezet kongruencia tételének gyakorlati megvalósulása ez, a csökkent funkcióképességű személy is képes megfelelően kialakított környezetben önállóan mozogni, esetleg önmagát ellátni.

A lakást a modern technika további lehetőségei tehetik alkalmassá az idősek életvitelének, elsősorban mozgásának biztosítására. Az átalakíthatóságot lehetővé tevő tervezés a korosztályok fokozatosan változó igényét veszi figyelembe (universal design). A háztartási apparátusok egyszerű, távirányítású működtetése (domotikumok) már a korlátozottsággal számol; az egész lakás minden funkciójára kiterjedhet az automatizálás („smart house”, 1939, New York), esetleg a lakás egy pontjáról irányítható (brain of the house). A nagyfokú

veszélyeztetettség (fizikai vagy mentális okból) esetén speciális jelzőrendszer építhető be, amely rendellenesség esetén riasztást jelez.

A szubjektív interperszonális tér

Az ember testével a tér egy darabját elfoglalja, de további részét, mely testét körülveszi, birtokának érzi. Ha abba más személy belép, betolakodásnak, intimitását ért sérelemnek érzi. Különböző helyzetekben ez a kiegészítő tér más-más kiterjedésű. E. Goffman az „én felségterületeinek” nevezi ezeket, elkülöníti a személyi teret (állandó), az ún. „rekeszt” (időleges, materiális struktúrája változó) és használati teret (adott tevékenységeknél vesz körül). E. Hall proxémikának nevezett diszciplínája jobban tagolja az embert aktuálisan körülvevő teret:

- bizalmas távolság: 0-45 cm: pl. anya-kisgyerek, házaspár
- személyes távolság: 45-120 cm: pl. beszélgetés ismerőssel
- társasági távolság: 120-360 cm: pl. ismeretlen társaságban
- nyilvános távolság: 360-720 cm: pl. utcán.

Esetileg bizalmas térbe kerülhet idegen is, pl. zsúfolt közlekedési eszközön, de a beteg, rokkant, öreg ember testi ápolásánál valóban bizalmas helyzetbe kerül, illetve kell kerülni a gondozó.

Egészséges idős embernél a fenti szubjektív távolsági határok változhatnak, pl. kedves, szeretett személy esetén kívánatos lehet a testi távolság csökkentése, idegennel a nagyobb distancia. Fiatalabb családtagokkal egy fedél alatt lakva igényli egyrészt az intim elkülönülés lehetőségét, másrészt rendszeres jelleggel a közös térben tartózkodást és tevékenységet. Idegenkedik a tömegben, zsúfoltságban jelen lenni fizikai és pszichikai sérülékenysége miatt. A fiatalok pedig némileg testidegennek érzik az idős testet, ezért nagyobb távolságot igényelnek tőle.

A tér észlelésének, birtoklásának aspektusai

A tér igazi birtoklása annak adott pontjaihoz való akadálytalan eljutás lehetőségét jelenti, tehát mobilitás és barrier-mentesség szükséges hozzá. Látással ennél nagyobb, esetleg lényegesen nagyobb teret (vizuális tér) tudunk áttekinteni, ismeretet szerezni róla, pl. csillagtér. Ezek alapján elkülöníthetünk egy dinamikus és egy sztatikus tér-percepciót. A mobilitás teljes értékű kihasználásához is kell a látás képessége (tájékozódás, modern közlekedési eszközök más sugarakkal is tudnak tájékozódni, mint ahogy a denevér ultrahanggal). A tér észlelése a kinesztézia és a vizualitás (Sehraum, Husserl) által valósul meg. A kinesztetikai tudatosság kell térbeli létünk felfogásához, ez a mobilitás beszűkülésekor is jelenlevő appercepció. Ilyenkor a vizuális tér-

észlelés még sokáig megmaradhat. Az idős, aki lakását nem tudja elhagyni, csak vizuálisan „lép ki”, tekint ki a lakáson kívüli térbe (ablakmélyedés szindróma, Brim). A látásromlás (presbyopia, szürke- és zöld hályog, retina-degeneráció) ezt a térészlelést is szűkíti. Korral szűkül – jó látás esetén is – a kontrollálható látótér (UFOV: useful field of view).

Ezek mellett beszélhetünk auditív térről, ahonnan hangingereket fel tudunk fogni. A presbyacusis ezt a teret is csökkenti.

Az agyban a hippocampus az elsődleges hely-appercepció területe (place field), de az észlelet feldolgozása a parieto-okcipito-temporális agykéreg közös mezőjében történik a testérzési, látási, hallási információk felhasználásával, ahol a térbeli és elvont viszonyok közös modellben jelennek meg.

Az ágyhoz kötött (idős) személy számára (pl. stroke után) a tactilis tér birtoklási területe marad: azzal a térrel rendelkezik, amelyet kezeivel elér (immobilizációs állapot).

Esetenként még a szagok által meghatározott térnek (olfactorius tér) is lehet jelentősége, pl. szagárasztó helytől való távolság, vagy egyes személyek közelében érezhető testszag.

Utcai közlekedés

Normális mobilitású egyén akár 80 éves kor fölött is eljut a biotop-szociotop adott helyeihez, melyeket feloszthatjuk szükséges és opcionális célpontokra. A közlekedési terhelést

(távolságok, emelkedők, lépcsők, stb.) befolyásolja a lakóhely mineműsége (villanegyed, panel-lakótelep, stb.), a lakónegyed domborzata, struktúrája (zoning). A segédeszközök szerepe itt is lényeges, amelyek lehetővé tehetik a célpont megközelítését (pl. motoros kerekesszék). Ugyancsak fontosak a térfelszíni technikai megoldások: járda szegélyének kiképzése, utcai lámpáknál az áthaladási idő biztosítása (külföldi példa: 20% időhosszabbítás), hangjelzés a szabad áthaladás idejének jelzésére, stb. (smart roads). A tömegközlekedési eszközök lépcsőinek (non-step bus), belső terének átalakítása elősegítheti a nehezen mozgó idős személy számára a biotop területének elhagyását. Egyes országokban idős otthonok közelében az autósok figyelmeztetésére jelzőtáblákat helyeznek el (pl. Angliában az ismert piros háromszögben két hajlott hátú emberalak, egyik kezében bot). Üzletekben, intézményekben a kerekesszékes közlekedést biztosító térkiképzés, emelő szerkezet, lépcsők mellett kapaszkodók elhelyezése, stb. jelent segítséget. A felsorolt technikai megoldásokkal (beleértve az otthonon belülieket is) egy külön tudomány, a gerontechnológia foglalkozik (Hollandiában külön egyetemi tanszéke van). Mindez a kérdés sok országban állami szinten (pl. az Egyesült Királyságban az ún. vizitabilitási koncepció, Japánban Barriermentességi Törvény), illetve nemzetközi fórumokon, intézményekben (pl. ENSZ:

Centre for Human Settlements, Habitat) kutatási, javaslati és jogi területen kap megvalósítási lehetőséget. A WHO sztenderdizálta a teljes beépített környezet (épületek, infrastruktúra) kialakításának követelményeit, hogy a mozgáskorlátozottak is használni tudják (UMI: Universal Mobility Index). Internacionális projektekben is találunk példát erre, pl. az európai Q-Aging: idősök életminőségének javítása nagyvárosi miliőben.

A lakását vagy közvetlen környezetét önállóan elhagyni képtelen idős számára van eseti lehetőség távolabbi célpontok elérésére, amennyiben gyermekei, rokonai transzport-lehetőséget teremtenek (pl. saját autóval elviszik magukhoz, színházba, temetőbe, stb.) vagy hivatalos szerv ezt biztosítja (pl. bizonyos nyugat-európai országokban kulturális programra is). Igen emberbarát program a CO-LIVING: a család, a szomszédok, a barátok és a gondozók lehetőségeik mértékében vesznek részt az idős ember szükségleteinek, ezen belül mobilitásának biztosításában.

Költözés

Az otthon fizikai tulajdonságaihoz az idősödő személy fokozatosan, készségeinek beszűkülésével párhuzamosan alkalmazkodik, a megszokott környezethez pedig lelkileg ragaszkodik. Az állandóság a biztonság érzetét biztosítja. Az otthon adja a territoriális triász alapvető

bázisát: az identitás, biztonság, ingergazdagság terepét. Az én archetipikus szimbóluma (Jung), külleme, berendezése az én (Selbst) projekciója. Az időben az összeforrottság erősödik, ezért a lakhelyváltás krízist, adott esetben pánik-reakciót vált ki. Ez akkor is bekövetkezhet, ha a családon belüli ellátás könnyítését szolgálja, pl. gyermekeihez költözés. Nagyobb problémát jelent a nagy környezeti változást jelentő új lakhely, még ha nagyobb komfortot biztosít is, pl. családi házból panelház felső emeletére költözés. A legnagyobb megrázkódtatást az idősek otthonába illetve ápolási osztályra költözés okozza, mivel ez általában végleges eltávozást jelent a megszokott otthonból és egyértelműen az élet utolsó szakaszához érkezés jele (pszicho-szociális hospitalizmus, „Todeserwartung” szindróma). Természetesen sokan képesek az új élettérhez is alkalmazkodni és kialakítani új magatartási és mozgási rutint.

Virtuális tér

Az ember, különösen kora előrehaladtával képzeletében a jelenvalótól eltérő terekbe képes tudatával átlépni (képzeleti tér). Részben olyan helyekre, ahol korábban megfordult, vagy álló, ill. mozgó képeket alakít valóságos térélménnyé, de képes konstruálni új képzeleti tereket akár olvasmányok, akár saját gondolatai alapján. Ezek később visszatérhetnek tuda-

tába, ekkor már esetleg, mint valósnak vélt hely emlékei.

A modern technika megteremtette a távoli terrekbe való gondolati áttérés vizualitással kombinált reális élményét (videotelefon, televízió, internet: cyberspace). Az internet megadja a teret átívelő tevékenység effektív megvalósításának lehetőségét (pl. telebanking, teleshopping). Időseknél viszont az a paradoxon áll fenn, hogy mozgáskorlátozottság miatt nekik lenne erre leginkább szükségük (e-ageing), viszont éppen az idősök tudják nehezen elsajátítani ennek technikai fortélyait.

Összefoglalás

Az emberi önálló életvitel megköveteli a helyváltoztató mozgásképeség meglétét. A kor előrehaladásával, nagyrészt betegségek megjelenése által ez a képesség beszűkülhet, esetleg elveszhet és így az autonóm életvezetés lehetlenné válik. Az idős ember állapotának javításával és a környezet átalakításával meghosszabbítható az az időszak, amikor az idős saját otthonában képes önállóan élni (ageing-in-place).

Irodalom

Boga Bálint: Az időskori szociálpszichológiai szindrómák. M. Belorv. Arch. 2005, 58, 117-121.

- Boga Bálint: Az idős ember és a lakás. In: Rudnai Péter: Lakás és egészség. OKI. Budapest. 2007. 90-99. o.
- Bouma, Herman et al.: Gerontechnology as a field of endeavour. *Gerontechnology*, 2009, 8, 68-75.
- Buttimer, Anne: Social space in interdisciplinary perspective. *Geogr. Rev.* 1969, 59, 417-426.
- Casey, Edward S.: The Fate of Place. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, London. 1997.
- Chombart de Lauwe, Paul-Henri: L'évolution des besoins et la conception dynamique de la famille. *Rev. Francaise de Sociologie*. 1960, 1, 403-425.
- Goffman, Erving: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat. Budapest. 1981.
- Gutkind, E. A.: Közösség és környezet. In: Vidor Ferenc (szerk.): Urbanisztika. Gondolat. Budapest. 1979. 175-189.o.
- Hall, Edward T.: Rejtett dimenziók. Gondolat. Budapest. 1975.
- Lawton, M. P.: Environment and aging. Monterey. California, Brooks/Cole. 1980.
- Lynch, Kevin: The image of the city. MIT Press, Cambridge MA. 1960.
- Porteous, J. Douglas: Home: the territorial score. *Geogr. Rev.* 1976, 66, 383-390.
- Ratzel, Friedrich: Anthropogeographie. Stuttgart. 1881.
- Sommer, Robert: Personal Space: The behavioral Basis of Design. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs N. J. 1969.
- Sorre, Maximilien: Rencontres de la géographie et de la sociologie. Paris. 1957.

Saját feljegyzései

A GERONTECHNOLÓGIA MINI ÖNÁLLÓ TUDOMÁNY

Hogyan segíthet a technika az idős ember életének?

A technika legfontosabb feladata, hogy az idős ember minél nagyobb mértékben meg tudja élni az életét. A gerontológia és a technológia találkozásánál állunk. Itt találjuk a gerontológia és a technika kapcsolatát. A technika segítségével az idős ember életét lehet javítani és a környezetét is.

Bevezetés

A technika az emberiség történetében mindig fontos szerepet játszott és ezt ma is. A technika segítségével egyre többet tudunk az idős ember életéről, egészségéről, és a környezetéről. A technika segítségével az idős ember életét lehet javítani és a környezetét is. A technika segítségével az idős ember életét lehet javítani és a környezetét is.

1. A technika az emberiség történetében mindig fontos szerepet játszott és ezt ma is.

2. A technika segítségével az idős ember életét lehet javítani és a környezetét is.

10. A GERONTECHNOLÓGIA MINT ÖNÁLLÓ TUDOMÁNY

Hogyan segítheti a technika az idős embert életvitelében?

A technika leghumánusabb feladata, hogy a csökkenő, kieső emberi funkciók pótlását szolgálja. A gerontológia és a technológia találkozásából születő új tudomány, a gerontechnológia ezt eszközök, apparátusok kifejlesztésével és a környezet átalakításával hivatott megvalósítani.

Bevezetés

A technika az emberiség történetében, fejlődésében alapvető szerepet töltött és tölt be, az ember létezését egyre szélesebben segíti, biztosítja, ugyanakkor mellékhatásaival az ember biológiai és pszichológiai egyensúlyában zavart okozhat. Mindezzel együtt a pozitív, kiteljesítő szerep a meghatározó. Három vonatkozásban közelíthető meg jelentősége, melyek részben átfedik egymást:

1. a természet erőivel szemben védelmet, sok esetben fölényt nyújt,
2. az ember igényeinek kielégítését segíti, könnyíti, gyorsabbá, teljesebbé, pontosabbá teszi, képességei hatókörét kiszélesíti, a megismerés, a produktivitás új lehetőségeit teremti,

3. ezen hozamain belül és felül a leghumánusabb feladata, hogy a csökkent képességű egyén (beteg, rokkant, öreg) számára az egészséges középkorú ember lehetőségeit biztosítsa fizikai miliójében, vagy legalább próbálja megközelíteni azt, illetve számára is tegye elérhetővé a technika nyújtotta többletet.

Az idősödés folyamatában az egyéni különbségek mellett az öregedő személy fizikai képességei csökkennek, mentális készségei módosulnak. Egy bizonyos fázis után az ADL (activities of daily living: a mindennapi élet aktivitásai) különböző fokozataiban segítségre szorul, melyet egy adott fokozatig a technikai segédeszközök, a fizikai környezet átalakítása önmagában biztosít. Az ezt meghaladó mértéket követően személyi segítség, asszisztálás szükséges, ekkor is van jelentősége a technikai beavatkozásnak.

A gerontológia, ezen belül a geriátria az idősödés élettani változásaival, a korrall szaporodó kórfolyamatokkal, a funkcionális beszűkülés formáival foglalkozik, a technika/technológia az emberre irányított segítő szerepköréhez kapcsolt eszközeit, környezetmódosításait alakítja ki. A két tudomány találkozásánál új tudomány keletkezett, a gerontechnológia, amelynek optimális alkalmazása mindkét irányból sajátos szemléletet kíván, ugyanakkor – ahogy fő szakemberei vallják – meg is termékenyítik egymást (cross-

fertilisation). Külön tárgykör az alkalmazás, a szervezés, az ipari megvalósítás, az érintettekhez való eljuttatás (logisztika) gyakorlata.

A szakterület megjelenése, célja és fejlődése

A szakirodalomban először 1988-ban jelent meg a fogalom (H. Bouma), a legbehatóbban hollandiai szakemberek foglalkoztak és foglalkoznak ezzel a diszciplínával (Eindhoven, külön tanszékkal). Az első gerontechnológiai kongresszus 1991-ben, Eindhovenben volt, azóta 2-3 évente tartják. Gerontológiai világkongresszusokon külön szekciót szentelnek a témának. A nemzetközi társaság (International Society for Gerontechnology) 1997-ben alakult. Az Európai Közösség (az Európai Unió elődje) technikai programjaiban az 1990-es években külön tematikaként szerepelt (Cost A5), melynek volt kelet-európai albizottsága is (a szerző ennek tagja volt). 2001-ben indult a Gerontechnology című folyóirat. Az ipar több (IKT) szereplője is magáévá tette ennek a gyakorlati területnek a céljait (pl. General Electrics: Pro Seniis program).

A tudományág definíciója több megfogalmazásában is kifejezi lényegét:

technológia, amely kielégíti az idősödő társadalom igényeit, azaz kutatás, fejlesztés, tervezés, megvalósítás a mérnöki tudományokban, az öregedési folyamat tu-

dományos ismeretének alapján, a jó egészség, társadalmi részvétel és független életlehetőség biztosítása céljából az egész élet folyamán (Graafmans, Brouwers, 1989),

minden idősödő és öregember optimális technológiai környezetének biztosítására szolgáló tudományág (Bouma, 1999), tudományos válasz a demográfiai előre-gedés és a nagymértékű technikai fejlődés együttes megjelenésére (Bouma és munkatársai, 2007).

A gerontechnológia céljainak megvalósulása mind a makrotársadalom, mind az idős generáció oldaláról az elfogadás és a konszenzus megteremtését igényli. Pieper szerint három paradigmát kell ehhez tudatossá tenni:

1. a kor funkciócsökkenéssel, betegségekkel jár,
2. a környezet barriermentes legyen,
3. az idősek sajátos szociokulturális és szocioökonómiai csoportot képeznek.

Harrington három koncepciója még holisztikusabb megközelítést jelent:

1. a társadalom fejlődése nagyrészt technikai (IKT: információs-kommunikációs technológia), ennek ismeretében lehetünk csak integráltak,
2. az idősödés okozta funkciózavart ki kell egyenlíteni,

3. a technikai környezet kontrollálási képessége alapvető szükséglet, meglegyen a választás megalapozott képessége a lehetőségek, az opciók között.

Holisztikus, axiológiai (társadalmi értékek szempontjainak megfelelő) megközelítést fejez ki az ún. TEMSED-modell (Technology, Ergonomics, Medicine, Society, Economics, Deontology: etikai kötelességek tana), amely – mint összetevőiből látható – a társadalmi, etikai és gazdaságtani szempontokat is magába foglalja (Rialle, V. et al.). Négy fázist különít el a gyakorlat, illetve a rendszer elemzése szempontjából:

1. tisztán technológiai oldal,
2. használó és eszköz kapcsolata,
3. orvosi és szociológiai szempont,
4. elterjesztés, gazdasági lehetőség.

Az idősödés okozta funkciózavar több területen nyilvánulhat meg, elsősorban a mozgásképesség beszűkülését kell említeni, ez vonatkozik a hely-, helyzetváltoztatásra és bizonyos cselekvések végrehajtására (tárgy elmozdítása, táplálékfelvétel illetve ürítési funkciók elvégzése), ebben az erő, megfogás, irányítás, egyensúly résztényezőinek van szerepe. Mindennek alapfeltétele a megfelelő észlelés, amit az érzékszervek biztosítanak (főleg látás, hallás), amelyek a kommunikációhoz is elengedhetetlenek. Korral az érzékelés is romlik. Ezen

képességek birtokában kontrolláljuk a teret, a környezetet, a tárgyakat és ez a személyes önrendelkezés, az autonómia lényegi komponense.

Az életminőség (quality of life) mindegyik összetevőjének megvalósításához (elemi szükségletek + emberi kapcsolatok + jelentős elfoglaltságok + kedvtelések, Aggernaes) szükségese az említett funkcióképességek, így a kiesések technikai úton való kompenzálása életminőséget javító módszer, az objektív életminőségi feltételek javítása a szubjektív életminőséget (életelégedettség) is javítja.

Ezért fontos, hogy a rehabilitáció, esetünkben a geriátriai rehabilitáció használja a segédeszközök és a környezetalakítás minden fajtáját.

A mentális lassulás, beszűkülés bizonyos mértékénél is segítséget jelenthet egy-egy technikai módszer. Fontos minden esetben az ergonómiai megközelítés: könnyebben kezelhető eszközökre, készülékekre van szükség, mind az összetett praktikum, mind a kézügyesség vonatkozásában. Minden eszköz csak az adott személyre adaptálva nyújtja a lehetséges funkciójavítás maximumát, még a járóbot hosszának megválasztása is jelentőséggel bírhat.

A statisztikák azt mutatják, hogy 60 éven felüli személyek nagy százalékban legalább részlegesen gátoltak mindennapi feladataik ellátásában.

2004-ben Magyarországon végzett Mikrocenzus az alábbi adatokat nyújtották:

**Egészségbeli korlátozottság
a napi feladatok ellátásában (%-ban)**

	év	sú- lyos	eny- he	vál- tozó	nem gátolt
férfi	69 -70	17,8	22,2	11,6	48,4
	70 - 75	19,7	27,2	11,4	41,7
nő	60 - 69	18,1	19,9	15,6	40,9
	70 - 75	27,0	28,3	16,2	28,4

A dolgok természetéből fakad – ahogy az adatokból is láthatjuk –, hogy az időskor előrehaladásával a fizikai készségek fokozatosan tovább hanyatlanak, azaz az időseken belüli magasabb korosztályok, különösen az ún. 4. korhoz tartozók funkcióképessége még kifejezettebben érintett. Témánk szempontjából adódik, hogy náluk több, összetettebb és nehezebben kezelhető technikai eszközre lenne szükség, de éppen koruk miatt egyre kevésbé tudják önállóan használni. Ez egyrészt mentális rigidségük fokozódása, kézügyességük romlása, másrészt korábban kialakult mentális technikai modelljük következtében alakul így. Ez utóbbi, mint a 30. életévük előtt (formative years, alakító évek) agystruktúrájukba (tabula rasa-ba) beépült mintázat gátolja később, különösen az időskorban megtanulandó új módzatok elsajátítását. Ez magyarázza az idősek ellenszenvét az új technikával szemben (technophobia) és a nehezebb alkalmazást (uneasy encounter, nehézkes találkozás). Ennek megfelelően technológiai generációkat különíthetünk el (Bouma):

1950-ig mechanikai

1985-ig elektromechanikai

1985-től különböző rétegek.

Ezt a gondolatot összefoglalva elmondhatjuk, hogy a technika fejlődése megteremti a high tech „domesztikációját”, mely nagymértékben segít a készségek kiesésének pótlásában egyrészt, új életviteli lehetőségeket teremt meg másrészt, de ezen előnyök felhasználását az időseknél, akiknek bizonyos vonatkozásban erre nagyobb szükségük lenne, korábban kialakult adottságaik gátolják. A kérdés megoldásánál ezek alapján Franco és munkatársainak három paradigmáját kell figyelembe venni:

1. saját otthonukban kell a létfeltételeket biztosítani (ageing-in-place);
2. orvosi, kórélettani elemzés kell, hogy a kiindulópont legyen;
3. az élet egyenlő a tevékenységi képességgel, a funkció oldaláról kell a megoldáshoz közelíteni.

A diszciplína részterületei (mátrix)

Az egyes megoldási módozatok az idősödést leíró tudományok és a technológiai diszciplínák kereszteződési pontjaiban találhatók meg (interdiszciplináris mátrix, Bouma és munkatársai), tehát egyik oldalról:

élettan, táplálkozás

pszichológia, szociálpszichológia
szociológia, demográfia
orvostudomány, rehabilitáció,
másik oldalról:
kémia, biokémia
építészet, lakásépítés
információ, kommunikáció
mechatronika, robotok
ergonómia, dizájn
menedzsment, irányítás.

A konkrét eszközfajták egy másik szempontú mátrixkereszteződési pontjaiban helyezhetők el, amelynek egyik oldalán az idős embert segítő célok típusai, a másikon az életviteli területek (domének) sorakoznak.

A célok területei a következők:

életvezetés javítása i.

megelőzés ii.

kompenzálás iii.

gondozás segítése. iv.

Az életviteli területek:

egészség, önfenntartás I.

lakás, napi életvitel II.

mobilitás, transzport III.

kommunikáció, kapcsolat IV.

munka, kedvtelés. V.

A találkozási pontokat egy-egy eszköz bemutatásával teszem gyakorlatilag áttekinthetővé:

I. egészség

i) vérnyomásmérő

ii) tréning-eszköz

iii) alarmkészülék

- iv) távkonzílium
- II. napi életvitel
 - i) e-shopping (távvásárlás)
 - ii) megfelelő világítás
 - iii) takarító robot
 - iv) elektronikus kulcs
- III. mobilitás
 - i) GPS
 - ii) fogódzkodók
 - iii) kerekesszék
 - iv) emelő szerkezet
- IV. kommunikáció
 - i) e-mail (érintési forma)
 - ii) zajcsökkentés
 - iii) hallókészülék
 - iv) video-kapcsolat
- V. munka
 - i) telebanking (pénzügyek interneten)
 - ii) munka-szimulátor
 - iii) kerti robot
 - iv) távgondozás.

A részletes tudományos megközelítés után az időseket segítő technikai eszközök egy egyszerűbb felosztását is ismertetem:

mobilitást segítő: járóbottól a speciális gépkocsig,
érzékszervek romlását kiegyenlítő: szem-
üveg, hallókészülék,
távkapcsolat csökkent mobilitás mellett:
videotelefon,

rizikóhelyzetben biztonsági kapcsolat: alarmkészülékek, távirányítású eszközök, pl. háztartásban, otthoni, középületen belüli, utcai környezet alakítása: fogantyúk, járdaszegély, stb. gondozást, ápolást segítő: emelőszerkezet.

A lakás fizikai tulajdonságai, átalakítása

Az önálló életvitel szempontjából a funkcióképességnek és az otthonul szolgáló lakás komfortfokozatának viszonya alapvető jelentőségű: beszűkült mozgás kapacitású egyén (annak bizonyos mértékéig) teljes komforttal bíró lakásban önállóan képes lehet életvitelét megvalósítani, ennek hiányában (pl. központi fűtés hiánya) azonban erre képtelen; jó funkcionális állapotban levő idős személy még erre képes lehet. Ezt az összefüggést fejezi ki a Lawton-féle személy-környezet kongruencia fogalma.

Emellett a legfontosabb feladat idősek lakásában az akadálymentesítés, amely az elesést, illetve egyéb sérülés bekövetkezését hivatott megelőzni. A fő részfeladatok a következők: a padló egyenetlenségeinek felszámolása, a szőnyegek felszíni tulajdonságainak ellenőrzése, küszöbök eltávolítása, szűk közlekedési utak kiiktatása, kiálló bútorrészek elforgatása, könnyen nyíló ajtók biztosítása, fürdőszoba, konyha megfelelő kialakítása, polcok kézközelben való elhelyezése, csúszás lehetőségének minimalizálása, mindenütt jó világítás. Kiala-

kult mozgáskorlátozottságnál célirányos ki-
egészítők felszerelése jön szóba: egyes lakás-
részekben fogódzók elhelyezése, WC magasí-
tása, ajtó szélesítése (főleg kerekesszékekkel való
közlekedés számára), stb.

A modern technika és menedzsment lehetővé
teszi, hogy az idősödéssel megjelenő szükség-
leteket kielégítő lakástervezés már eleve az
építésnél számításba jöjjön (proactive, feed-
forward design). Fontos, hogy a felhasználók
tapasztalatát, véleményét, kívánságát figye-
lembe vegyék. Ennek jellemző formája a
„universal design”, mely lehetővé teszi a min-
den egyes korosztálynak megfelelő átalakítást,
amely megvalósítható fokozatosan, ahogy a
család korösszetétele változik.

A modern technika teszi ugyancsak lehetővé
az ún. smart house (age-smart home) kialakí-
tását, melyben a lakó programozhatja, kontrol-
lálhatja az automata elektronikus háztartási
eszközöket. Ezeket az eszközöket domoti-
kumoknak nevezzük (angolul: domotics:
DOMus infOrmatics), amelyek integrált mó-
don, a lakás egy pontjából irányíthatók (ez a
hely a „ház agya”: brain of house).

A fejlesztések másik iránya az egészségi álla-
pota miatt veszélyeztetett személy állandó
kontroll alatt tartása, technikai megfigyelése,
monitorozása. Ilyen állapotok: elesés, bizonyos
testhelyzetből illetve fizikai szituációból való
kiszabadulás lehetetlensége (pl. fürdőkádból),
akut rosszullét (pl. angina pectoris, vérnyo-

máskiugrás), elkőborlás. Az eszközök lehetnek testre vagy a lakásban, pl. fal mellett elhelyezettek, illetve aktív (személy által) vagy passzív (észlelő) működtetésűek. A jelek telefonon vagy interneten keresztül kerülnek egy, legtöbbször regionális központba, ahol értékelik, a teendőket meghatározzák és a beavatkozást megindítják. Az egyszerűbb otthoni alarm-rendszer Magyarországon is már a szociális otthoni ellátás rendszerének része lett.

A szakirodalom alapján néhány speciális megoldási módozatot ismertettek:

e-ADLRS (electronic activities of daily living reporting systems): a lakásban elhelyezett szenzorok a napi tevékenységek kísérése céljából;

Netcarity: fejlettebb lakás-infrastruktúra, szenzorok, egyszerű kommunikáció családdal, barátokkal, orvossal, stb.

INNOS: telefonon keresztül számos kapcsolat külső ellátókkal, családdal, stb., előnyös egyedül, izolált településen élők számára;

SWR (sleep, wake, rhythm: alvás, ébrenlét, ritmus): cirkadián ritmus ellenőrzése, változás észlelése.

Több európai projekt indult és részben tart még, így az AAL: Ambient Assisted Living JP keretében, pl. HOPE (smart HOme for the elderly PEople: programozott lakás idősek számára), PAMAP (Physical Activity Monitoring for Aging People: a fizikai aktivitás monitorozása). Az AAL program egyrészt a jobb

életfeltételek technikai megvalósítását célozza meg, másrészt elősegíti az IKT-ipar területén a kutatás, fejlesztés, innováció folyamatát.

Internet-használat

A mindennapi és a közélet területén lassan elengedhetetlen lesz az internet-használat, az állami szervekkel való kapcsolat hamarosan csak ezen az úton lesz megvalósítható (e-government). Az időskorosztály számára – a fent ismertetett okok miatt – az elsajátítás nehéz, cyberphobia is tapasztalható. Ez annál is sajnálatosabb, mivel éppen a nehezen közlekedő idősök számára biztosít könnyebb ügyintézés (teleshopping, telebanking) és kommunikációt (skype).

Azokban az országokban, ahol korábbi évtizedekben lett általános a használata, a most idősödő korosztályok már fiatalabb éveikben találkoztak számítógéppel, sőt kellett, hogy használják, így haladottabb korukban már nem jelent problémát a módszer uralma. Az elmaradottabb országokban, ahol később lett általános a számítógép-használat, mint Magyarországon, ez a tendencia problémát jelent az idősök számára és csak a jövőben várható a már jártas korosztályok időskorba jutása. Az idősök számára indított tanfolyamok lassan lettek vonzóak, de most már egyre többen vesznek részt rajtuk. Pár évvel ezelőtt 10%

alatt volt a számítógépet használók aránya a 60 éven felüli populációban. Az internet-használat lényegesen kiterjeszti az idősek tanulásának (geroedukáció) lehetőségeit, ami az aktív és sikeres idősödés elengedhetetlen feltétele. Az Európai Unió hivatalosan is célul tűzte ki az idősek bevonását a telematikus ismerettel rendelkező korcsoportokba (e-ageing), hogy csökkenjen az ún. digitális szakadék a fiatalok és idősek közt. A program az élet minden területére tartalmaz elvárásokat: munkavégzésnél (ageing well at work), a közösségben (ageing well in the community), otthon (ageing well at home). Az ún. rigai program azonban e területen sem sikerült a tervezett mértékben.

Irodalom

- Bouma, H. et al.: Gerontechnology in perspective., Gerontechnology 2007, 6(4), 190-216.
- Cost A5, Ageing and Technology, Exploring European Old Age in East and West, 1996, (ed. Zs. Széman, V. Gáthy), STAKES, Helsinki
- Gerontechnology folyóirat 2009, 8, No 2. (teljes szám)
- Mobility, technology, and ageing in Central Europe (ed. V. Gáthy), 1993, Comm. of the European Communities
- Pinto, M. R. et al.: Ergonomics, gerontechnology and design for the home-environment. Appl. Ergon. 2000, 31(3), 317-322

Raille, V., Vuillerme, N., Franco, A. (2010): Outline of a general framework for assessing e-health and gerontechnology applications: Axiological and diachronal dimensions. *Gerontechnology* 9(2), 245

Sainsbury, R., Mulley, G. P.: Walking sticks used by elderly. *Brit. Med. J.* 1982, 284, 1751

Széman Zs., Pottyondy P.: Idősek otthon. M. Mál-tai Szeretet-szolgálat Egyesület, Budapest, 2006.

Saját feljegyzései

11. A BIZTONSÁG PROBLÉMÁI IDŐSKORBAN

A biztonság jelentőségének felértékelődése.

A biztonság alapvető emberi szükséglet. Az idős ember sérülékenysége minden vonatkozásban fokozódik, ezért kiemelt jelentősége van a biztonság lehető legszélesebb körű megteremtésének. Ebben a fejezetben a fizikai, kriminalisztikai, szociális, gazdasági biztonság lehetőségeit, követelményeit vizsgáljuk.

A biztonság kérdése a modern társadalom alapvető tényezője. Több vonatkozásban találkozzunk e fogalommal: úgy, mint: létbiztonság, jogbiztonság, közbiztonság, környezetbiztonság, a közlekedés biztonsága, a nemzetközi politika színterén (Biztonsági Tanács).

Mit értünk a biztonság fogalmán? Az Értelmező Szótár meghatározása szerint: „veszélyektől vagy bántódástól mentes állapot.” A Magyar Nagylexikon szerint: „alapvető szükséglet és szubjektív élmény lét- és/vagy egzisztenciális helyzetekben, amikor a személyt nem fenyegeti veszély, vagy ha igen, képes azt elkerülni.” Ez utóbbi két vonatkozásban teljesebb az előző meghatározásnál, egyrészt utal egy objektív és egy szubjektív oldalra, utóbbinál az egyén vagy csoport tudatában van meg a veszélymentesség (biztonságérzet), másrészt nemcsak

passzív helyzetet tükröz, hanem az aktív, elkerülési képesség mozzanatát is magába foglalja. Tehát a lehetséges veszély anticipálásán alapul és olyan helyzet megőrzését illetve kialakítását jelenti, melyben a veszély nincs meg, vagy megelőzhető, vagy kivédhető a bántódás bekövetkezése. Szociális értelemben Olof Palme, volt svéd miniszterelnök fogalmazta meg a legszélesebb értelemben: a biztonság a "fizikai és gazdasági jólétet, emberi jogokat, polgári és politikai szabadságot, megőrzött környezetet és a társadalmi források szétszétválásánál a társadalmi igazságosságot igényli", azaz ezek adják meg a szociális biztonságot.

A biztonságigény a filogenezisben nem az embernél kezdődik, biológiai gyökerei vannak. Az egyszerű fejlettségű állatoknál is ösztönök vezérlik a biztonság biztosítását: a természet erői, ezen belül az erősebb állatok okozta veszélyek ellen egyrészt testi tulajdonságainak fejlesztése (erő, testi „fegyverek”, mérgek, mimikri), másrészt fészek, óvó- vagy búvóhely kialakítása által. Az önfenntartáshoz szükséges táplálékokat nyújtó környezet megkeresése és az ottani tartózkodás is a biztonság része. Az ember számára a biztonság sokkal több tényező meglétét jelenti, melyek a bántalmat távol tartják és az alapvető biológiai és szociális igényeinek kielégítését biztosítják. Ezek hiányában az elvárható emberi életfenntartás és életvitel veszélybe kerül. Tehát a veszélyeket két csoportba oszthatjuk:

11. A biztonság problémái idős korban

olyan helyzet, melyben fennáll a valós lehetősége, hogy az ember épsége, integráltsága sérüljön (megtámadottság), beleértve tulajdonát is,

olyan helyzet, melyben az épség fenntartásához szükséges anyagi vagy lelki javak hiánya fenyeget.

A biztonság lényegében a fenyegető tényezők hiányát, megszüntetését, kivédhetőségét, illetve minimálisra csökkentését jelenti.

A. H. Maslow az emberi szükségletek hierarchiájában az 5 tényező között az élettani igények után rögtön a második helyre teszi a biztonságigényt. B. Malinowski is a 9 intézményszerűlt alapvető szükséglet egyikeként nevezi meg. A belső képességek és a külső körülmények egyensúlya teremti meg, de a bármelyikben fellépő hirtelen vagy fokozatos változás megingathatja. Tehát a biztonság mértéke adott személyek, csoportok számára azok belső képességei, külső adottságai és a veszélyek adott aktuális szintje közti arány által definiálható:

$$B = \frac{K + A}{V}$$

A biztonság sohasem abszolút, teljesen veszélymentes helyzet nem teremthető meg.

A következő formákat különíthetjük el:

fizikai-kémiai: a természetes és mesterséges környezet anyagi minősége határozza meg (klíma, földrajzi környezet, levegőminőség, település, közlekedés, lakás, használati tárgyak, élelmiszerek, stb. adottságai);

biológiai: közvetlen testi (szomatikus) ellátottság biztosítása által adott, élelem, ivóvíz, higiéné, egészségügyi infrastruktúra, stb. képezik spektrumát;

szociális-pszichoszociális: lényegében a társadalmi élet összes területét magába foglalja; a következő alformákat sorolhatjuk ide: egzisztenciális, anyagi, jogi, adminisztratív, kriminalisztikai (erőszakmentesség), interperszonális (személyi kapcsolatok) és emocionális (érzelmi) biztonság.

Az angol nyelv már nyelvileg is elkülönít három formát: *safety* (fizikai), *security* (szociális) és *certainty* (bizonyosság, megbízhatóság).

Fontosságára már a Bibliában találunk utalást: „Azt mondja az Úr: biztonságba helyezem azt, aki arra vágyik” (XII. zsoltár /6b).

Losonczi Ágnes Ártó-védő társadalom című művében elemzi azt a jelenséget, hogy a társadalom az egyes embereket különböző mértékben védi, illetve károsítja és nem ott a legnagyobb a védelem, ahol a legnagyobb a terhelés. Vannak, akik a mindennapi létfeltételekért erősebben kell megküzdjenek, az elhasznált

energiával nem arányos az elért eredmény. Az úgynevezett szocializmus a nagy társadalommal ki akarta váltani a családot, biztonságot adott, de alacsony szinten, lényegében függőségre és szabadsághiányra épült.

A kor előrehaladtával az egyén esendősége, vulnerabilitása nő, így biztonsága megrendül, biztonságérzete labilis lesz vagy elvész. Ez a változás belső és külső tényezők eredője.

Belső tényezők

Elsősorban a mobilitás és kommunikáció területén okoznak romlást:

involúció: izomerő, érzékszervi észlelés, egyensúly csökken, fogékonyság betegségekre nő, helyzetfelismerés, gyors reagálás, ártalmak kivédésének lehetősége romlik;

betegségek: a kóros folyamatok kumulációja az említett funkciók további beszűkülését okozhatja.

Külső tényezők

A technikai környezet változása: mivel az új technika megjelenése ismeretlen, idegen még, az idős egyén nehezebben sajátítja el és fogadja be pszichésen (technofóbia), a környezeti ártalmak lehetősége nő. Ez nem csak az idősek számára jelent veszélyt, de számukra nagyobb mértékben. A változások felgyorsulása miatt korszakunkat a „bizonytalanság kultúrája” (G.

Bogard) jellemzi. Az idős számára a környezeti faktor jelentősége nő.

A Lawton-féle személy/környezet kongruencia kapcsolatában a belső tényezők romlásával párhuzamosan a miliő komfortosabb, segítőbb formája lenne szükséges a biztonság adott fokához. A komfortos miliő fogalmához az is hozzátartozik, hogy használata ismert, könnyen megismerhető, könnyű legyen. Egy nehezen kezelhető, bár nagyobb komfortot biztosító berendezés nem feltétlenül jelent előnyt. A modern nyugati társadalmak is egyre kevésbé tudják a környezeti biztonságot biztosítani állampolgáraik számára. Ulrich Beck szerint az ipusztuális társadalom kockázat-társadalomba váltott át (Risikogesellschaft), elsősorban ökológiai értelemben, így a jóléti állam ökológiai variánsát kell jelenleg célként megjelölni, ez jelentené a „biztonsági államot” (safety state).

Sajátságos biztonsági terület az idösek autóvezetése, amelyben az idösek készségeinek romlása és a forgalom sebességének, összetettségének fokozódása fokozza a kockázatot, mind az idös vezető, mind a többi közlekedő számára, bár általában az idös ember óvatosabban vezet. 2009-ben Magyarországon a balesetek 13%-át okozták 60 éven felüliek.

Financiális lehetőségek, források csökkenése: romlik az eltartottsági arány, mivel nő az idöskorosztály és csökken a fiatalok aránya és a munkanélküliség is a járulékbévetel csökkenése

irányába hat. Jelenleg a magyar társadalomban élők átlagos életkora 41,1 év, 2050-re 45-50 év közé fog emelkedni. Az időskori függőségi arány (60 éves és idősebbek aránya a 20-59 éves korosztályhoz) 0,316. Ez elsősorban a nyugdíjakat érinti a Magyarországon jelenleg domináns felosztókirovó rendszerben. Ebben az állam patenalista szerepet vállal annak pozitív és negatív következményeivel együtt. E mellett a tőkefedezeti előtakarékosság is magánnyugdíj-pénztárak és kiegészítő megtakarítások formájában megvalósítható. A fejlettebb nyugati országokban többrétegű nyugdíj-szisztéma működik, ezzel együtt a nyugdíjasok életszínvonalának megtartása ott is problémát jelent.

Az idősök körében könnyebben következhet be depriváció, elszegényedés, sokan a létminimumot biztosító jövedelem szintje alatt élnek, ami nem biztosítja a megfelelő táplálkozást, ruházzkodást. A nyugdíjak közel 50%-a a létminimumot biztosító összeg körül vagy alatta van (létminimum: 92-93.000 Ft/ személy, öregkori nyugdíj átlaga: 99.000, ez az átlagbér 70%-a; 2011-es adatok).

Pszichoszociális változások: a magány lehetősége nő, az elismerést, egzisztenciát jelentő munkahelyi szerepet, munkatársait elveszíti az idősödő egyén, az érzelmi biztonságot jelentő kapcsolatok beszűkülnek, a gyerekek elköltöznek, barátok, rokonok, házastárs halála következik be, a generációk közti kapcsolatok

elhidegülnek (elidegenedés), gyakran erőszakos magatartás, sőt kriminális tett áldozatai lesznek (viktimológia). Az egyedülállók aránya évről-évre növekszik, 2011-ben 1970-hez viszonyítva az egyedülálló 60 év felettiek aránya mintegy két és félszeres, ezen belül az özvegyek aránya kétszeres, az elváltaké több mint négyszeres emelkedést mutatott. A csak idősek által lakott lakások aránya 23,8%.

Mik a kiegyenlítés eszközei?

Az idős ember ellátásának teljes skáláját áttekintve adódik, hogy mindegyik területen belül vannak a biztonsághoz is kapcsolható tényezők. A könyv többi fejezetében fejtjük ki ezeket a tényezőket, ezért itt csak vázaltszerűen soroljuk fel a legfontosabbakat, sorba véve a biztonsági formákat:

- fiziko-kémiai biztonság: az otthon technikai átalakítása, könnyen használható eszközök, alarm-készülékek, közlekedés alakítása, e-aging (részletesen lásd az adott fejezetekben),
- biológiai biztonság: megfelelő minőségű és tulajdonságú élelmiszerek, a megelőzés érdekében egészségügyi szűrés, szociális gondozás a megfelelő időpontban (házi segítségnyújtásban jelenleg kb. 70.000, többségében idős ember részesül hazánkban),

11. A biztonság problémái időskorban

- szociális és pszichoszociális: anyagi biztonság a nyugdíjrendszer átalakításával, további kedvezmények az időseknek, a generációk közti kapcsolatok elősegítése családon belül és a társadalomban, age-izmus elleni harc, az idősek ismereteinek bővítése (geroeducáció).

Külön kell foglalkozni az erőszakmentesség biztosításával. Az idősek testi elesettsége, lassabb reakciói, jóindulatúsága, lakhelyének védtelensége elősegíti, hogy gyakran váljanak bűntény áldozataivá. Speciális lakászáró szerkezetek felszerelése pszichológiai és anyagi, technikai akadályokba ütközhet. A közvetlen rokonok segítő szándéka nem mindig tapasztalható, sőt sokszor saját gyerekeik áldozatai lesznek („megkínzott szülő szindróma”). A rendőrség és a települések önkéntes felügyelő brigádjai külön figyelemmel kell kísérjék az egyedül álló idősek lakterületét. Kiépíthető szomszédsági megfigyelő rendszer is.

Külföldi megoldási példák sok ötletet vetnek fel. Már az 1970-es években foglalkoztak ezzel a témával: C. Ray Jeffery építész olyan lakóterület kiépítésére tett javaslatot idősek számára, amely már eleve befolyásolja a betörő, a támadó pszichológiáját, láthatóan kontroll alatt áll a megközelítés és nehezített a bejutás (CPTED: Crime Prevention Through Environmental Design: bűnmegelőzés a környezet tervezése

által). Ehhez kapcsolódott Oscar Newman szociológus Defensible Space (védhető tér) koncepciója, amely négy tényezőt foglal egybe:

1. territorialitás: a hely szentsége;
2. természetes megfigyelés: építészeti átláthatóság, az utcát is beleértve;
3. külső megjelenés: a védett hely képét adja;
4. környezet: közel a rendőrség.

1996-ban Ausztráliában kormány szinten dolgoztak ki egy önkormányzatok számára javasolt szisztémát az egyedül élő idősök állandó figyelemmel kísérésére (Keeping in touch older people living alone, Encel-Kaye-Zdenkowski).

A felsorolt szükségletek programozott, rendszerszerű kielégítése szélesebb törvényes kereteket igényel. Ezt valósítaná meg az idősügyi törvény, bár bizonyos mértékben foglalkozik ezzel az Idősügyi Stratégia (2009). Az Egyesült Államokban már törvény van hatályban (American Senior Act). Az idősök biztonságának megteremtése a társadalom elsőrendű feladata kell legyen.

Irodalom

Beck, U. (2003): A kockázat-társadalom. Századvég Kiadó, Budapest

11. A biztonság problémái időskorban

Ezüstkor. Időskorúak Magyarországon, 2011. KSH, Budapest

Jeffery, C. R. (1971): Crime Prevention through Environmental Design. Beverly Hills Sage Publications, LA

Nemes György (é. n.): Autóvezetés, jogosítvány időskorban. In: Az idősgondozás kézikönyve. Geriáter Service Kiadó. Budapest

Newton, D. S. (1972): Crime prevention through urban design. MacMillan, NY

Széman Zsuzsa (2007): Idősek a magyar társadalomban. Székesfehérvár

Tevékeny időskor (2012), KSH, Budapest

Saját feljegyzések

12. TANULÁS IDŐSKORBAN

A tanulás folyamata időskorban nem zárul le.

Az élethosszig tartó tanulásnak valóban az élet végéig kell folytatódnia, főleg az informális és a nem-formális tanulás lehetőségeit felhasználva. Az időskori tanulásnak megvannak a maga sajátosságai, a didaktikától kezdve annak szervezési kérdéseiiig. A 20. században széleskörű intézményesített formák alakultak ki (pl. a harmadik kor egyetemei).

*„A tanulás ékesség a jólétben
menedék az ínségben,
oltalom az öregkorban.”*

Arisztotelész

*„A tudománnyal foglalatosság megfiatalítja a
lelket és enyhíti az öregkor keserűségét.”*

Leonardo da Vinci

Az idősoktatásról általában

A felnőttoktatás speciális területe az idősek (60 év felettiek) oktatása, azaz az andragógián belül, vagy inkább mellette létjogosultsága van a gerontagógia elkülönítésének. A szakirodalomban geragógia, geroeducáció, geronteducáció néven is találkozunk ezzel az oktatási területtel, az edukacionális gerontológia pedig az idősek tanulási sajátásaival foglalkozó tudomány. A különállást az alábbi eltérő tényezők támasztják alá:

a tanulók kora,
 a tanulás célja,
 a tanulók mentális adottságai,
 az előző ismeretek köre, szakmai ismeretek lezártága,
 az élettapasztalat mennyisége,
 a megszerzendő ismeretek köre,
 az elsajátítás módja, módszerei, üteme,
 az oktatók számára szükséges speciális ismeretek,
 a megtanulás kötelezettsége, számonkérés,
 a kereslet és kínálat viszonya.

Komplettebb felfogáson alapuló felosztás szerint az emberek tanulását/tanítását magába foglaló szélesebb tudomány az antropagógia (anthropos = ember, ógörög), amelynek önálló identitással bíró részei – a tanulók korának megfelelően elkülönítve: pedagógia, andragógia és gerontagógia.

Ez a gondolat már a világháború előtt megfogalmazódott (Medinszkij: antropogógia, 20-as évek). A gerontagógia a szociális gerontológia része is, tehát a pedagógiai tudományok és a gerontológia határterülete. Evidensnek tűnik, hogy az iskolás koron túl tartó permanens, folyamatos (continuing), visszatérő (recurrent, OECD, 1973) oktatás, edukáció, de főleg az „életen át tartó” (life-long, 1960 UNESCO) tanulás-tanítás fogalma és gyakorlata nem állhat meg egy adott életkornál.

Az idősök a készségek és körülmények különbözősége miatt - ugyanúgy, mint az iskoláskorúak és a fiatalabb felnőttek - természetesen eltérő megközelítést igényelnek: nem a tanulási lehetőségek lezáródását, hanem a sajátosságok tudományos feltárását kell napirenden tartani. A korunkban előtérbe kerülő „aktív idősödés” paradigmájának szerves alkotórésze a tanulás. „Az élethosszig tartó tanulás a nyugdíjazás utáni életfázisban: demonstráció az idősödés deficit-modellje ellen” (F. Kolland).

Az élet elválaszthatatlan része a tanulás. Születésünktől halálunkig a tapasztalt jelenségeket – többé-kevésbé tartósan – rögzítjük tudatunkban, adott esetben fel tudjuk idézni, hasonló helyzetekben felhasználni, következtetéseket levonni és másoknak továbbadni. Ez az informális tanulás, vagy más szóval tapasztalati tanulás (experiential learning, Kolb). Az idős ember hosszú élete folyamán ezen az úton sok ismeretet gyűjthetett össze, amihez természetesen buzgó odafigyelés is szükséges. Kölcsey Ferenc ezt így fogalmazta meg: *„Az, ki életében sokat érzett és gondolkodott; s érzeményeit és gondolatait nyom nélkül elröppenni nem hagyta: oly kincset gyűjthetett magának, mely az élet minden szakában, a szerencse minden változási közt gazdag táplálatot nyújt lelkének”* (Parainesis). A 20. században a konkrét ismeret jelentőségét emelték ki a metaforák: tudásraktára (stock of knowledge, McIntyre), belső múzeuma van (Musée Imaginaire, Illyés Gyula) az idős em-

bernek. Ebben a korban is folytatódik a gyűjtés, bár általában kevesebb lehetőség közepette. A formális, iskolai oktatás általában adott korhoz: többségében a fiatal korhoz kötött, vizsgával zárul, bizonyítványt ad, bizonyos feladat végzésére felkészít, illetve jogosít.

A szervezett, tanfolyamszerű, adott céllal, adott csoportnak, általában diplomát nem adó ún. nem-formális oktatás az ismeretszerzés, a tudásgyarapítás kiemelt formája felnőtt korban, ezen belül időskorban is. A három tanulási forma egyenlő súllyal vesz részt tudásunk gyarapításában, hol kiegészítve egymást, hol rivalizálva egymással, adott időszakokban egyik vagy másik dominanciájával. Ezt a megállapítást újabb vizsgálatok is alátámasztják. Időskorban a nem-formális és az informális ismeretszerzés van előtérben, tehát ezeknél a konkrét formák, lehetőségek és hozzáférés kérdéseit kell meghatározni.

Kora 20. századi előzmény volt Yeaxfee, Lindem megközelítése: az élet egésze, mint tanulás (life-as-education, 1920). Magyar oktatáspolitikus is található a modern előfutárok között, Klebelsberg Kunó vallotta azt, hogy nem csak a jó pap tanul holtig, hanem "az ma jóformán minden emberre áll", nincs "kész ember", ez lemaradást jelent, ismerni kell a "modern élet dinamikáját" és ehhez „ismereteinket folyamatosan kiegészíteni” szükséges (1927).

A társadalmi körülmények gyors változása szükségessé teszi, hogy a sztatikus műveltség helyébe a dinamikus műveltség kerüljön. A korai öregkor (young old) még lehetővé teszi az ismeretszerzés folyamatában való részvételt. Az informális, a mindennapi tapasztalatból származó tudásgyarapodás mindenki számára adott, azonban a figyelem és az ismeretkeresés itt is szükséges. Bár az oktatás formális, különféle iskolai rendszereiben részt venni néhány országban lehetséges idősek számára is, de – mint már említettük – nem ez az általános, hanem a nem-formális, meghatározott közönség részére szervezett, főleg tanfolyam jellegű forma jelenti a fő lehetőséget az idősek számára. Ez is nyújthatja egyes képzések vagy tudásfajták olyan mértékű elsajátítását, hogy a meghosszabbodott élettartam egy ún. második karrier lehetőségét is megadhatja (pl. festő).

A nyugdíjazás után a munkára fordított idő felszabadul, ami ekkor tanulásra fordítható. Ezt az időszakot nevezi Rosenmayr osztrák szociológus a „kései szabadság” (späte Freiheit) idejének, vagy másutt „megnyert évek”-nek (gained years), illetve „az öregség, mint alkalom a tanulásra” (Grau) lehetőségének. Hazánkban 60 éves korban nőknél még 22 év, férfiaknál 17 év élettartam várható átlagosan, 70 évnél ez 14, illetve 11 év. A felszabadult idő azonban nem elegendő, megfelelő motiváció is szükséges. McClusky a szubjektív

tanulási igényeknek következő típusait különíti el:

kiegyenlítő vagy coping: saját életének kontrollálásához, illetve az alkalmazkodáshoz szükséges ismeretek megszerzése,

önkifejező vagy expresszív: az alkotásvágy, a kreativitás megjelenítésének lehetősége,

segítő vagy kontributív: hozzájárulni mások problémájának megoldásához,

befolyásolási: környezetének, esetleg csoportnak (pl. politikai) befolyásolási igénye,

transzcendentális: segítség az élet értelmének megközelítéséhez.

Az egyes életkorokban ezek közül más és más lehet a domináns, de elsősorban a személyiségtől, illetve a körülményektől függ a vezérmotívum.

Tapasztalataink szerint az időseknél gyakran az 1. és a 5. motiváló tényező jelenti a fő indítékot.

A motivációhoz kapcsolható az idősoktatás céljainak, pozitív következményeinek áttekintése, amelyek előre is megfogalmazhatók, de gyakran csak utólag élhetők át. Lehetnek az idős személy által tudatosan érzékelt eredmények, de sokszor előfordul, hogy csak gerontológus látja, tudja a pozitív hozamokat (részletesen lásd a következő fejezetben).

Előzmények

Comenius volt az első pedagógus, aki az életen át tartó tanulás gondolatát megfogalmazta

(Orbis pictus c. műben). A francia forradalmat követően volt gyakorlati próbálkozás is a felnőttek képzésére (CNAM: Conservatoire Nationale des Arts et Métiers keretében). Szervezett formája azonban csak a huszadik században öltött testet a különböző képzési rendszerekben.

A következőkben a felnőttoktatás korábbi nemzetközi fórumait tekintjük át a geroeducáció szemszögéből. 1929-ben Cambridge-ben volt az első jelentős nemzetközi felnőttoktatási világkonferencia. Az ott elhangzottakból Kirkpatrick USA-küldött felszólalása és megállapításai voltak a leginkább figyelemreméltóak. Szerinte a felnőttoktatás célja elsősorban nem az iskolai tanulmányok pótlása, hanem az egyre gyorsabban változó világ változó körülményeihez való alkalmazkodás. Általában elfogadottá vált, hogy a tanulás az élet elválaszthatatlan része, annak egész tartalma alatt.

A második világháború után az UNESCO felnőtt nevelési világkonferenciák sorozatát szervezte; az első Helsingörben (1949) volt. Dumazedier francia küldött itt javasolta, hogy a felnőttnevelés helyett a népművelés kifejezést használjuk, jelezve minden társadalmi réteg bevonását. A második, montreali konferencia (1960) megállapításai közül az öregoktatás területén különösen fontos az, hogy a felnőttoktatás és a közművelődés fogalmi rendszerébe valamennyi, felnőttekkel foglalkozó

művelődési és oktatási tevékenységi forma beleértendő.

1976-ban volt az ENSZ Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezetének Közgyűlése Nairobiban. Először itt sorolták fel a különböző szociális oktatási csoportok között az időseket. Négy oktatási feladatot fogalmaztak meg számukra:

- az aktuális problémák, az új nemzedékek jobb megértése,
- a szabadidő egészséges, értelmes eltöltése,
- a nyugdíjas kor előkészítése,
- fizikai, szellemi képességek megőrzése, esetleg szélesítése, a közösségi életben való részvétel folytatása.

Az UNESCO harmadik, tokiói (1972) és negyedik, párizsi (1985) konferenciája körüli években is az egyik hangsúlyozott terület volt az ún. „elfelejtett népesség” oktatása, amelyhez az etnikai kisebbségeken, nőkön és vidéki lakosságon kívül az öregeket is oda sorolták. Az 1997-es hamburgi konferencián került megerősítésre az a tétel, hogy az idősek a felnőttoktatás speciális célcsoportját képezik, élettapasztalatuk nyeresége a felnőttoktatásnak. 2009-ben Belém-ben (Brazília) a harmadik világ problémái voltak a napirend középpontjában, de általános érvényű megállapításai minden régió minden korosztályára érvényesek (élni tanulni egy élhető jövőért.)

A tanulást befolyásoló időskori mentális változások

Mindenekelőtt el kell különítenünk a normális és a kóros öregedés folyamatát. Normálisan is a készségek bizonyos változásával, csökkenésével kell számolnunk, de ezek a tanulás lehetőségét nem szüntetik meg, csak átalakítják. A magyar nyelvben a szenilitás szó pejoratív érteleme másodlagos, a „senilis” latin szó, eredetileg csak annyit jelentett, hogy „öreg”. A kórral szaporodó kóros agyi folyamatok klinikai megközelítést igényelnek, a demencia gyűjtőnév alatt foglalkozunk velük. Időskorban gyakran bizonyos emocionális állapotok (depresszió), vagy testi bajok is átmenetileg csökkenthetik a szellemi teljesítőképességet (pszeudodemencia)

A normális idősödés is lehet szélesedő, vagy csökkenő szellemi horizontot magával hozó folyamat (sikeres és sikertelen öregedés lelki összetevője, Saup: exploratív és depresszív öregedés), de nem leépülés, hanem szociális és pszichológiai átrendeződés (Durkó). Nyíró szerint: az öregember szellemi munkája nem csekélyebb értékű, mint a fiataloké, de minőségileg más.

Elkülönítjük az ún. fluid (folyékony), illetve krisztallizált (kristályosodott) intelligenciát, előbbi az új ismeretek szerzésének, feldolgozásának készségét, a gondolkodás rugalmasságát, az ismeretektől független (knowledge-free) gyors reagálási képességet új helyzetek-

ben, innovatív készséget jelent, az utóbbi a megszerzett korábbi ismeretek szélesítését (knowledge-rich), gazdagodását, mélyülését, felhasználási képességét.

A fluid, tehát az előző tudástól független, de a kristályos ahhoz kötött, abból alakul ki. A fluid intelligencia használata erősíti a kristályos intelligenciát, tapasztalata abba beépül. A kompjutervilágban az elsőt a hardware-hez (a működés mechanikája), a másodikat a software-hez (a tartalom hasznosítása) rokonítják. Idős egyénnél az első típus gyengül, az utóbbi erősödik, a kettő közeledik egymáshoz. Fontos jelenség, hogy a kor előrehaladásával az ember gondolkodása egyre szintetikusabb lesz, jobban az egész, a nagyobb egység felől közelíti meg a jelenségeket (deduktív megközelítés), ez közelít a keleti típusú gondolkodáshoz (kínai, hindu). Az európai gondolkodás, főleg a fiatalabb korosztályoknál a részekből, az egyediből indul ki (induktív). Ebből az következik, hogy az idős nyugati és keleti ember közelebb áll egymáshoz, mint e területek fiatalabb generációi („a gondolkodás geográfiája”).

A kor előrehaladásával csökken az érzékszervek érzékelési élessége, a pszichomotoros válaszadás, az asszociációk szabadságfoka, az emocionális válasz, az eredetiség, viszont nő a sztereotípiák készsége, az egocentricitás (önközpontúság), az emocionális érzékenység.

Lényeges megemlíteni viszont, hogy az időbeliség változik mind az új dolgok elsajátításakor, mind az új körülményekhez való alkalmazkodásban: ezek a folyamatok lassabbak, mivel a szellemi működések tempója csökken, részben a döntésnél megjelenő több tapasztalattal való összevetés miatt. Bár az ismeretek elsajátításának időbelisége lassul, de megmarad, sőt új idegrendszeri kapcsolatok (szinapszisok) épülhetnek ki, ami szövettanilag ki is mutatható. Több vizsgálat igazolja, hogy a verbális képességek nem csökkennek.

A rövidtávú, pontosabban köztes távú memória romlik, ebben is elsősorban az ún. szekunder memória, azaz az információk aktív ismétlése, a „látens tanulás”. De a benignus memóriazavarnak nevezett rögzítési hiba lehet a normális öregedés velejárója. A tanulás szempontjából az emlékezés változása lényeges kérdés. Az új, konkrét ismeretek rögzítése jobban megőrződik, mint absztrakt fogalmaké, a készségek romlásának sebessége egyénenként változó, de ez általában nem gyors, ezzel magyarázható e kérdéskör tárgyalásának elején említett tétel a tanulási képesség megtartásáról. Az emlékezés fázisai: észlelés, befogás, rögzítés (kódolás), megőrzés, felidézés. Korral mindegyiknél lassulás vagy zavar jelentkezhet. A rögzítésnél zavar az összetett vagy többszörös adat befogadása, külső behatás vagy felmerülő, esetleg ellentmondást felvető emlékezeti tényező. A figyelem gyorsab-

ban fárad. Érdekes – talán ezzel magyarázható –, hogy az automatikus (incidentális, preattentív) emlékezet jobb, mint a tudatos, figyelmi emlékezet (a véletlenül észlelt jobban rögzül, mint a megjegyezni óhajtott ismeret). Látszólag csökken a tárolási kapacitás, nincs meg a szükséges gátlás, szelekció a nem fontos információk figyelmen kívül hagyására. Az általános benyomásaival ellentétes észlelet kevésbé rögzül.

Az érzelmi állapot (pl. depresszió) illetve a téma érzelmi töltete nagyobb mértékben befolyásolja a rögzítést és felidézést, mint fiataloknál, ugyancsak az aktuális erőnléti állapot. A hosszútávú emlékezésnél elkülönítjük az explicit (tények, események, fogalmak) és az implicit (hordozott tapasztalat, cselekvési készség) memóriát. Az idősödés folyamán az utóbbi kevésbé hanyatlik. Ugyancsak a verbális és vizuális emlékezésben az előbbi kevésbé sérülékeny. Bár a régen történetekre való emlékezésben a kontúrok élesednek, a memóriatartalmak tudatból történő lehívása is lassul. Az előremutató (prospektív) emlékezést a kor kevésbé kezdi ki.

Az oktatás, a tanulás szempontjából értékelhetőek a Reichard-féle öregedési típusok (lásd 16. fejezetben): az első típus (konstruktív) leginkább elérhető, de a második típushoz tartozók (a tudatosan pihenők) is elérhetőek, míg a többiek csak alkalmilag, vagy egyáltalán nem.

A személyiségi jellemzőkben a változások ellenére a kontinuitás a meghatározó. Egyes vizsgálatok arról tudósítanak, hogy (Field, Millsap) az életelégedettség és az intellektus az esetek kétharmadában lényegében nem változott, az extraverzió, a kapcsolatépítési képesség csökken, de az egyetértési képesség, amely energetikai tényező, emelkedő tendenciát mutat. Bizonyos fejlődés az egész élettartam folyamán végbemegy, az idősödéssel összegzés, integráció következik be, ami a bölcsességben csúcsosodik ki.

Mindezek alapján egyértelmű, hogy az idősek képesek a tanulásra. Egy hazai (ELTE) felmérés eredménye azt mutatja, hogy az idősek 60%-a is úgy ítéli: képes új ismeretek elsajátítására, képességei fejlesztésére. A jellegzetességeket azonban számításba kell venni.

Didaktikai sajátosságok

A didaktika „a neveléstudomány azon ága, mely az oktatás elméletével foglalkozik, vizsgálja az oktatás folyamatának lényegét, alapelveit, az oktatás tartalmának megválasztására általános szempontokat ad, ismerteti az oktatás módszereit stb”. Eddigi elméleti és gyakorlati tudásunk alapján elmondható, hogy az idősek oktatása nem lehet tantárgy-, hanem tanulócentrikus kell legyen, más szóval a résztvevő-központúság (Maróti), sajátos szoros tanár-tanuló kapcsolat kell jellemezze. Részletesebben kifejtve a következő szempon-

tokat kell figyelembe venni az eredményesség érdekében, a fentebb elemzett mentális változásokat és a pszichológiai tényezőket alapul véve:

a hangsúly a tanuláson, és ne a tanításon legyen;

a ritmust a tanulókhoz kell mérni (lassabb);
már a kezdetekkor meg kell tudni a tanuló elvárásait, reményeit;

vitára, kérdésekre elég időt kell szentelni;
sokféle szemléltető anyagot érdemes használni;

a tanuló tapasztalataira érdemes építeni;
az új ismereteket a meglévőkhöz kell kötni;
többoldalú megközelítés szükséges minden témában;

a példák, illusztrációk viszont konkrétak legyenek;

a vizuális segédeszközök egyszerűek, áttekinthetőek legyenek;

a rögzítés szempontjából fontos az ismételtes
a légkör segítő legyen;

időhiány ne korlátozza a tanulást;

tekintettel kell lenni a gyorsabb fáradékony-
ságra (rövidebb tanóra);

a tanár csak katalizátor, animátor legyen;

csoportos, együttműködő részvétel alakul-
jon ki a foglalkozásokon;

a tanulás a kapcsolatteremtés, kollektivitás
helye és motivációja legyen;

a tanulás interakciót jelentsen a környezet-
tel.

Megjegyzendő, hogy ezek közül a legtöbb más korosztályok számára is irányadó kell legyen a formális oktatásban, de itt különös jelentőséget kap.

Ismeretek köre

Tapasztalataim szerint a fő tantárgyi csoportok az időskorúak oktatásában: történelem, földrajz, tájegységek komplett bemutatása, irodalom, műelemzés, művészettörténet, zene-történet, filmtörténet, nyelvek, családszociológia, az idősödés élettani és szociális problémái, szellemi funkciók élettana, mindennapi gyakorlati kérdések (közlekedés, öltözködés, diétika). Fontos kiemelni, hogy az ismeretek szélesítésének, a készségek kialakításának minden formája a felnőtt- illetve az idősoktatás tárgya lehet, így a kosárfonás, festés, tánc, stb. Itt említendő, hogy hazánkban az amatőr és népművelési alkotócsoportok tagjainak kb. 10%-a 60 év feletti (30.000 személy).

Pontosabb elemzéshez két csoportra oszthatjuk az ismeretcsoportokat, tantárgyakat:

1. jelen-orientált: eligazodást adnak a mindennapi életben, hasznos információkat közölnek, ide tartoznak: jogi, közgazdasági, technikai ismeretek, néprajz, nyelvek,
2. múlt-orientált: csak leíró jellegű, közvetlen felhasználásra nem szolgál, intellektuális élményt ad, ide tartozik: történe-

lem, természeti földrajz, irodalom, képzőművészetek.

Természetesen a két terület átmehet egymásba pl. technikátörténet, vagy földrajzi ismeretek utazási célra. Van mindkét csoporthoz tartozó diszciplína, pl. életfilozófia.

Magyar idős tanulóknál korábban végzett felmérések ismételten azt mutatták, hogy inkább a múlt-orientált ismereteket részesítik előnyben, tehát az intellektuálisan gazdagító témák jelentenek vonzerőt. Mostanában viszont az aktuális, gyakorlati szempontból hasznos ismeretek iránti érdeklődés kerül előtérbe. Külön szót érdemel a számítógép-, illetve internethasználat kérdése, illetve ennek oktatása.

Egy, nyugdíjasok körében végzett felmérés (ELTE) már azt mutatja, hogy a tanulási igény első helyére a számítástechnikát teszi a megkérdezettek 38%-a, a nyelvtanulást 13%-a, az általános műveltséget 15%-a, az egészségmegőrzés ismereteit 10%-a. Az Európai Unió kiemelt programként kezeli a számítástechnika elsajátítását (e-ageing, a „digitális rés (gap)” csökkentése időseknél). A tervezett haladást azonban nem sikerült elérni (50% javulás 2010-re, Riga 2006). Hazánkban is hasznos kezdeményezések voltak, vannak (pl. „Kattints rá, Nagy!” tanfolyamok).

Néhány évvel ezelőtt 10% alatt volt az időskorosztályban az internethasználók aránya, úgy tűnik, lassú emelkedés tanúi lehetünk.

Legújabb adatok szerint a 65 év feletti korosztály 22%-a használ számítógépet, bár csak 14% ténylegesen, ezek két harmada napi rendszerességgel. Ezek többsége asztali számítógépet használ, így 60 és 64 év közöttiek 40%-a, 14% rendelkezik lappal (2010).

Neveléstudományi alapok

Az idős ember - ellentétben a fiatallal - egy hosszú élet tapasztalatával rendelkezik, ismereteket birtokol számos területről, sőt megélte bizonyos tudásanyag, elvek, ismeretek átalakulását, valótlanná válását, ebben a komplexitásban fog fel minden ismeretanyagot. Az élet jelenségei egységes egészként jelentkeznek és csak a tudat elemző tevékenysége bontja különböző diszciplínákra. A felnőtt, különösen az idős egyén számára a jelenségek integrált jellege természetes, így egy új ismeret részjelenségének elmélyült elemzése el is térítheti az egész megértésétől. Ezért került előtérbe az Engelhardt-féle úgynevezett átfogó (komprehenzív) oktatási koncepció, mely nem tematikus tantárgyak szerint adja át a tudásanyagot, hanem az előzőkben leírt összefüggérendszerben.

Témánk szempontjából kiemelt figyelmet érdemel Piaget tanuláselmélete. A neves oktatásfilozófus szerint „a legtágabb értelemben véve a tanulás alkalmazkodási folyamat: időben bonyolódik le azoktól a válaszoktól függően,

melyeket a személy régebbi vagy mostani ingerek együttesére adott.” Fókuszban a személy és a tárgy viszonya áll. A szerző elkülönít asszimilatív és akkomodatív tanulást. Az előbbit a következőképpen definiálja: „az inger csak az olyan séma birtokában fogható fel, melynek működésbe lépése adja a választ, és ekkor az inger és a válasz viszonya nem más, mint az inger asszimilálása a válasz sémájára.”

„Az akkomodatív tanulási típus (másolat jellegű megismerés), mintha a személy semmit sem adna hozzá a felfogott külső egymásutánhoz, és szerepe a felvételében nem az újrastrukturálásban állana”. A valóságban természetesen átmenetekkel találkozunk. A fentiekben leírtak alapján az idős egyénben az asszimilatív tanulási típus a jellemző, illetve a domináns: az előző tapasztalataihoz köti, hasonlítja, azokba integrálja az új információt.

A behaviorista elmélet szerint a tanulás nem más, mint stimulus(inger)-válasz egységek összegyűjtése (akkumulációja). Ez az akkumulatív folyamat az egész élet *folyamán tart és kaphat célzott jelleget a későbbi életkorban* is. Ehhez kell kapcsolni a Mezirow-féle transzformatív tanulás koncepcióját: a tudományban vagy a társadalomban bekövetkező változások megismerése a meglevő tudás átalakítására vezet, ez különösen számításba veendő időseknél, akikben a régebbi tudás jobban rögzült. P. Jarvis teóriáját kell még említeni. A társadalmi változások gyorsulása

igényli az egyéntől a folyamatos tanulást, amely főleg a napi tapasztalatokon alapul. Az egyének reakciói három csoportba oszthatók: nem-tanulás, nem reflektív tanulás és reflektív tanulás. Ezt befolyásolja, hogy az adott tapasztalat mennyire kongruens korábbi, biografikus tapasztalataival. Négy személytípus különíthető el a tapasztalat feldolgozása tekintetében: harmónia-kereső, józan, tevékeny és anómiás.

Az andragógián belül új paradigma az ún. heutagógia (S. Hase, 2000), amelynek lényege, hogy a tanuló önállóan határozza meg tanulási szükségleteit (self-determined learning), reflektál a világ folyamataira, végre hajtja a tanulás kritikai folyamatát, visszahat a szervezetre (előzménye volt – talán nem ennyire kimunkált formában – az autoandragógia). Ennek az idősök körében kisebb a lehetősége, csak magas intellektusú, a világgal még aktív kapcsolatban levő személyek számára adott. A gerontagógiában sokszor éppen a világ alakulásától elmaradó idősök szintre hozása a cél, az ismeretek nyújtásával, saját maga csak a fő irányt jelöli ki.

Az idős tanulók sajátosságai

Laslett első kornak nevezi az iskolai tanulás, az életre felkészítés, másodiknak a kereső munkavégzés, családteremtés, harmadiknak a nyugdíjazást megelőző és követő, még jó testi és lelki képességek, negyediknek a testi és/vagy lelki hanyatlás, az önellátási képte-

lenség időszakát. Az idősoktatás elsősorban a harmadik kort célozza meg, erre utal a harmadik kor egyeteme (university of third age) kifejezés, amelyet csaknem minden országban használnak (rövidítése UTA vagy U3A). Újabban a negyedik korhoz tartozó egyének oktatása is napirendre került (pl. konferencia Coventry-ben, 1999). Az idősoktatás adott korcsoporton belül is nagy heterogenitást mutatnak, ami az együttes foglalkozáson problémát jelenthet. Az idősoktatást végző intézmények, szakemberek általában nem jelölnék ki konkrét felvételi kritériumokat, ennek ellenére bizonyos jellemzők körülírhatók az idős tanulók körében.

Kor: talán az egyetlen adat az alsó korhatár, ahol limitet állapítanak meg, ez általában 55-60 év, de van ahol 50 év. Felső korhatárt nem jelölnék ki, nyolcvan év feletti tanulók megjelenése sem ritka. A többség 65 év körüli.

Nemek: néhány kivétellel a nők túlsúlya jellemző, általában 70% körüli arányban nők vesznek részt a foglalkozásokon. A férfiak talán jobban szeretik a megszokott társaságot, klubot vagy magányos hobbijuknak hódolnak.

Iskolázottság: előírt követelményként általában ez sem szerepel. Ennek ellenére az egyetemi, főiskolai végzettségűek és érettségizettek teszik ki a hallgatók többségét (általában 2/3-3/4 részük tartozik ehhez a csoporthoz). Egyesek szerint ez az elitizmus veszélyét rejt.

Egészségi állapot: az oktatást biztosító intézet megközelítése, a részvétel bizonyos fizikai, mentális és pszichikai állapotot feltételez.

Lakhely: a távolsági és közlekedési viszonyok nagymértékben befolyásolják a részvételt. Elsősorban az a döntő, hogy az adott településen van-e valamiféle oktatási forma, illetve van-e intézmény egy adott régióban. A foglalkozásra szállító buszok rendszere megadja a tanulás lehetőségét a kis települések lakóinak is.

Ezen tényezőkön kívül a következők befolyásolják a részvételt:

személyiség (érdeklődés a világ jelenségei iránt),

életpaszta, elégedettség eddigi életútjával,

volt foglalkozás,

családi szituáció (pl. egyedül élő személy),

jelenlegi társasági kapcsolatok,

családi feladatok (pl. nagymama-szerep),

kereső munka folytatása,

előzőleg megkezdett hobbi folytatása,

konkrét információ igény (eligazodás új helyzetekben).

A tanulást időseknél is befolyásolja – mint minden életkorban – az egyén tanulási képessége és annak típusa. Kolb és Fry például elkülönít konvergáló (jól alkalmazó), divergáló (tapasztalatból új elképzelés alkotója), asszimiláló (elméleti modell alkotója) és akkomodáló (intuitív megoldásokat alkalmazó) tanuló típusokat.

Külön átgondolást igényel az egyén útja a tanuláshoz és azzal való kapcsolatának fázisai. A következő lépéseket különíthetjük el ebben a folyamatban:

- információ nyerése az oktatásról,
- az érdeklődés kialakulása,
- megjelenés az oktatáson (gátlás legyőzése I.)
- az érdeklődés elmélyülése,
- a rögzítés, az elmerülés igénye,
- aktív részvétel (gátlás legyőzése II.),
- bizonytalanság, esetleg frusztrációs effektus és ennek legyőzése,
- sikerélmény kialakulása,
- az ismeretnek mindennapi életbe való beiktatása,
- továbbadás (narratív vagy oktatói szinten).

Mindegyik szempontnak speciális jelentősége van időskorban, így kiemelem, hogy az információk nyerése korlátozott, az új társasági kapcsolat kiépítése nehezített, a részvétel egy új tevékenységben gátlással jár stb.

A gátló tényezők

Igen széles azon tényezők köre, amelyek nem teszik lehetővé az idős egyén tanulását, ismeretszerzését. Itt elsősorban a nem-formális oktatási lehetőségek áttekintése szükséges, az egyén motivációjának hiányától kezdve a nem megfelelő didaktikai módszerekig.

Saját tapasztalatom alapján az alábbi gátló tényezőket különítem el (részben már érintettem az ellenkező oldalról, a motiválás szempontja-inál):

alacsony iskolázottsági szint
 korábbi életben kevés kulturális esemény
 kudarcokkal teli élet
 mindennapi gondok
 még kereső munka
 családi feladatok
 kielégítő társas időtöltés
 magányos hobbi
 rossz egészségi állapot
 passzív idősödési attitűd,
 művelődési helytől távolság,

A Grundtvig-program keretében lezajlott kutatás (RoLBOP) összefoglalóan négy nagy csoportra osztja a megvalósulást gátló tényezőket. Ezek közül a távoktatás többet áthidalna, elsősorban a televízió és az internet által, de az egyszerűbb megoldások is (pl. írásbeli anyagok) segítséget jelentenek. Sajnos, alig használják ki hazánkban ezeket a lehetőségeket. A négy csoport a következő:

1. hajlandóság hiánya: motiváció, egészségi állapot, stb.
2. intézményi tényező: térbeli megközelítés, didaktika, stb.
3. helyzeti tényező: családi szerep, anyagi helyzet, stb.
4. személyes körülmények: társadalmi osztály, rasszizmus, stb.

Természetesen a megoldásra stratégiákat dolgoztak ki, melyek van, ahol hatékonyak, van, ahol nem.

Oktatási formák, oktatók

Az idősoktatásban oktatási formának tekinthető minden közös, szervezett, oktató által irányított foglalkozás, amely ismeretgyarapítással jár. Ezt figyelembe véve most a következő formákat különíthetjük el:

idősek középiskolája;

idősek reguláris egyeteme: diplomát ad;

a „harmadik kor egyetemei”: non-formális, általában tanfolyam jellegű, látogatási igazolást adhat, de nem jelent szakképzést;

önkéntes szociokulturális, érdekvédelmi szervezetek foglalkozásai;

népfőiskolák, általános felnőttoktatási vagy külön idősek számára szervezett forma;

tanfolyamok, amelyeket különböző szervezetek rendeznek: szolgáltató központok, klubok, művelődési házak, kulturális központok, helyi oktatási és egészségügyi intézmények stb.

Az oktatás szervezője (tutor, educator), a tanulási folyamat építője empátiás személy kell, hogy legyen: irányító, programtervező, eszmeadó, tanácsadó, támogató szerepet kell vál-

lajlon, szemben a régi típusú átadó, terjesztő típusú személlyel. Sajátos kompetenciák birtokában kell, hogy legyen: elkötelezettség, jó kommunikátor, szélesebb oktatási jártasság, motiváló erő, felelősségvállalás, stb. (pl. QEduSEN projekt.)

A kölcsönösségen alapuló pedagógia képviselője kell, hogy legyen (contract pedagogy). Végzettségét tekintve lehet tanár, andragógus – azaz felnőttoktatási szakember – szociális munkás, egészségügyi dolgozó, népművelő. Utóbbiak mellett a külön geragógus-képzés még nem reális cél. Lényeges a gerontológiai jártasság. Vitatott kérdés, hogy vajon oktatási szakember vagy gerontológus legyen az oktatást vezető személy. Természetesen az adott témákat szakértők, egyetemi oktatók adják elő, de a csoportot az említett személy tartja egyben és stimulálja az ismeretterjesztés és együttlét vonatkozásában. A szakértő előadónak is azonban ismerete kell, hogy legyen az idők számára követendő didaktika jellegzetességeiről.

A felnőttoktatásban használt különböző *interaktív oktatási módszerek* az időknel is – megfelelő előkészítés után – igen hatékonyan használhatók, így a kiscsoportos foglalkozás, szendvics-módszer (előadás – megbeszélés – reagáló és összefoglaló előadás), pro és kontra típusú feldolgozás, belső kör – külső kör módszer, szerepjáték, munka fotókkal, képekkel, stb.

Külön kell foglalkozni a távoktatás szerepével, melyben az oktató és a tanuló elkülönül egymástól, térbeli és esetleg időbeli (szinkron, ill. aszinkron) távolság választja el őket. Előnye - ami időseknél lényeges -, hogy mozgásképtelen személy számára is bármikor elérhető (optimális időpontban, otthon), hátránya viszont, hogy nincs meg a közvetlenség és az individualizálási lehetőség, valamint a társasági együttlét is hiányzik.

Ezt a hátrányt egyenlíti ki az ún. blended vagy más néven hibrid-oktatás, amelynél adott a távoktatásban az oktatóval való kapcsolat. Ennek egy formája az ún. flipping edukáció: online szétküldött anyag másnapi tantermi (esetleg távolsági) megbeszélése. Technikai szempontból a távoktatásban felhasználható: nyomtatott anyag, audiovizuális közvetítés, illetve korunkban a telematika szerepe is egyértelmű. Nyugat-Európában az internet egyre inkább előtérbe kerül e területen is, nálunk is tapasztalható haladás, bár ez inkább a jövő öregeinek lesz távoktatási eszköze.

Idősoktatás az 1970-es és 1980-as években (nemzeti változatok)

Az idősoktatás az 1970-es évekre került az elfogadott diszciplínák közé. 1970-ben Howard McClusky megteremti az edukációs gerontológia fogalmát. 1973-ban a Fehér Házban konferenciát tartanak, amelyen az idősoktatást

abban a meggyőződésben tartják fontosnak, hogy az idősek képesek tanulni, ennek értelmes eredményei vannak és az optimizmus érzetét adja. 1976-ban megindul a Journal of Educational Gerontology.

1980-ban angol-francia konferenciát szerveznek e tárgyban, amely manifesztumot ad ki: mind az idősödés, mind a tanulás élethosszigan tartó, egymással párhuzamos folyamat.

A harmadik kor egyetemeinek sora 1973-ben indult Franciaországban (Toulouse), ahol Pierre Vellas professzor indította meg az elsőt. Azóta Európa csaknem minden országában megindult, így például Svájcban, Belgiumban, Dániában, Lengyelországban stb.

1981-ben Angliában az Egyetemi Tanács az idősoktatásnak a prioritások közti helyét deklarálja, ebben az évben indult meg az első „harmadik kor egyeteme” (Cambridge), amely az úgynevezett Open University tradíciójához kapcsolódik. 1985-ben indul az Education and Ageing (most: International Journal of Education and Ageing) című folyóirat. 1990-ben megalakul az Idősoktatási Társaság és indul az úgynevezett Older and Bolder program, és ugyanebben az évben legitimizált és akadémiai tárgy lett, mint a szociális gerontológia legelfogadottabb ága. Az 1990-es években harc folyik a költségvetési támogatásért és a szociális jogként történő deklarálásért, mivel az idősoktatás javítja az élet minőségét. London

mellett több vidéki egyetemi város is szakmai központtá válik (Lancaster, Keele, Surrey, stb.) Németországban kissé más alapokon indult el a felnőttoktatás. Berlinben a BANA program diplomás szakemberképzést nyújt. Dortmundban Veelken professzor alakította ki az úgynevezett Dortmund-modellt, ami a kultúra és a szabadidő új kapcsolódási formáját jelentette. Sok városban működnek idősoktatási központok, mint akadémiák (Heidelberg, Freiburg stb.).

Hollandiában a népfőiskolákra építve indul meg az idősoktatás (1986, Groningen).

Fokozatosan nemzetközi szervezetek is alakultak:

AIUTA: a harmadik kor egyetemeinek szervezete,

TALIS: az idősoktatás kutatására szerveződött intézmény, központja: Toulouse,

EFOS: az idős egyetemi tanulók egyesülete

ECUS: idősoktatás európai centruma, négy európai idősoktatási intézmény együttműködési szervezet, központja: Gmünd.

Ezen kívül más nemzetközi gerontológiai szervezetek is foglalkoznak ezzel a kérdéskörrel: EURAG, FIAPA stb.

Újabban úgynevezett intergenerációs oktatási formák is megjelentek, mivel az idősek különválasztásában egyesek az izoláció, a gettósodás veszélyét látják, másrészt a különböző generációk előnyösen szélesítik egymás gondolatvilágát (Franciaország: Université

inter-ages, Freiburg: alters-gemischte Studiengruppe).

Az utóbbi évtizedek néhány eseménye

Az Európa Tanács 1988-ban egy projektet indított „Felnőttoktatás és szociális változás” címmel, ennek keretében két csoportot állított ki a társadalmi változások két leginkább hátrányosan érintett rétegét számításba véve: a munkanélküliek és az idősek népességi rétegét. E tanulmány szerzője 1990-től az idősekkel foglalkozó csoport tagja.

Kettős céllal működtek e csoportok:

Európán belüli kapcsolatrendszert kialakítani a témával foglalkozó szakemberek között.

Közös tanulmány utakon megismerni az egyes országok gyakorlatát, speciális kérdések megoldását és ezeket elemezve az általános megoldási módozatok elméleti és gyakorlati összegzését, új formákat kidolgozni.

A következő tanulmányutakat szervezték az egyes részkérdések tanulmányozására:

London: etnikai kisebbségek öregjeinek oktatása,

Velkenburg (Hollandia): az idősek társadalmi részvétele,

Röschlikon (Svájc): memóriatréning idősek számára,

Soest (Németország): idősödés és permanens nevelés,

Nicosia (Ciprus): az idősek iránti pozitív attitűdök fejlesztése,

Termonfechin (Írország): idősek és a település fejlesztése,

Róma (Olaszország): az idősek kognitív aktivitásának fejlesztése,

Ljubljana, illetve Belgrád (Jugoszlávia): helyi tapasztalatok.

Strasbourgban 1993-ban záró konferencián összegezték az eredményeket és közös kiadványban is megjelentették ezeket (G. Bogard, W. Tyler).

Az Európai Közösség, illetve az Európai Unió egyes országaiban nagy lépések történtek az idősoktatás elméleti és gyakorlati fejlesztésére. Az Európai Szociális Karta Függelékében az idősekkel foglalkozó rész egyértelműen megfogalmazza ezt a szükségletet, illetve időskori jogot. 1995-ben az ulmi egyetemen összejöttek az idősoktatási szakemberek, áttekintést adtak az idősoktatás európai helyzetéről, előadásait könyv formájában is közzé tették (C. Stadelhofer, 1994-ben alakult továbbképzési központ, a ZAWIW vezetője). Még ebben az évben megalakították a LiLL (Learning in Later Life, Tanulás a késői életkorban) elnevezésű hálózatot, amely azóta több konferenciát tartott, időstalálkozókat szervez és hírlevélben értesít az európai eseményekről, 2008 óta a Duna-menti országokat összefogó Danube Networker szervezetet működteti.

A dokumentumok vonatkozásában nagy jelentőségű, hogy az 1990-ben kiadott Európai Idős Állampolgárok Kartájába felvették a geroeducáció kérdését, valamint az Európai Unió 1996-ban a Idős Emberek Érdekében Végzett Tevékenység Közösségi Támogatása címmel dokumentumot adott ki, amelyben az idősoktatás prioritását hangsúlyozza.

Nyugat-Európában sok oktatási és művelődési intézmény foglalkozik idősoktatással az utóbbi 20-25 évben. Folyamatosan nemzetközi fórumok dokumentumai (2000: Memorandum, 2002: madridi Cselekvési Terv, 2010: Lisszaboni Stratégia) és projektek foglalkoznak az idősoktatással (RoLBOP: a tanulás akadályainak felmérése, mérséklése, SLIC: fenntartható tanulás a közösségben, Q-Ageing: területi lehetőségek kialakítása, MindWellness: fejlesztő metódusok kimunkálása, SEELERNETZ: életminőség javítása tanulás által, MEMORO: interjúk 1940 előtt születettekkel, EMIL: az intergenerációs tanulás helyeinek európai térképe, E-VITA: történetek idősektől, Lire et faire lire: olvasási gyakorlatok, SMARTE: 5 ország programja: Never too old to learn). Hazánkban az Idősügyi Karta, az Országgyűlés által elfogadott Idősügyi Stratégia (2009) és a frissebb „Hazai időspolitika hosszútávú célkitűzései” című kormányzati anyag külön fejezetben foglalkozik az idősek tanulásával.

Magyarországi helyzet

A statisztikai adatok nem túlságosan biztatóak: 2010-ben az 55 és 64 év közötti lakosság 4,5%-a vett részt iskolarendszeren kívüli oktatásban, 2001-hez viszonyítva ez csökkenést mutat, bár a két adatgyűjtés területe nem teljesen fedi egymást.

A következő intézmények végeznek – ha nem is mindegyik külön idősök számára indított programmal – idősoktatást:

helyi közművelődési intézmények (művelődési házak, otthonok, központok, stb.): helyi viszonyoktól, település nagyságától, személyes ambíciótól függően különböző formában valósul meg, esetleg kifejezetten idősök számára szerveznek ismeretterjesztő előadásokat, becslések szerint a résztvevők (kb. 1 millió személy) 35%-a 65 éven felüli.

Tudományos Ismeretterjesztő Társulat (TIT): komoly országos hálózattal, több évtizedes tapasztalattal rendelkező szervezet, gyakran a művelődési házakat veszik igénybe; a TIT keretében indult a toulouse-i példa nyomán 1982-ben Budapesten a Nyugdíjasok Szabadegyeteme (dr. Lengyel Éva indította), vidéki városokban is működnek hasonlóak.

Magyar Népfőiskolai Társaság (MNT): hosszú tradícióval bír ez a közművelődési forma, a két világháború között indult dán példa alapján, egyes helyeken külön idősök népfőiskolája működik (pl. Szolnok).

Oktatási intézmények: középiskolai példa csak átmenetileg létezett; a világ fejlettebb részében a valódi felsőoktatási intézmények keretei között működnek a harmadik kor egyetemei; hazánkban 1981-től az egri főiskola szervezésében rövid ideig működött az Idősek Főiskolája, 1997-től a Batthyányi-Strattmann László Idősek Akadémiája (dr. Iván László) sokakat vonzó kezdeményezés (a Semmelweis Egyetem csak helyiséget ad, de szervezésében nem vesz részt) és csak az utóbbi években indultak komolyabb, tartós, főiskolai-egyetemi indíttású oktatási formák (2010: Széchenyi Egyetem, Győr, 2011: Zsigmond Király Főiskola, Budapest, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Sopron, 2012: Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Budapest); a Zsigmond Király Főiskola sajátos modellt alakít ki (Jászberényi József), három jellegzetességgel: nagy témákat bemutató előadások mellett kis, résztémákat ismerető satellita-tanfolyamok, kihelyezett előadás-sorozatok (más kerületekbe, közeli kisvárosokba), idős önkéntesek bevonása az oktatási folyamatba.

Országos szakmai társaságok: csak áttételesen segítik a már működő oktatást, sem a pedagógiai, sem a gerontológiai, sem szociális szervezetek közvetlenül nem működtetnek ilyen programot.

Nyugdíjasok érdekvédelmi szervezetei: a Nyugdíjasok Országos Szövetsége és a Nyugdíjas Klubok és Idősek „Életet az Éveknek” Ország-

gos Szövetsége említendő saját programjai alapján.

Önkormányzati szociális intézmények: az idősök klubjai (több mint kétezer) és idősök otthonai szerveznek az előzőekben felsorolt intézmények segítségével saját ellátottjaik, esetleg közelben lakó idősök számára előadásokat (pár évvel ezelőtti adat: klubokban 275 ezer résztvevő, 65 ezer foglalkozás évente, 19 ezer tanfolyam, 204 ezer óra).

Helyi egészségügyi intézmények: főleg geriátriai osztállyal rendelkező kórházak jönnek szóba; a gyakorlatban alig találkozunk erre példákkal.

Önkéntes és civil szervezetek: időnként igénybe veszik a fenti szervezetek segítségét; egyedül álló példa a miskolci Harmadik Kor Egyeteme, amely alapítványi indíttatású (dr. Dobos László), önálló szervezésű.

Zárógondolatok

Jaques Delors szerint a tanulás négy alappillére:

1. megtanulni ismerni,
2. megtanulni tenni,
3. megtanulni együttélni,
4. megtanulni létezni.

Talán egyik életkorban sem olyan lényeges ezeknek a megközelítési módoknak az elismerése, mint éppen az időskorban, amikor szinte minden területen a korábbihoz viszonyítva új helyzettel találja szemben magát az idős személy. A továbbéléshez meg kell tanulnia új

módon megközelíteni önmagát, a világot, amelyben él, aktívnak maradni, együttélni a megváltozott körülményekkel, a fiatal generációkkal, és mindezek közepette egyáltalán ki-egyensúlyozottan létezni. A tanulás viszont elősegíti a gyorsan változó világban, hogy az idősebb ember is megfelelő minőségű életet éljen.

Irodalom

Boga Bálint: Az idős emberek és a felnőttoktatás.

Kultúra és Közösség 1998/99, II. 137-145.

Durkó Mátyás: Gerontológia és népművelés. Acta paed. Debrecina 1965, XI./III., 23.

Gelencsér Katalin (2006): Az időskorúak művelődése és közösségi formái Magyarországon. Kultúrpon t Iroda, Budapest

Harangi László, Pordány Sarolta (2000): Felnőttképzés a közművelődésben. M. Művelődési Intézet, Budapest

Hidyné Kádár Emma (1989): Művelődés az időskorban. Múzsák, Budapest

Horváthné B. Mária, Pordány Sarolta (szerk.) (2000): Tanulás, művelődés, szabadidő időskorban. IIZ/DVV, Budapest

Jászberényi József (2011): Geronto-edukáció. PrintXBudavár Zrt., Budapest

Maróti Andor (1995): A fordulat esélye a felnőttek tanulásában és művelődésében. TIT Szövetségi Iroda, Budapest

Maróti Andor (2013): Elméleti alapok az idősek tanulásáról és tanításáról. Kultúra és Közösség IV./IV.(III). 67-77.

- Sz. Tóth János (vez.) (2009): A tanulás sokfélesége.
M. Nép-főiskolai Társaság, Budapest
- Waxenegger, A. (2011): Lernen und Bildung im
späteren Leben-salter. Leitlinien und Prioritäten
2020. Graz
- Whitnall, A., Percy, K. (1994): Good Practice in the
Education and Training of Older Adults.
Aldershot, Ashgate Publishing, London

Saját feljegyzései

13. A TANULÁS EGYÉNI ÉS TÁRSADALMI HASZNA IDŐSKORBAN

Miért érdemes tanulni időskorban?

Az idős ember, mint egyén többféle hasznot húzhat ismeretei bővítéséből, kezdve a munkavállalási kompetencia fenntartásától a szabadidő értelmes eltöltésén keresztül a biológiai és lelki egyensúly megteremtéséig. A kiegyensúlyozott idős ember a társadalom számára értéket jelent és a társadalom részéről kisebb szolidaritási, anyagi támogatási ráfordítást igényel.

„...az öregség leghatalmasabb védőfegyvere a tudományokkal foglalkozás és az erények gyakorlása...”

Cicero

„Aki befejezi a tanulást, öreg lesz, akár húsz, akár nyolcvan éves. Aki folyamatosan tanul, fiatal marad. A legnagyobb dolog az életben: megtartani szellemünk fiatalságát.”

Henry Ford

A tanulás céljai

Az idősek ismeretszerzésének céljai egyénenként különbözőek lehetnek. Tudatos szándék vezérelheti az egyént, praktikus vagy szellemi, önfejlesztő igény kielégítése a motiváció alapja. Van, akinél több cél is tudatosodik. Másoknál csupán az érdeklődés kielégítése játszik

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban szerepet, azonban ezeknél is az elsajátítás szükségletet kielégítő hozamot jelenthet. Esetenként az érdeklődést, a lappangó igényt másnak kell felébresztenie. Gyakran az ismeretszerzés, a tanulási folyamatban elsajátított anyag a kezdetben számításba vett célokat lényegesen meghaladó eredménnyel jár. Statisztikai felmérések azt igazolták, hogy az idősek 80%-a a tanulást hasznosnak ítélte. Ezek alapján az ismeretszerzés céljai és hozamai, nyereségei együtt tárgyalandók. Kolland az előnyöket a következő nagy csoportokba osztotta:

gazdasági hasznot hoz,
stimulálja a szellemi tevékenységet,
javítja az egészséget, a mortalitást befolyásolja,
javítja az emberek közti kapcsolatokat,
új nézőpontot ad, segít megtalálni az élet értelmét és az önkiteljesítést.

Az előnyök részletesebb áttekintésénél az alábbi területeken mutatkozhat hasznos következmény:

(1) a még *kereső munkát* végző idős számára szükséges a permanens tanulás, hogy a változó feltételek, a fejlesztések mellett is el tudja látni feladatkörét, a továbbképzésnek biztosítania kell szakmai kompetenciáját, ismeretei naprakészségét. Erre a nyugdíjkorhatár kiterjesztése miatt egyre inkább szükség lesz. A magyarországi foglalkoztatási adatok alacsony értékeket mutatnak az európai átlaghoz képest.

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban

Foglalkoztatottak 60 év felett (KSH)

2011 (%-ban)					
év		60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - x év
aktív, foglalkoz- tatott		14,3	3,5	n.a.	n.a.
Nyugdíjas vagy járadék mellett	férfi	4,8	3,8	2,1	1,5
	nő	3,2	1,7	0,7	0,5

Míg a korábbi korokban – talán a 20. század közepéig – a hosszú szakmai tapasztalat előnyt jelentett, jelen időszakban az említett gyors változások mellett ez még hátrány is lehet. Korábban bizonyos munkahelyi beosztás bizonyos kor után volt elérhető (age-appropriate), sőt ahhoz volt kötve (age-locked), a fejlődés következtében a kor másodlagos lett (age-irrelevant), sőt az idősebb kort negatívan ítélik meg. Tehát egy sajátos paradoxon tanúi lehetünk: a tapasztalat visszahúzó, gátló erőként működhet.

A rögzített belső mintázatok, modellek átírása nehezített, különösen azért is, mert egy idős személynek ezt élete folyamán esetleg többször is meg kellett tennie, vagy legalább is megpróbálnia. Meg kell azonban mindenképpen említeni, hogyha egy idősebb, nagyobb tapasztalattal rendelkező egyén – ha nehezeb-

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban is - de elsajátítja az új ismeretet, technológiát, szélesebben, gazdagabban tudja azt használni, alkalmazni. Egyrészt azért, mert a folyamatoknak van egy általános, állandó, belső dinamikája, másrészt minden szakmának van valami nem változó, immanens magja és ezek a tapasztalat mélyén megtalálhatók, csak meg kell találni az utat, hogy hogyan kapcsoljuk ezekhez az új tudást. Ennek a ténynek a felismerése vezetett a fejlett országokban az idősebbek munkavállalásának kedvezőbb fogadtatásához (grey revolution). Ehhez azonban a kompetencia három elemével tisztában kell lenni (Európai Bizottság, 2010):

- a. tevékenységek repertoárja,
- b. a kontextus, amelyben az idős akcióba lép (autonómia, felelősség),
- c. a tevékenység végrehajtáshoz szükséges kompetencia.

Ebben az értelemben, tehát már gazdasági megközelítésben jelent meg a rekurrens edukáció fogalma (OECD, 1973). Posztgraduális tanfolyamok, kurzusok biztosítják ezt (nemcsak az idősek számára), különösen az úgynevezett szintentartó tanfolyamok. Ezek, ahol kötelezőek és vizsgával zárulnak, a formális tanulás kategóriájába tartoznak. Lehet ún. validációs felméréssel meggyőződni az informális tudásszerzés aktuális kompetenciát biztosító hatásáról. Adott esetben új munkakör ellátására is felkészülhet az idős egyén, amely

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban a korábbi tapasztalatokra épülhet és akár hosszú évekig végezhető, pl. tanár nyugdíjazása után szociális ügyintéző (második karrier, "second carrier", német példa).

(2) *A korral jelentkező biológiai, pszichológiai és szociális változások* mélyebb ismerete, az okok, a megoldások elsajátítása, pozitív megközelítés kialakítása. Mindez az alkalmazkodás jobb megvalósítását segíti elő.

Az egészséges életvezetés részleteit megismerni minden életkorban ajánlatos. Mind az életmód (szükségletek kielégítését célzó tevékenységek rendszere), mind az életstílus (viszonylagos szabadsággal választott tevékenységek) tényezőinek módosításával a korral járó funkciócsökkenés jellege, üteme befolyásolható. Az élet kontinuum (folytonosságot mutató folyamat), de szakaszai közt változások vannak, melyekre fel kell készülni, a váltások idején több, most már tudományosan is kidolgozott ismeret elsajátítása lenne ajánlatos (diéta, mozgásmennyiség és -típus, szellemi tevékenység, közösségi aktivitás, stb.). Szervezett programmal lehetne ezt elősegíteni (például ilyen Evergreen Action Nutrition EAN-program). Erikson szerint nyolc életfázis van, amelyek mindegyike megoldást igénylő krízis helyzetét hozza magával. Az öregedés a nyolcadik fázis, amely az érettség vagy kétségbeesés alternatíváját vetíti elénk. A tájékozódás, a megoldások lehetőségeinek ismerete a pozitív

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban kimenetelhez segít hozzá (Reichard-féle konstruktív öregedés illetve az ún. „sikeres öregedés”), ezért nevezhető az időskori tanulás „komoly kedvtelés”-nek (serious leisure, Stebbins). Lehet kiemelt jelentősége a rokkant állapotú idősök számára is és van is rá gyakorlati példa (4. kor egyeteme Nagy-Britanniában). Itt, de általában az idősoktatásban, a távoktatás sok lehetőséget nyújt, ami hazánkban nincs megfelelően kihasználva (pl. televízión keresztül).

(3) *A külső (társadalmi és technikai) változások újabb jelenségeinek megismerése.* A társadalom átalakulása Kelet-Európában sok új, megismerendő változással járt, de a fejlett világban is a fejlődés összetettebbé tette a mindennapok társadalmi életét. Ezek megismerése segíti az eligazodást, az egyén tovább marad a társadalom integrált része, aktív tagja.

A technikai fejlődés olyan eszközöket hozott a háztartásokba (a technika domesztikációja, „élettársi viszony” a háztartási gépekkel), amelyek a korábban begyakorlott készségekkel nem kezelhetők. Ún. technikai generációk különíthetők el annak alapján, hogy milyen típusú eszközök használatára képes a mindennapokban az adott korcsoport. Így elkülöníthető:

mechanikus generáció, pl. parázzsal működő vasaló, valódi jéggel hűtő jégszekrény,

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban

elektromos generáció, pl. villanyvasaló, rádió, villanytűzhely, elektronikus generáció, pl. mikrohullámú sütő, többprogramú mosógép, televízió, telematikus generáció, pl. internet, számítógép használata, mobiltelefon összetett programja.

A belső és külső változások kettős inkongruenciát okozhatnak. Ha csak az egyik változna, az is alkalmazkodást igényelne: ha csak az egyén öregedne és a világ változatlan maradna, vagy a környezet változna és az egyén változatlan lenne, de a valóságban mind a kettő változik. Ez vezethet arra, hogy az idős gyakran úgy él környezetében, mint „bevándorló az időben” (immigrant in time, M. Mead).

A szükséges ismeretek elsajátításával csökkenthető a mindennapokban jelentkező funkcionális inkompetencia. Az idős gyakran nehezen ellenőrizhető helyzetekkel kényszerül szembe nézni, a tudás ilyenkor a kísérő önbizalommal kiegészülve „kognitív védőfaktor” (Cummins), élethosszabbító hatású (Boggs), sőt túlélési eszköz lehet a kritikus társadalmi helyzetben (Lozanova).

Itt kell részletesebben kitérni a számítógép fokozódó uralmára, ami az idősek egyre fokozódó lemaradását eredményezi a mindennapok világában (ún. digitális rés = gap a fiatalabb generációkkal szemben), lassan alapvető ál-

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban lampolgári feladatok is csak ezen az úton teljesíthetők (e-government).

A távolságot még növeli az idősek cyberphobiája. Ismét egy paradoxonnal állunk szemben: a technika összetettebb formája, kezelésének precízebb ismerete adná a legtöbb segítséget a mozgáskészségében hanyatló idősnek, aki nehezen, vagy sokszor sehogy sem tudja ezt elsajátítani (pl. vásárlás interneten keresztül).

Ezért cél kell legyen az egyszerű használatú metodikák kidolgozása. Ezzel szemben viszont megjelent az internet használatát tanuló, bizonyos mértékig elsajátító idősek csoportja, valamint a korcsoportot megcélzó szakmapolitikai tervezetek (e-ageing), tanulásukat elősegítő programok (pl. „Kattints rá, Nagy!”). Lassan az időskorba érnek azok a korosztályok is, amelyek már fiatalabb korukban találkoztak számítógéppel, esetleg foglalkozásukban használták is azt.

(4) *A korábbi körülmények miatt elmaradt tanulás pótlása.* A második világháború utáni évtizedekben az ún. szocialista országokban „dolgozók iskolái” működtek a tanulatlan munkások alapvető ismereteinek pótlása céljából, ennek munkavállalási célja is volt. Ezeken néha idősebbek is részt vettek. Mostanában inkább a munkavégzés, családi feladatok miatt korábban csak vágyott érdeklődési terület iránti igény időskori kielégítését jelenti, tehát első-

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban sorban szubjektív igényt szolgál. Így tárgya is inkább szórakoztató, önművelő jellegű, pl. művészettörténet vagy aktív festési tanulmány. Egy korábbi felmérés szerint az idősök 53%-a megtartja az előző életszakasz érdeklődési területét, 32%-ban újak (is) jelentkeznek.

(5) *Kedvtelés, a szabadidő értelmes eltöltése.* A nyugdíjazás után is sok feladat maradhat az idősödő ember számára: családi, pl. nagyszülői szerepek, kereső munka folytatása, hobbi-jellegű tevékenységek, amiket esetleg addig is végzett, ha korlátozott mértékben is. Mindezek ellenére sokak számára marad még szabadidő (späte Freiheit) kedvtelések számára, a kitöltésének módja a személyiségtől függ. Korábbi felmérés szerint erre idősök körében egy három óra 16%-nál, 4-5 óra 40%-nál, nyolc óránál több 23%-nál állt rendelkezésre. Egyeseknek a manuális tevékenységek jelentenek kielégülést (homo faber), ezért fontos az idősök számára indított kézművestanfolyamok (pl. kosárfonás), másoknak a szellemi ismeretek gyarapítása, ezen belül esetleg a művészeti elmélyülés (homo aestheticus) jelent vonzerőt vagy a rejtett képességek kibontakoztatása (pl. festészet).

(6) *Mentális tréning.* A szellemi képességek folyamatos működtetése frissen tartja az agyi mechanizmusokat, mint a fizikai képességek

gyakorlása a mozgató szervrendszereket (szellemi karbantartás). Élettani és morfológiai vizsgálatokkal kimutatták, hogy nemcsak felgyorsulnak, pontosabbak lesznek a reakciók a gyakorlás által, és javul az epizódikus memória, hanem szövettani változások jelennek meg, új idegösszeköttetések (szinapszisok) keletkeznek (kinetikus anatómia).

Az ingerszegénység elősegíti az időskori mentális hanyatlás kialakulását, az agy foglalkoztatása viszont késlelteti. Ebből a szempontból a tanulási anyag tartalma másodlagos, bár az a tanulás, amelyben valamilyen mértékű kombinatorika is szerepel, jobban edzi az agyat. Az Alzheimer-kór előfordulása is ritkább, romlása lassabb az egész életükben szellemi tevékenységet folytatók között, ugyanis nagyobb az ún. neuroplaszticitásuk (E. D. Bennett). Erre három magyarázat van:

- nagyobb kognitív rezerv alakul ki;
- nagyobb a szellemi flexibilitás, jobban tudja a kiesést kompenzálni;
- a személy egészében más, egészségesebb életstílust követ.

Vizsgálatok igazolják, hogy az időskorban folytatott aktív szellemi elfoglaltság, akár hobbi-jelleggel is, csökkenti a demencia kialakulásának esélyét.

Egyet ismertetek: egy kolostorban az idős szerzetesek közül azoknál, akik folyamatos kiegészítő szellemi tevékenységet is folytatnak (puzzle, rádió, televízió, múzeum, keresztrejt-

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban
vény, sakk, stb.) 47%-kal kevesebb Alzheimer-
kór jelentkezett (700 személy, 4 év alatt,
Religion Orders Study).

(7) *A társasági kapcsolatok szélesedése.* Az oktatási alkalmakon, a tanfolyamokon való részvétel új emberi kapcsolatok kiépítésére ad lehetőséget, mint minden közösségi program. Itt a folyamatos, ismételt részvétel ennek biztosabb alapját képezi. Az időskori elmagányosodás az öregkor egyik fenyegető árnya, pszichológiai alapon és az önelhanyagolás révén (self-neglect, mint geriátriai szindróma). A munkatársaktól való elszakadás, a felnőtt gyermekek elköltözése (empty nest: üres fészek), esetleg özvegység, befelé fordulás (introverzió), depresszió, stb. segíti elő az elmagányosodást. Ugyanakkor fontos, hogy az egyedül élés és magányosság fogalmát elkülönítsük. Egyedül élő idős személy is tarthat fenn sokirányú, interakciókkal teli kapcsolatrendszert, ugyanakkor népes családban élő is lehet elhagyatott, magányos lelki értelemben, igazi emberi kapcsolatok híján.

Az ismeretszerzés, együtt tanulás jó lehetőség többszörös kommunikációra, ismeretek cseréjére, esetleg barátságok, szorosabb kapcsolatok kialakulására. Ez elsősorban hasonló korúaknál következik be (a 3. kor egyetemem), de sajátos szellemi kapcsolat alakulhat ki különböző generációk között is. Nyugat-Európában ennek elősegítésére tudatosan szervezett

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban intergenerációs edukációs formák is működnek. A közös foglalkozásokon az idős az idő dimenziójába helyezi az ismeretet a fiatal számára, a fiatal a most, az „új világ” szemléletét hozza közelebb az idős számára.

(8) *Az élet értelmének jobb megértése (transzcendentális cél).* A kor előrehaladtával mindenki-
ben – kisebb-nagyobb mértékben – felmerül az élet értelmének, céljának kérdése (ez primer motiváció, V. Frankl), ezen belül saját életének értelmezése, a visszatekintés szinte kivétel nélkül bekövetkezik. „Az önmeghatározási és önminősítési készlet egyetemes emberi motívum” (Pataki Ferenc). Korral egyre kifejezettebbé válik tehát az élettörténet feldolgozása, egységgé formálása, ennek alapján az ún. narratív identitás (Gergen, Gergen) kialakítása. Az egyén az idősödés élményét a történeti események és személyes élettörténetének összevetése által elhelyezi korának kultúrájában (Heikkinen).

Bizonyos fokban az egyszerűbb gondolkodású, iskolázatlanabb emberek is eljutnak ehhez a kérdéskörhöz. A halál viszonylagos közelségével való szembesülés ugyancsak központi kérdéssé válhat. Vallásos, hívő egyén ennek feldolgozását könnyebben végzi. A kritikusan gondolkodó személy számára az ismeretek szélesítése tanulási körben elősegíti az életfilozófia kiteljesítését, az élet végének elfogadását, esetleg sok életesemény más megközelítésű

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban újragondolását, stb. „Aki tudja az élet 'miért'-jét, az jobban elfogadja a 'hogyan'-ját.” Erikson 8. fázisának pozitív megoldása esetén eljuthat az egyén a "második érettség" állapotába, amelyben a befogadás állandó készenléte mellett a valóság legvégső kérdései a végtelen horizontra nyitnak ablakot, ez a bölcsesség stádiuma.

(9) *A másokon segítség módjának megismerése (altruista cél).* Az idősödő személy új, mások felől elvárt, segítséget jelentő feladatok elé kerülhet. Néhány példa erre: beteg, rokkant házastárs ápolása, tanácsadás, segítség még idősebbeknek, unokákkal való foglalkozás, korrepetálásuk, stb. A feladatok ellátása a szükséges ismeretek megszerzését, esetleg csak felújítását, kiegészítését igénylik. A feleslegesség érzésének kiküszöbölését is szolgálja az ilyen fajta elfoglaltság. Ezen pszichológiai hatást meghaladóan élettanilag igazolt az a tény, hogy az altruista tevékenységet folytató személyek immunitása javul, megnő vérükben az immunoglobulinok szintje. Az önkéntes mozgalmakban világszerte gyakran vesznek részt még jó fizikális állapotú idős személyek. Nálunk még kezdeti fázisban van az önkéntesség, bár vannak jó példák (pl. hospice-okban). Az idősek anyagi problémái ellenhatást fejtenek ki.

(10) *A tanulás és a tudás birtoklásának tudata, mint örömszerző és örömet folyamatosan adó szellemi tevékenység és állapot.* Az „öröm: kedvező esemény hatásaként támadó kellemes érzés, derűs, vidám lelki állapot”, az „életöröm: az élet szépségein érzett egészséges öröm” (Magyar Értelmező Szótár). A két fogalom között természetesen kapcsolat áll fenn, az örömteli események ismétlődése megalapozza az életöröm kialakulását. A személyiségtől függ, hogy mit élünk meg örömként, ez mennyire mélyre ható és mennyi ideig érezhető a hatása. Az örömök köre lehet testi, lelki vagy szellemi. Az időskorral a testi örömök lehetősége általában csökken, a lelki örömökben eltolódások (barátok elvesztése, a gyerekek lelki eltávolodása stb.) jönnek létre a személyközi kapcsolatok rendszerének változása következtében. A szellemi örömök megszerzésében egészséges idősödés folyamán lényegében nincs korlátozás, sőt kiteljesedés lehetősége áll fenn. Az egyik legmagasabb rendű öröm a tudás megszerzésének folyamata és a megszerzett ismerettel rendelkezés tudata. Így a szellemi „esemény” lelki örömmé változik és a negatív folyamatok ellen hat (depresszió, apátia). Kolland kései virágzáshoz (late-blooming) hasonlítja. Ennek jelentősége még azáltal is kiemelendő, hogy korral az emocionális intelligencia (EQ) relatív túlsúlyba jut a kognitív intelligenciával (IQ) szemben. Ezen felül az öröm a pszichoszomatikus egység működése

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban következtében biológiai előnyökkel is jár (az agykéreg és a vegetatív idegrendszer kapcsolata, valamint humorális hatások, azaz serkentő hatású, vérrel terjedő anyagok felszabadulása: citokinek, endorfinok, stb. által).

(11) *Az önkifejezés, a kreativitás elősegítése.* Az ember alapvető lelki igénye, hogy tevékenységével önmagát kifejezze, létezésének jogosultságát igazolja, alkotásával képességét bizonyítsa. Ez az igény időskorban is fennáll, sőt mivel bizonyos aktív szerepkörökből az idős kiszorul, a belső vágy még kifejezettebbé válhat. A mindennapi feladatok, kulturális tevékenységek, a hobbik területén valósulhat meg a kreativitása, amihez a tanulási lehetőségek motivációt, a módok ismeretét nyújtják. A második karriernek a non-formális oktatáshoz kapcsolt formájával is találkozunk, amikor rejtett vágy és tehetség bontakozik ki, például a festészet technikájának megtanulása által. Festészeti kiállításokat is látunk időskorban festővé vált személyek munkáiból.

(12) *Társadalmi és politikai elismertség, respektus növekedése.* Az aktuális körülmények ismerete, az aktív szellemi atmoszférában élés és részvétel az idősek elismertségét, respektusát, véleményük elfogadásának valószínűségét növeli. A modern társadalomban gyakran észlelt jelenség az ún. age-izmus (R. Butler), mely az idősek csupán kor miatti negatív diszkriminá-

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban
cióját jelenti. Egy amerikai felmérés szerint az
idősek 80%-a életükben legalább egyszer talál-
kozott ilyen megnyilvánulással. Korábban a
tapasztalat (élet- és szakmai tapasztalat) ön-
magában nagyobb súlyt adott az idős sze-
mélynek, az idősek csoportjának. Az állam, a
város, a közösségek vezetői, irányítói ők vol-
tak. Innen a szenátus, szenátor, presbiter máig
használt kifejezései.

A fejlődés, a változások ütemének felgyorsulá-
sa következtében a korábbi ismeretek rögzülé-
se, tárolása nem előny, inkább hátrány az
ügyek vitelében. Csak az új tudásanyag, az új
szervezeti működések elsajátításával lehet lé-
pést tartani, elismerést kivívni. Ez szükséges
az idősek érdekérvényesítésénél is mind a
mikro-, mind a makrokörnyezetben. A rend-
szerváltás utáni magyar országgyűlés összeté-
telében a 60 éven felüliek aránya egyik kor-
mányzati periódusban sem érte el a lakossági
idősarányt (20 %). Belgiumban ún. Idősek Par-
lamentje működik, a törvényhozást az idős
népesség érdekei szempontjából véleményezi,
kontrollálja.

Nálunk is működik az Idősügyi Tanács, bár
korlátozott hatáskörrel. Általában a civil szer-
vezetekben tudják az idősek hasznosítani ma-
gukat, másrészt érdekeiket megjeleníteni, de a
civil társadalomnak ez az optimális működése
nálunk még várat magára.

13. A tanulás egyéni és társadalmi haszna időskorban

(13) Az *egyén biológiai rugalmasságának fokozódása*. Az előbbieken felsorolt és elemzett célok, illetve hozamok külön-külön vagy együtt, függetlenül a tanulásba vont témától, az idős egyén megfelelő biológiai állapotának fenntartását, javítását szolgálják. Az öregedés élettanának, kórtani jelenségeinek ismerete módosíthatja az életmódot, de ezen felül az ismertett hatások befolyásolják a mentális egészséget és ez a pszichoszomatikus egység koncepciójának értelmében a testi harmónia, egyensúly fenntartását eredményezheti.

A felsorolt tanulási célok és nyereségek első sorban az egyént érintik, de utaltam az emberi környezetre kifejtett hatásra. Meg kell említeni, hogy az andragógia hazai meghonosítója, Durkó Mátyás is már 1965-ben behatóan foglalkozott a népművelés jelentőségével az idősök életében. Ő írja, hogy ez „alapvető jelentőségű lesz az öregkori élet harmonikussá tételében és tartama kiterjesztésében” és a veszteségek „pótlására, szublimálására” teremt lehetőséget. Mindegyik felsorolt – szellemi és másodlagosan testi – többlet pozitívan hat az életminőségre, annak mindegyik összetevőjére, ezáltal az idős egyén autonómabb, önmagát jobban ellátó személy tud maradni vagy olyanná válni (sikeres öregedés) és ennek eredményeképpen kisebb anyagi és gondozási terhet jelent a társadalom számára, beleértve a családot és a makrotársadalmat.

Irodalom

- Joja, D. O. (2013): Learning experience and neuroplasticity – a shifting paradigm. NOEMA XII. 159-170.
- Lakatos Judit (2012): Az idősebb korosztályok foglalkoztatási jellemzői. In: Tevékeny időskor. KSH, Budapest
- Kolland, F. (2011): Bildung und aktives Alter. BooksonDemand GmbH, Nordersted
- Kolland, F. (2013): Benefits of learning in later life. Előadás, ForAge konferencia, szept. 30., Budapest
- Malec, M. (2012): Learning in later life and the construction of meaning: biographical research and the „signposts of life”. Intern. J. Education and Ageing 2(3),197-209.

Saját feljegyzései

14. A FIZIKAI ÉS A MENTÁLIS AKTIVITÁS EGYMÁSRA HATÁSÁNAK SZEREPE A SIKERES ÖREGEDÉSBEN

A testi mozgás javítja a szellemi funkciót.

A fizikai aktivitás minden formája biológiai és pszichikai úton javítja a szellemi működéseket, valamint gátolja az élettani és kóros mentális hanyatlást. A mentális aktivitás is elősegítheti a fizikai mobilitást, motivációt jelenthet és a racionális végrehajtást segíti.

*„A végén majd nem az számít,
hogy mennyi éved volt az életedben,
hanem hogy mennyi élet volt az éveidben.”*

Abraham Lincoln

A „sikeres öregedés” fogalma

A „sikeres öregedés” (successful ageing) fogalmát P. B. Baltes és M. M. Baltes (1980, 1990) alkotta, lényege: eredményes alkalmazkodás az öregedés okozta veszteségekhez, képesség azok kompenzálására, és a megmaradt készségek optimális használatára. Ezáltal az egyén az átlagnál sikeresebb a kor előrehaladásához köthető kihívásokkal szemben. A fogalom kifejtésénél hét alapvető megállapítást tettek:

1. különbség van normális, sikeres és patológias öregedés közt,

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

2. mindenki másként öregszik (heterogenitás),
3. még nagy a látens rezerv időskorban is,
4. a rezerv határai szűkebbek azonban, mint a fiatalabbaknál,
5. a tudásalapú pragmatika kompenzálni tudja a kognitív mechanika csökkenését,
6. a nyereség/veszteség mérlege kevésbé pozitív,
7. a self (a személyiség magja) rugalmas maradhat időskorban is.

A szelekció-optimalizáció-kompenzáció triádsa használható a folyamatban (l. később). Ez az öregedési típus nemcsak egyeseknél tapasztalható pozitív jelenség, hanem ennek adataira támaszkodva, mint program, mint cél került meghatározásra. Az utóbbi évtizedekben a sikeres öregedést több oldalról megközelítették meg: fizikai, élettani, pszichológiai, szociológiai, filozófiai, stb. értelemben. Most leginkább Rowe és Kahn definíciója elfogadott, amely három tényezőt foglal magába:

1. betegségek, rokkantság elkerülése, egészséges életstílus,
2. magas kognitív és funkcionális kapacitás fenntartása,
3. aktív (közösségi) életvezetés.

Lényegében a biológiai, pszichológiai és szociális szférák találhatók meg benne. Újabban a sikeres öregedés fogalmát meghaladó, úgynevezett tudatos öregedés koncepciója (Moody)

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

került megfogalmazásra, amely annak tényezőin felül a fokozott tudatosság, az autonómia, a spiritualitás és az *életelégedettség* igényét is tartalmazza.

Az aktivitás szerepe

Az „aktív” kifejezés jelentését a Magyar Értelmező Szótár úgy határozza meg, hogy: *tevékeny, serényen cselekvő*.

Aktív embernek az nevezhető, aki a cselekvés, a tevékenység valamilyen formáját folyamatosan gyakorolja. Ebben benne foglaltatik a fizikai (mozgással kivitelezett), a szellemi és a mindkettőt feltételező és egyesítő közösségi aktivitás. A fizikai aktivitás gyakorlása a mozgásszervek, a szellemi aktivitás gyakorlása a mentális funkciókért felelős idegrendszer kapacitását növeli, illetve az idősödésnél bekövetkező funkciócsökkenést gátolja, redukálja. A sikeres öregedés mindegyik koncepciójának mindegyik tétele (akár belülről, akár kívülről tekintve) az aktivitás fokozását célozza meg. A korábbi, a passzivitást előtérbe helyező paradigma (az ún. *disengagement* = kivonulás, 1950-es, 60-as évek) után a folyamatosság, az aktivitás koncepciója jelentkezett, a Reichard-féle konstruktív típus előnye a passzív, ún. „arm chair” („karosszék”) típussal szemben. Ezek a megközelítések a „sikeres öregedés” előfutárának tekinthetők. Mindezt elismerve a

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

WHO a 2002 évet, az EU a 2012-t az aktív időskor éveként hirdette meg.

Jelen fejezet azt a kérdéskört járja körül, hogy a fizikai ill. a szellemi aktivitás nemcsak saját szférájában hatékony, hanem a másik terület funkcióképességét, kapacitását is növeli. A pszichoszomatikus felfogás értelmében ez a kapcsolat természetszerűnek tartható. Fejlődéstani adat is alátámasztja: célzott mozgás az idegrendszerrel párhuzamosan alakult ki a filogenezis során, azaz a kettő feltételezi egymást. Van adat arra, hogy a mozgáskészség korrelál az IQ-val. H. Gardner többszörös intelligencia koncepciója is magába foglalja a két terület kapcsolódását: az általa meghatározott intelligenciaterületek közül kettő a mozgáshoz kapcsolódik: a térfelfogás és a testi-kinesztéziás tudat területe. A szomatikus (testi) intelligencia, a szomatikus tudatosság (A. Blake) létrehozásában az endorfinoknak (belső keletkezésű morfin-szerű anyagok) van szerepe és ezek a stressz testi tüneteinek feldolgozását segítik. Ki kell emelni, hogy a távolkeleti egészség-koncepciók a két terület lényegi összetartozását, egységét hirdetik (pl. tai chi: testi nyugalom lelki csendet hoz).

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

A mozgás jelentősége

A mozgásnak (hely- és helyzetváltoztató) megvan a maga kiemelt helye az emberi élet dinamikájában, a szükségletek, az igények ki-elégítésének rendszerében. Gyakorlati szempontból három típusa különíthető el a mindennapi életben: célmozgás (adott helyre távozás), nem célzott (séta) és rendszerezett (torna) mozgás. Jelentőségét holisztikus megközelítésben kell értékelni, különösen az idő-södés egészének térrénumában (gerodina-mika).

Az autonómia egyik fő komponense a tér (élet-tér) és a tárgyak (környezet) birtoklásának képessége, a mozgás ennek eszköze is. Így biztosítható az önellátás, az önmegevalósítás fizikai része, de ehhez kell a mozgás mentális megtervezése, tehát az emberi mozgás elválaszthatatlan része a mentális működés. Igazolt tény, hogy idős embernél a mozgás kognitív funkció is, az ún. munkamemóriát használja mozgás-nál (fiatalnál automatikusabb). A mozgás köz-ben végzett szellemi feladat rontja a végrehaj-tást, pl. gyaloglás közben végzett nehéz szá-molási gyakorlat egyensúlyvesztéshez vezet-het.

Az általános testi elesettség felé közeledő idős egyénnél a helyváltoztató mozgás kiesése a testi kórállapotok, akár életet veszélyeztető formáit segítheti elő (immobilizációs szindró-

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

ma). A folyamatos fekvés következtében fel-fekvés (decubitus), alsó végtagi mély vénás trombózis, keringési kapacitáscsökkenés, tüdőgyulladás, izomsorvadás, emésztési zavarok, székrekedés, vizelet-inkontinencia vagy -retenció, depresszió alakulhat ki.

A fizikai aktivitás hatása a mentális aktivitásra

Világszerte több vizsgálat igazolta, hogy a fizikai aktivitás, a programozott mozgás javítja a mentális funkciókat, gátolja az élettani illetve kóros mentális hanyatlást idős egyéneknél. Egy néhány a vizsgálatok közül:

- > 170 személy, 6 hónapig hetente 3x50 perc séta, utána javulnak az intelligencia-tesztek eredményei és ez a javulás 12 hónapig megmarad (Melbourne, 2008);
- > hetente egyszer-kétszer állóképességi tréning, fokozatosan jobb koncentráció, konfliktus-feldolgozó készség (Harvard Egyetem);
- > 1700 személy, rendszeres testmozgás, 20 év múlva 40%-kal kevesebb Alzheimer-betegség (AD), ezek alapján javaslat: 3x45-60' mozgás/hét, vagy 3x15-20' erőltetett mozgás/hét (Boston Brigham Kórház);
- > 1740 65 év feletti személy 6,2 év múlva 13,0% demencia 3-nál több mozgásprogram/hét, 19,7% 3-nál kevesebb program/hét esetén (Seattle, 2006) ;

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

> 138 ötven év feletti személy enyhe kognitív zavarral 6 hónap fizikai aktivitási programmal: mérsékelt javulás a tesztekénél, 18 hónapig fennmarad (Perth, 2004-2007);

> hat hónapos mozgásprogram, MRI (mágneses rezonancia vizsgálat) előtte és utána: agyvolumen nő (kinetikus anatómia: funkció hatása a struktúrára, szinapszisok, idegsejtkapcsolatok száma nő), aktivitás javul;

> hetente 3x50' nordic walking, fél év után homloklebény sejtömege nő.

A mozgás pozitív hatása az idegrendszerre a következő élettani hatásokban nyilvánul meg:
neuroprotekció: védelem a degeneráció és az ártó hatások ellen,

neurotrófia: anyagcsere javítása,

neurogenesis: új sejtek képzése,

neuroplaszticitás: alkalmazkodási képesség javul (ez az idegrendszer alapvető tulajdonsága).

Ezen hatások háttérében már – az esetek nagy részében – kísérletileg igazolt élettani mechanizmusok állnak (a mozgás sokoldalú pozitív biohatásának alátámasztására ezeket, ugyan megértésük szakmai felkészültséget igényelnek, teljességük érdekében részletesebben, szakmai szinten ismertetem.):

a korfüggő oxidatív stressz (szabad gyökök felszaporodása) csökkentése: kevés ROS (reaktív oxigén species) képződése antioxi-

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

dáns-képzést, DNS-reparációt indukál (hormesis-teória);

BDNF (brain-derived neurotrophic factor: agyi eredetű anyagcserejavító) képződését fokozza (pl. erős futásnál nő a szintje): hippocampusban (emlékezés egyik központja) a neuroplaszticitást javítja (jobb tanulási effektus, antidepresszáns hatás);

IGF-1 (insulin-dependent growth factor, inzulintól függő növekedési faktor): neurogenezist indukál, kognitív zavarnál csökken, fizikai gyakorlás ezt emeli, emelt anti-amyloid hatás: Alzheimer-kórban ez rakódik le;

DHEA (dehydro-epiandrosteron, hím nemi hormon származéka) szintje nő: IGF-1-en át hat;

VEGF (vascular endothel growth factor, érbelhártya növekedési faktora) szintje nő: angiogenezist fokozza, neurotrofikus és neurogenetikus hatású (hippocampus).

Tréningre még további humorális aktív anyagok szintje nő:

tesztoszteron (hím nemihormon): BDNF-en át hat;

serotonin (alapvető idegrendszeri közvetítő anyag): tanulás, memória javul;

dopamin: Ca-calmodulin szisztémán át hat;

noradrenalin: (szimpatikus idegrendszer hormonja): mint előbb;

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

acetylcholin: (paraszimpatikus hatóanyag):
ACH-eszteráz gátlása által;

endocannaboid (belső cannabis-szerű anyag) szisztéma aktiválódik: szorongásoldás, fájdalomcsillapítás;

endorphin szabadul fel: frontolimbikus rendszerben, ez okozza a mozgás utáni eufóriát;

agyi vérkeringés javul: mind a cortexben, mind a subcortexben, ezáltal nő az oxigén- és glükóz-felvétel, VEGF- és NO (nitrogén-oxid, fontos erekre ható alapanyag) bioszintézis nő, mindez javítja a teljesítményt;

adenin-nucleotidok szabadulnak fel az izomból (ATP), értágulást okoz, az idegrendszerben is, ez az ún. metabolikus kommunikáció keretébe tartozó effektus.

Hosszútávú megnyilvánulások is előnyös hatást gyakorolnak a patológiás hanyatlás gátlása területén:

cholesterin-, triglicerid-szint csökken:
athero-sclerosis (érelmeszesedés) ellen hat,
inzulin-rezisztencia csökken,
obezitás ellen hat: túlsúlynál több kognitív zavar, AD (alacsony leptin-szint).

A fizikai aktivitás, rendszeres mozgás áttételesen, pszichológiai hatás, pszichés egyensúly elősegítése révén is pozitívan befolyásolja a szellemi aktivitást, egyrészt a motivációt serkenti, másrészt a teljesítményt javítja. A dep-

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

ressziós hajlam, a szorongás lehetősége, a distressz ritkábban jelentkezik (glukokortikoid-szint csökken), így javul a koncentrálási képesség. Emellett a fizikai teljesítmény tudatának felszabadító hatása által a feladatra beállítódás könnyebbé válik. A szükséges mentális készségeket meghaladóan a kreativitás is javul. A fizikai aktivitás végrehajtása során más személyekkel is kapcsolatba kerül az egyén, ezáltal előnyös szociális hatás is megvalósul.

Cattel és Horn szerint a kognitív képességek tartománya két területre bontható: a fluid vagy folyékony és a krisztallizált vagy kristályosodott intelligenciára. Az előbbi egy új feladathelyzetben való, előző tudástól független teljesítményt, az utóbbi a tanult ismeret, tapasztalat hatékony alkalmazását jelenti. Időskorban az első beszűkül, a második javul, ugyanakkor a kettő közeledik egymáshoz, egyre több fluid tapasztalat épül be a kristályos intelligenciába és a kristályos tapasztalat segít a fluid feladat megoldásában. A tudásalapú pragmatika kompenzálni tudja a kognitív mechanika csökkenését (Baltes). A fizikai mozgás – úgy tűnik – a fluid aktivitást és az ezt kompenzáló mechanizmust serkenti („resilient self”, rugalmas én, Mortimer).

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

Szellemi aktivitás hatása a fizikai aktivitásra

Ez a kölcsönhatás nem minden esetben következik be, de gyakran megfigyelhető. Lényegében inkább a mentális kontroll előnyös befolyását észleljük a fizikai, mozgásos tevékenységre. Közvetlen biológiai hatás alig mutatható ki, de megjelenhet a szellemi tevékenység pszichológiai stimulust jelentő hatása, amely a biotónus, ezen belül az izomtónus fokozódását okozhatja.

A szellemi tevékenység mozgást elősegítő, többnyire indirekt hatásai a következők lehetnek:

- az idősödés élettanának ismerete tudatosan mobilitást fokozó motiváció kell, hogy legyen;

- sokszor a szükségletek kielégítésén felüli tréning szükséges a mozgásképesség fenntartásához;

- az ismeretgyarapítás örömszerző tevékenység, mely humorális változások (endorphin) és idegrendszeri tranzakciók (hippocampus) által mindenfajta tevékenységre fokozza a motivációt;

- a kulturális tevékenység (lakáson kívül) mozgást igényel: el kell menni egy adott helyre;

- szellemi megítélés alapján kell a fizikai terhelést felmérni, végrehajtását tervezni;
- az ennek alapján végzett mozgás kevésbé

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

megterhelő és így mindenképpen előnyösen befolyásolja a testi aktivitás fenntartását, mozgások ismételhetségét.

Baltes az idősödő maratoni futó példáját elemzi a már említett szelekció-optimalizáció-kompenzáció triásza alapján (SOC-modell):

szelekció: bizonyos más tevékenységet el kell hagyni, mert több idő, energia kell,

optimalizáció: másfajta tréning, életmód szükséges a kondíció eléréséhez,

kompenzáció: a mozgástechnika részleteinek megismerése az alapja abból a célból, hogy a részletek tervezése által kisebb legyen a funkcióvesztés hatása.

Ebben az értelemben figyelemre méltó Schulz és Heckhausen ún. élettáv (life span) teóriája, mely szerint életünk első periódusában, a primer kontroll időszakában a környező világ igényeinknek megfelelő megváltoztatására irányuló törekvésünk dominál, a második, a szekunder kontroll periódusában az egyén igyekszik minimalizálni és kompenzálni a veszteséget, szelektálni a célok között, azaz csökken a külső körülmények változtatásának képessége és így alkalmazkodásunkkal kell egyensúlyt teremtenünk. Itt is megjelenik a fizikai készségek mentális kontrollja, ezáltal azok célszerűbb és eredményesebb használata és hanyatlásuk lassulása.

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

Összefoglalva

A sikeres öregedés célja lényegében a megfelelő életminőség biztosítása. Az életminőség négy térrétegében (biológiai szükséglet, emberi kapcsolat, elfoglaltságok köre, kedvtelések, Aggernaes) a fizikai és szellemi képességek működtetése révén képes az ember biztosítani maga számára az életelégedettséget időskorban is. Fontos szem előtt tartani a gyakorlatban azt, hogy ebben a fizikai és szellemi aktivitások kölcsönhatásának szinergista szerepe van.

Irodalom

- Apor P., Rádi A. (2010): Veterán sportolók. Az idős fizikailag aktív emberek egészsége és életkilátásaik. Orv. Hetil. 151 (3), 110-113.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990): Successful ageing: Perspectives from Behavioral Sciences. Cambridge University Press, NY
- Christensen, H., Mackinnon, A. (1992): The Association between Mental, Social and Physical Activity and Cognitive Performance in Young and Old Subjects. Age Ageing 22, 175-182.
- Deslandes, A. et al. (2009): Exercise and mental health: many reasons to move. Neuropsychobiology 59, 191-198.
- Fox, K. R. (1999): The influence of physical activity on mental wellbeing. Public Health Nutr. 2(3A), 411-418.

14. A fizikai és a mentális aktivitás egymásra hatásának szerepe a sikeres öregedésben

Gardner, H. (1983): *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books, NY

Lautenschlager, N. T. et al. (2008): Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Older Adults at Risk for Alzheimer Disease. *JAMA* 300, 1027-1037.

Lustig, C. et al. (2009): Aging, training and the brain: A review of future directions. *Europsich. Rev.* 19, 504-522.

Moody, H. R. (2002): *Conscious Aging: A Strategy for Positive Development in Later Life*. In: Ronch, J., Goldfield, J. (eds): *Mental Wellness in Aging: Strengthbased Approaches*. Human Services Press

Ravaglia, G. et al. (2008): Physical activity and dementia risk in the elderly. *Neurology* 70, 1786-1794.

Rowe, J., Kahn, R. (1987): Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Schulz, R., Heckhausen, J. (1996): A life span model of successful aging. *Am. Psychol.* 51, 702-714.

15. AZ IDŐS EMBER ÉS A NARRATÍV IDENTITÁS

Az ember személyiségét felidézett és elbeszélt múltja határozza meg.

Az ember azonos a múltjával. Időskorra kialakul a személy életíve, amelynek felidézése, benne az élete értelmének megtalálása és mindennek megfogalmazása (narráció) megteremti az önmeghatározás (identitás) lehetőségét. Ez a folyamat gyakorlatilag mindenkinben lezajlik különböző tudatossági szinten és hozzájárul ahhoz, hogy kialakul-e az életelégedettség érzése.

*„No story, no self.”
Jerome Bruner*

Bevezetés

Az idős ember szembesül azzal a ténnyel, hogy biológiai, pszichológiai, szociális változások következtek be életében, egyre többet gondol élete előző periódusaira, egyre többet beszél róluk. Az életidő nagyobbik része elmúlt, ezt úgy éli meg, mint egy hosszú utazás részvevője az út végéhez közeledve (homo viator, Marcel). Múlt egyáltalán azáltal keletkezik, hogy az „ember viszonyba lép vele” (Assmann). Felmerül benne a kérdés: az maradtam-e, aki és ami voltam, ki és mi vagyok most, mi az életem értelme; azaz erősödik benne az introspekció.

Ennek alapján mondható, hogy az öregedés folyamata önmagában spirituális természetű, az öregség: „természetes kolostor” (Moody). Az idős ember múltjának eseményei alakítják személyiségét, ezek rakódnak rá és módosítják veleszületett adottságait, sőt egy kor után meghatározóak lesznek. A személy – 50. életéve után, megfelelő mélységben általában 65-70 éves kora táján – áttekinti, számbaveszi, összegzi, magyarázza, értékeli ezeket, a történelekben személyét elhelyezi, mindezt megpróbálja megfogalmazni, verbálisan (esetleg non-verbálisan) kifejezni és gyakran el is mondani. Ezen folyamat – amely nem ennyire komplett formában életünk korábbi szakaszaiban is jelentkezik – vezetett a narratív identitás fogalmának megalkotásához (McIntyre; McAdams; Ricoeur). Az élet lényegében „elbeszélt (illetve elbeszélhető) történetek szövedéke” (Ricoeur), az ember „történetmesélő állat” (story-telling animal, McIntyre), aki ezáltal saját maga krónikásává, történészévé válhat (“his/her own annalist”, Mink). Mindezek alapján nemcsak biológiai értelemben öregszünk, hanem életrajzi értelemben is, tehát az öregedés narratív folyamat is (Randall). Gullette ezt, mint a „hanyatlás narratíváját” (narrative of decline) nevezi meg. Ilyeténképpen beszélhetünk narratív gerontológiáról is (Kenyon).

A téma kibontása

A narratív identitás fogalmában tehát három, egymással szoros, dialektikus és reciprok kapcsolatban levő dimenzió találkozik: a személyiséget kifejező identitás, a belső világot megfogalmazó, kifejező narráció és mindezek bázisát képező múlt emlékezete, tudati képe.

Nézzük sorra ezeket! Áttekintésüknél a három fogalom elkerülhetetlenül átszövi egymást és mindegyik tétel az időskorból visszatekintve kap igazi, gazdag értelmet.

Az identitást három megközelítésben határozhatjuk meg:

1. jellemző tulajdonságok halmazának együttese, amely által egy dolog, személy felismerhető: ez filozófiai, szociológiai definíció, külső aspektust fejez ki,
2. egy egyén elkülöníthető személyisége, amely egy folyamatosan fennálló egységnek tekinthető: ez pszichológiai, és még mindig külső megközelítés,
3. a magunk érzete, ami adja az azonosságot és folytonosságot a személyiségnek az időben: ez is pszichológiai, de belső, saját magunk megélését kifejező meghatározás. Első, lényegét feltáró leírója Erikson volt: pszichoszociális identitás: a szocializáció folyamán kialakult énazonosság tudata, amelyben az én és nem-én dialektikus kapcsolatban van.

A fogalom tudományos és mindennapi használatakor legtöbbször ebben az utóbbi értelemben jelenik meg. A narratív identitás is ehhez az értelmezéshez kapcsolódik.

Az identitás-elemzéssel több összetevőre bontható (Nagy, Ricoeur alapján):

testkép,

én-kép,

önértékelés,

csoporttagság: család, hivatás, nemzet, vallás,

énazonosság folytonossága.

Ez utóbbiban fejeződik ki, hogy ontológiailag én vagyok az az egy, ami nem más, amiből nincs több és testi létem megszűnése után is fel nem cserélhető (numerikus identitás, Perry). Ricoeur pedig elkülönítette az identitáson belül a megszakítás nélküli folytonosságnak (memeté, dologi azonosság) és az azonosság mélyebb értelmének (ipszeitás, emberi azonosság) fogalmait, amelyek azonban a személyen belül állandó interakcióban vannak egymással, átfedik, metszik egymást. Assmann különbséget tesz az „én”-en belül egyéni (mindenki mástól megkülönböztető vonások) és személyes (a társadalomban megjelenő szerepek, képességek) identitás között.

Neisser az önmagunkról való tudás öt válfaját választotta szét, amelyek az életút eseményeinek identitást formáló hatásánál külön elemzést igényelnek:

1. ökológiai én: környezettel való kapcsolat,
2. személyközi én: érzelem, kommunikáció,
3. kiterjesztett én: múlt (emlékezet), jövő,
4. személyes én: ami bennem van, tudatom,
5. konceptuális én: szerepek, attitűdök.

Az identitás mélyén húzódik meg a „self”, amely énünk legbelsőbb tartalmi része, a személy mástól elkülönülő lényegi része, a személyiség rezervoárja, a kognitív és affektív tulajdonságok hordozója, a személyiség egységbe integráltságát fejezi ki.

Van tudatos és tudatalatti része, mely bennünk matrixként kapcsolódik egymáshoz, a „core identitas”-t alkotva (Pintér), másutt úgy határozzák meg, hogy a személyes tulajdonságok hordozója, amelyet a szerepek, a külső meghatározottságok kontextusa (vagy „térképe”) vesz körül (Jones, McEwen) („magidentitás”). A magyar nyelvben a „magam” szó is valószínűleg etimológiai vonatkozásban a mag szóhoz köthető).

Roth szerint a self 8 különböző én-aspektust foglal magába:

1. a testi én,
2. jelenlegi helyem a térben,
3. az észlelő én, aki mint középpont látja a környezetét,

4. magamnak, mint észlelő lénynek a tapasztalása,
5. én, mint cselekvő és önkontrolláló személy,
6. önéletrajzi folyamatosság éntudata,
7. magamról gondolkodó én,
8. morális, önértékelő én.

A narráció elbeszélést, elmesélést, magyarázó szövegmondást jelent. Az ember egyik jellemző belső motivációja a történetmesélés (impulzus mesélni, „impulse to narrate” White; autobiográfiai imperatívusz, Randall). Az egyszerű, lingvisztikai jelentésétől (mesélés) eltérően a tudományos, pontosított, modern definíciója szerint: események időbeli rendbe helyezése és kísérlet értelmet adni a tapasztalatnak személyes (person-in-flux) vagy kulturális összefüggésben (Sandelowski). Fontos tehát a múlt, jelen és jövő közti kapcsolat és kulturális-szociális miliő értékelése. Sajátos, ún. küszöb-aktivitást jelent „elkapni” a kapcsolatot a múlt, a jelen és a jövő elemei között az idő futó pillanatában. Már Arisztotelész azt állította, hogy a narrációban imitáljuk magunkban az említett akciót (mimesis praxeos, „a cselekedet utánzása a történet”, Arisztotelész).

A narráció rendszerezett megjelenése már átvezet a narratív identitás területére: az események mikronarratívái (részcselekmények sokszoros szálai) egységes értelmet nyerve a személyiség általunk vélt lényegét körvonalazzák, pszichológiai egységet teremtenek. A

személyiségünket a történeteinkből absztraháljuk (McIntyre). „Személyes azonosságunk, élettörténetünk egységében áll” (Tengelyi).

Heidegger és Husserl szerint is az élettörténet az önazonosság kibontakozásának terepe (Tengelyi). A múlt eseményei jelentik tehát az identitást formáló, narratívában megjelenő történéssort, alapja az én-élmény azonossága és folytonossága, ami biztosítja a belső koherenciát (Pataki). „A múltam az az önmagában létező, ami én vagyok, mint már meghaladott valami” (Beauvoir). Az identitás-összetevők szinkrón, szimultán, azaz egy időmetszetben történő vizsgálata szűk képet nyújt, csak a metakrón, tehát különböző idősíkokat, „idő-kapszulákat” magába foglaló, azaz az élet eseményeire visszatekintő, narratív elemzés, önelemzés ad a személyiség igazi mélyét feltáró eredményt.

A kutatók többsége vallja, hogy az identitás csak ebben a formában valósul meg. Az önismeret a múlt „kisajátítása” (appropriation), magunkévá tétele; a múlttal való kapcsolat megszűnése az identitás elvesztéséhez vezet (Crites).

McAdams definíciója szerint a narratív identitás: belsővé vált, fejlődő története a self-nek, amely a személy életét az egység képzetével, céllal és értelemmel látja el. Ezzy szerint az önfolytonosság érzetét adja, amint szimbolikusan integrálja a megélt tapasztalat eseményeit a személy által elmondott élettörténet cselek-

ményében. Nem csak felidéz, hanem főleg rekonstruál, újjá alakít, „áramló fenomén” (Pintér). Struktúra, színhelyek, jellemek, cselekmények, témák, összefüggések fogalmazódnak meg benne. Egész életen át minden beépül (ha nem is minden tudatosan), integrálódik, így az identitás összegződés eredménye (identity cumulation hypothesis, Thoits).

Az elemzésben azonban el kell különítenünk azt, ahogy az események valóságos hatásaik által alakítják az identitást, és azt, ahogy az emlékek összerendezése alapján később a narratívában mi teremtyük meg. Tudatunk folyamatosan értelmet adhat az életnek, narratív súlypontokat alakítunk ki, a múlt rekonstrukciójával az elképzelt jövőt is formáljuk. Az ilyen típusú narráció már a serdülőkorban megjelenik, a történetek folyamatosan táplálják egész életünk folyamán, minden esemény folyamatosan formálja identitásunkat („a self egy állandóan újraírt történet”, Bruner). „Az egyén élettörténete egyúttal mindig identitás-története is” (Pataki). A teljesség felé közelítő ív 60 év körül kezd kialakulni, tehát a narratív identitás igazán időskorban ad komplex képet. A legtöbb emlékezést kiváltó adalék 15 és 25 év között rakódik le, a még tabula rasa-ként üres területeket mutató tudatunkba (a szakirodalom ezt a reminescence bump idejeként tartja számon, Draaisma, Baars), ekkor „gyülekezik” a legtöbb „első alkalommal emlék”. A tudattalan identitással is kell számolnunk

(„rejtett mély”, Freud), így a lelki trauma, a nosztalgia gyakran csak szimbolikus nyomot hagy (Pintér). Egyes vizsgálatok szerint viszont a fiatalkori traumák 70 év felett már nem bírnak jelentőséggel.

Az alapképlet egyszerű alakja így fest:

$$\frac{\text{állapot}}{\text{helyzet}} \rightarrow \text{esemény} \rightarrow \frac{\text{helyzetváltozás}}{\text{állapotváltozás}}$$

Az időskori narratívában megjelenő régi élet-eseménynek azonban több vetülete van, Bruner szerint:

- a megélt: life-as-lived,
- a megtapasztalt: life-as-experienced
- az elmesélt: life-as-told (először a személy önmagának meséli el).

Magam részéről még több irányú elemzés eredményének tartom az időskori elbeszélésben megjelenő korábbi jelentős eseménynel a személyiséget alakító képét:

az esemény, mint a történés maga (Ding-an-sich),

akkori megélése: jelentősége, érzelmi konnotációja,

későbbi megítélése,

ennek felülbírálata,

hogyan emlékszem az eseményre most

jelenlegi megítélése, jelentősége,

hogyan fogalmazom meg, mondom el.

Az első megközelítés pszichológiailag nem is létezik (life itself), filozófiailag is nehéz elkép-

zelní (Bruner). Ez van a történelemírás paradoxona háttérében is: aki benne van a történetben, elfogult, mert valamelyik oldalról érintett; aki később akarja leírni, csak áttételes adatokkal dolgozhat.

A fokozatok végiggondolása jelenti viszont az „önösszemérés” személyes aktusát (Pataki), amelyben benne van az állandó módosítás elkerülhetetlen folyamata is.

Erikson az élettörténet áttekintéséhez fontosnak tartja három összekapcsolódó, de tartalmilag eltérő időfogalom szem előtt tartását:

életidő: kronológiai sorrend,

életciklus: szakaszok különböző szerepekkel,

életút: minden, amit átéltünk.

Az egyén múltjának elbeszélésben történő összerendezésében Mandler szerint a következő rendező elveket alkalmazza, természetesen sokszor nem tudatosan:

kategorizálás hasonlóság alapján,

matrix: függetlenek egy csoportban, időbeli együttes,

szeriális: egymás után következés,

sematikus: egy nagyobb fogalomhoz kapcsolható.

Freeman szerint pedig a következő elvek alapján:

okai gondolkodás,

történeti megértés (akkori jelentősége),

morális értékelés,

politikai: régi történés jelentőségének mostani elismertetése.

A narrációban, a régi történetek és az öregeedésbe torkolló identitás megítélésében a self dichotómiát mutat (James): két részre válik, úgymint

szubjektum, a megismerő, az értékelő: I as subjective knower (tisztá én)

objektum, a megismert, az értékelt: me as object that is known (empirikus én).

Tehát az énem egyik fele elmondja a másik felének gyakorlati életét, ez értékeli azt. A self részeinek dialógusa zajlik. Az „I” csinál helyet a „me”-ben a szerepek számára. A visszaemlékező én (remembering self) kapcsolatba kerül a felidézett énnel (remembered self, Barclay). Jung is elválasztja az Ego-t, az önös kis ént és a mély magot jelentő nagy ént, a teljes tudat alanyát, a Selbst-et.

Az önéletírásokban mindig megtaláljuk a narrátor és a főhős közötti távolságot, „distanciát”, olykor keverednek az elbeszélés folyamán, de mindig megjelenik a történés és nézőpont kettőssége (Szávai). Visszatekintésnél itt lép be az emlékezés, felejtés tényezője, az emlékképek teszik belső élménnyé a lényegét tekintve változhatatlan múltat (németül emlékezni = erinnern etimológiailag azt jelenti, hogy belsővé tenni).

Az emlékezés szelektáló szerepe azonban lényeges, egyszerűen biológiai alapon (a kép idővel szegényedik), vagy a tudatalatti vonzó

illetve hárító hatása következtében. A szakadozott memória hézagait a tudat kiegészíti, „újra csomagolja” (repackaging, Pennebaker, Seagal). Az emlékezés tartja fenn lényegében az identitást, azok vagyunk lényegében, azok vagyunk tudatunkban, amire emlékszünk, hogy voltunk, vagyunk (autonoetikus emlékezet, Markowitsch, Welzer).

A self és a memória szimbiózisban van (Beike). „A saját múltunk óriási tárházának kezelője az emlékezet [...] sajátos önmozgással rendelkezik. Az emlékezés munkája szelektál [...] Az emlékek küzdelme az idővel szinte állandó [...]” (Losonczi). Az emlékezés viszont rögtön átvisz a narráció területére: „az emlékezés semmit nem ér elmondás nélkül. Az elmondás pedig semmit nem ér anélkül, hogy meghallgatnák” (Ricoeur). Ebben már a self és a nyelv kapcsolata is megnyilvánul. Assmann szerint az időnek az emlékezés kultúrájában, a térnek az emlékezés művészetében van szerepe, az előbbi a tervezésben, az utóbbi a tanulásban segít.

Az események között különbségek vannak abban a tekintetben, hogy milyen szerepük volt az élet fő vonalainak meghatározásában és általában ezen súlyuk alapján jelennek meg a narratívában, amit befolyásol az is, hogy számunkra mi a kedves, mi mozgatta meg maradandóan érzéseinket („feeling memory”) illetve mi foglalható be kialakított önképünk keretei közé. Ebben jelentősége van annak,

hogy a személy kogníció-konzisztens-e vagy affektus-konzisztens (Pataki), azaz inkább értelem- vagy inkább érzelemirányított-e. Újabban azonban nem választják el élesen a két típust („szinergetikus nézet”), de az érzelmi elköteleződésnek alapvető szerepe van az identitás alakulásában. Az aktuális hangulati tényezők is befolyásolják az emlékezet válogató működését.

Mindettől függetlenül az élettörténetben vannak később is kiemelkedőnek tartott csúcspontok (tipping points), amelyek után kisebb jelentőségű időszakok következnek. Tengelyi sorseseeményről beszél, amely „magától meginduló, uralhatatlan módon lejátshódó, földalatti értelemképződésre utal, amely az élettörténetben új kezdetet jelent”. Ezek az időpontok, mint temporális mérföldkövek (temporal landmarks, Shum), mint az életciklus határhő eseményei (Pataki), mint sűrűsödési pontok (Pataki), mint sorstörténések (Ancsel) segíthetnek az utólagos időstruktúra alakításában (rendező csomópontok), egyéb események elhelyezésében az életív vonalán, úgy, hogy azok előtte vagy utána vagy két kiemelt esemény között törtétek-e (terminus ante quem, terminus post quem: időpont, amely előtt, időpont, amely után).

Igen fontos az elbeszélő számára a jelentőség szerinti kapcsolása az eseményeknek, ilyen – sokszor nem tudatos – szempontok: megítélés a jelen vagy egy értékelt végpont szempontjára.

ból, rangsorolás következmények alapján, ok-sági láncolatok felismerése, elválasztó momentumok.

Ezekben megjelenik az esemény személyiségre kifejtett, tehát identitás-formáló hatása (énesemény interakció, ezek lényegében a 60. év előtt jelentősek), de az események egymásra is hatnak, konkrét lefolyásukban, de főleg a következmények tekintetében (esemény-esemény interakció). Lényeges tétel – amit James, az identitás-koncepció már említett 19. századi nagy reprezentánsa is vallott – hogy személyes identitás csak külső referenciákhoz képest alakulhat ki, illetve, hogy lényegében a személy és a társadalom kölcsönhatása fejeződik ki benne. Schapp szerint életünket mint másokhoz kapcsolt „sztorik vendége” éljük át, ezen kívül nem is létezőnk, a világ sem más, mint ezen történetek hálójában (narrative web).

Az identitás tehát csak közösségben, másokkal megvalósuló interakciókban tud létrejönni. Ricoeur külön könyvet írt a mások bennünk megjelenő hatásairól: magam, mint más (oneself as other): itt átlépjük (transcend) magunkat, egyrészt a self úgy viszonylik magához, mint máshoz, másrészt a más úgy nézem, mint magamat, így jutok el az empátiához. Proust megfogalmazza, hogy „a mi társadalmi énünk mások elméjének az alkotása”. Ebből következik, hogy ezt érzékelve, ezt tükrözve, erre reagálva is alakul személyiségünk: hogyan kell kinézzünk másoknak, vál-

toztatjuk magunkat, vagy ellenállunk (looking glass self, tükör-én, Cooley). „Egymás sorsa vagyunk” (Ancsel). Egy idős ember élete folyamán hány emberi kapcsolat részese volt! Így igen sokféle jelzést kapott másoktól, melyek alakították akár elutasító, akár elfogadó értelemben. Tágabb értelemben saját történelmünkbe vagyunk ágyazva, mint kortárs szereplők és mint „szociális tudósok”, ebben a vonatkozásban beszélhetünk metanarratív identitásról (Somers) és a nemzedéki sors hordozói is vagyunk (Pataki).

„...emlékezetünk végül biz egybeolvad az emberiség emlékezetével.”

Illyés Gyula: Öröködök

A narráció jelentősége az idős személy számára

1. Egyszerűen az életesemények, olykor csak néhány, máskor az egész életív áttekintését jelenti, amelyben azonban – mint utaltunk rá – még a legprimitívebb ember számára is megjelenik valamiféle értelmezés, ezért a „narratív” fogalmába ilyen használatánál mindig az értékelés momentumát is bele kell értenünk. Az idős életének nagyobb része lezajlott és gyakorlatilag mindig túl van mind biológiai, mind szociális értelemben élete akméján, több tény gyűjtött magába, ezért az igazi, teljesebb identitást kifejező, azt leíró szerepe időskorban van. Ekkor lehet az életívnek sorssá alakulásá-

ról beszélni (Hankiss). „Az embert sorstapasztalatai teszik azzá, ami lényegét alkotja” (Ancsel). Egyúttal önmagának a múltidézésnek az idősödéssel szemben énerősítő hatása van. Az öregek „a vénüléssel járó lefokozódással valami változatlan, örök lényegyet szegeznek szembe, és fáradhatatlanul mesélnek maguknak arról, akik voltak, s aki tovább él bennük” (Beauvoir).

2. Az élet értelmének keresése primer emberi motiváció, racionálisan nehezen található meg, inkább intuitív módon és a mindennapok kis történései szintjén érhető el, ez mindenki számára adott (Frankl). Az időskori narrációban mindenképpen ez a leggyakoribb szándék. Erikson epigenetikus modelljének nyolcadik fázisa az időskor, melyben az ember az érettség, a kiegyensúlyozott, integrált öregség vagy a kétségbeesés, a veszteségek megélésének stádiumába jut, illetve az öregkor kihívásának pozitív vagy negatív kimenetelét képes megteremteni. Az életív tudatos értékelése – akár reális, akár torzult formában – adja ehhez az alapot.

*„Nem vagyok jó már semmire,
Csak arra, hogy magamat tisztán lássam”*

Csoóri Sándor: Várom az őszi esőket

Gyakran a személy nem sorolható be tisztán egyik vagy másik kategóriába, hanem egyes életelemekeket, a hozamokat és veszteségeket külön vizsgálva átmeneti fokozatba helyezhető (nyereség/veszteség arány) illetve helyezi magát. Lényeges momentum, hogy az ember több a tetteinél (Ancsel).

Az úgynevezett sikeres öregedés biológiai, mentális, szociális triászánál az életelégedettség („belső béke”) érzése, ennek az életútban megtalált spirituális-egzisztenciális dimenziója fontosabb lehet (tudatos/öntudatos öregedés, conscious ageing, Moody 2002). Az életöröm az értelem megtalálásának következménye. Mélyebb gondolkodású embernél az életút végiggondolása az élet globális értelmének megsejtéséhez is elvezethet (Übersinn, felettes értelem, Totalsinn metafizikai fogalma, Frankl), a világegész (Weltganz) transzcendentális értelme azonban Frankl szerint igazolhatatlan (Frankl).

3. A múlt eseményeinek távlatba helyezése, az említett többretegű elemzése elősegíti a kedvező életösszegzés belső kialakítását. Ez a tendencia a narratívák elemzésénél egyértelműen kimutatható. Az ember korosodva egyre inkább úgy érzi, hogy megközelíti kívánt tulajdonságainak birtoklását (fejlődési optimizmus, Bauer). Az 50 év felett megfogalmazott narratívában több a pozitív tónus, az integratív jelentés. Ha disszonanciát érzünk az önéletrajzi

emlékekben, korrekciót végzünk (disszonancia-redukció, Pataki). A negatív életesemény túlélése, elviselése, feldolgozása, esetleg abból származó előnyös következmény miatt a személyiség erejét, ügyességét bizonyító tényezővé válhat, a nehéz sors elviselése, átalakítása énerőt bizonyít („nehéz út a jó élethez”, King).

4. A kutatók egy része kiemeli a narratívák alkalmazásának mindig jelenlevő aktuális szerepét: a narratívának lehet pszichológiai, szociológiai funkciója (McAdams), mindig célra irányul (goal-oriented endeavour, Schachter): az egyén a szituációnak, énes érzelmeinek megfelelően állítja be a történetet, megjelenhet ént szolgáló ferdtítés (self-serving biases, Neisser). Így többszörös, egymástól némileg eltérő önéletrajzi elbeszélések lehetségesek egy adott személynél is, amelyek bizonyos pontokon kapcsolódnak azonban egymással (internarratív identitás, Maan).

5. A narratíva etikai jelentősége kiemelkedő fontosságú lehet, sokszor önigazoló jellegű, akár külső bírálattal, akár saját önvádolásával szemben, mintegy kimagyarázza a személy magának régebbi, morálisan nem teljesen tiszta döntések körülményeit. Ebben a felelősség élessége a magyarázat kimunkálása által tompul, sőt fel is oldódhat. Ekkor a narráció kataritikus szerepet tölthet be.

6. Az önértékelésnek van egy a reális ént, annak történetét az ideális énnel összevető kritikai vonulata, amelyben az idős személy – szubjektív módon – a sikeres élet, a sikeres öregedés elérését gátló tényezőket veszi számba. Itt merül fel az a gondolat, hogy bizonyos döntéseket másként kellett volna meghozni. Az elrendelésben hívó könnyebben eljut a belenyugváshoz. Utólag is láthatjuk úgy, hogy a döntés egyértelműen személyiségünk és a körülmények összejátszásából fakad, így nem lehetett más (l. Max Frisch: *Biographie, ein Spiel* című drámáját). Ugyanakkor azt is el kell fogadnunk, hogy az ember önmaga számára nem mindig, nem minden szempontból az, aki és ami (Beauvoir).

7. Az élettörténet fordulóinál, megrendítőbb eseményeinél megjelenhet az egyén számára a mindennapi élet alatt/felett a sors valamilyen transzcendentális villanása, ekkor lesz – Hankiss szavaival – transzprens az esemény. Esetleg csak később a narrációban válik ez tudatossá.

8. Az élettörténetet gyakran, mint külső történetek kavalkádját éljük meg, melyben bensőnk, a „real self” mindig fiatal marad. Az öregség maszk, mely elfedi az igazi identitást (a James-féle I-t), a látvány-életkor nem azt fejezi ki, amik belül vagyunk (Featherstone, Hepworth). A maszk olyan lehet, mint egy

kalitka a fiatalnak érzett belső világ részére, de ez a maszk is a valóság része. „A szívem fiatal maradt, szerepet játszom, a hetvenéves szerepét” (André Gide). Az öregedő én mintha egy másik személy lenne fiatalon maradt belső énemhez képest.

*„Egy öreg ember ül a szokott helyemen,
az asztalnál, a fotelben, a széken,
az ő haja őszül a fejemen, ...”*

Orbán Ottó: A rejtőző rokon

Ennek a belső érzetnek a pszichológiai kutatások némileg magyarázatát adják: a személyiségvonások többsége az öregedés folyamatában kontinuitást mutatnak, azaz több egyéni tulajdonság változatlan marad.

9. Az öregedésben megjelenő hanyatlásnál a múlt, a fiatalkori lényünk nosztalgikus fájdalommal jelenhet meg, mely már csak emlék és a jelen, a jövő már csak üres időszak. A múlt időszak önmagában is gazdag lehetőségeket nyújtó periódus volt („aranyévek”). A múlt és a jelen között áthidalhatatlan ellentét feszülhet. Az érdemleges életesemények ideje lejárt, az elbeszéltnivalók időszaka lezárult (narrative foreclosure, Bohlmeijer), már csak az epilógus ideje van hátra.

*„Ti nem tudjátok ám, ki voltam én,
A láng ...
Vagy voltam tán, akár a trombiták szava ...”*

15. Az idős ember és a narratív identitás

Füst Milán: Álom az ifjúságról

*„Bennem csak az él, ami volt,
Az igaz csak, ami már nem lesz.”*

Csoóri Sándor: Megint egy év

Az élettörténet áttekintése és a jelen beszűkült testi-lelki képességeinek felmérése a nagy személyiségeknél is különböző, jövőjükre vonatkozó elhatározásokra vezettek (l. Churchill és XVI. Benedek pápa példáját).

A személyiségtől és a sorstörténeésektől függően időskorra különböző életút folytatási modellek alakulhatnak ki.

Hankiss a következő típusokat különítette el:

the Cadillac man: gazdag, elismert személy,

az alapítványi elnök: köztisztelőben álló közéleti személy,

professor emeritus: tovább dolgozó tudós,

az előadótárs sztárja: pozíciójából kikerülve tapasztalatát terjeszti,

a memoáríró: életösszegző,

a kertész: hobbi-tevékenységben találja meg kiteljesedését,

a nagymama: családi feladatoknak engedi át magát,

a sakkjátékos: homo ludens hajlamának enged,

az újságolvasó: a világ történéseinek híreibe merül el,

a zarándok: készül, általában vallásos átélésben, az élet befejezésére,

a bölcs: filozofikus elmélyültségben figyeli az élet eseményeit és fogadja el az elmúlást.

Az egységes énkép dilemmái

Az egységes énkép (koherencia) megjelenítése a narratív identításban alapvetőnek tűnik, de legtöbbször dilemmákkal találja szemben magát. Ritka az egy ideológia vagy egyirányú eseménysor mentén megvalósuló életút vagy sors.

Snaevarr az ilyen elkötelezettségben élő embert don Quijote-i embernek (homo quixotiensis) nevezi, szemben a fordulatos életet élő sartre-i regényhőssel (homo roquentinensis: Antonin Roquentin Az undor szereplője). Az identitás általában kontinuitás és diszkontinuitás mentén teremődik (Baars).

Roland Barthes „az életképek bámulatos variabilitásáról” beszél. Egyrészt előfordul, hogy az identitás egyes részelemei más-más irányú fejlődést mutattak az idő előrehaladása során, ezáltal nincsenek harmóniában egymással (pl. előregedett külső, fiatalos szellemi mozgékonyság), másrészt – és ez jelent nagyobb önmeghatározási problémát – az életút folyamán nagy irányváltások következhetnek be, amelyek egyenes vonalba állítása nehéz vagy lehetetlen. Az identitás kutatói – persze – ezt is beillesztik az emberi psziché, vagy self felépítési, fejlődési és reaktív formái közé (rugalmas

én, Cohler). Itt említhető Eysenck többszintű (multi level) és McAdams, Pals többrétegű (multi-layer personality) személyiséget elemző teóriája is. Lifton „próteuszi ember”-ről (Protean man) beszél, ugyanis a környezet változására életfeltételei megőrzése céljából az embernek reakciói, szerepei, magatartása megváltoztatásával kell reagálnia. Hasonlóan közelíti a témát Pataki, aki szerint a helyzeti működő „én”-ek folyamatosan konstruálódnak, az énmintázatok pluralizálódása tény, ezáltal az én többszintű szerveződés, „megszakított folytonosság”. Hankiss szerint az énnak ezer arca van, amelyek között – természetesen – van egy domináns. A multiplex személyiség teóriájának is vannak hívei (Thoits), már Freud is utalt az identitás-pluralitásra, de van, aki ezt csak kóros esetben fogadja el (l. dr. Jekyll és mr. Hyde szépirodalomból ismert történetét). Maga Ricoeur is azt állítja, hogy az ember nem esik egybe önmagával, az identitás nem stabil entitás (Ancsel). Ancsel Éva megalkotja az „aszimmetrikus ember” fogalmát, az aszimmetria (teljességvágy és fogyatékoság) megnyilvánul tudásban, vágyban, moralításban, az ember soha nem ismerheti meg magát teljesen, rejtőzködő lény: homo absconditus. (Tehát a Gnóthi szeauton csak vágy vagy szándék lehet!) „Cselekvő lény az ember, de tettei nincsenek szinkrónban vele” (Ancsel) és egyúttal több a tetteinél. Ugyancsak Ancsel Éva mondja, hogy

az élet „ismeretlen történet”, mivel az ember „szétszóratik saját életében”, „mindenhová valami mást visz el önmagából”, vannak árnyékszónáink, különösen a modern korban igaz ez, amikor belső koherenciát igen nehéz elérni, bár – szerinte – az identitás eleve nem is feltételez egységet. „Minden biográfia csak erősen megközelítő lehet” (Ancsel).

Hasonló gondolat húzódik meg Gergen és Gergen szaturált identitás fogalmában: a modern kor kimosta az egyéniség konzisztens tartó pilléreit, a szociális élet követelményei miatt belső egység ritkán érhető el, ehelyett az én fragmentált és multiplex. Mindenkinek több biográfiája is lehet – ahogy már említettük. A modern kor történelmének gyors ütemű változásai az egyént is – olykor éppen az önmagához való hűség talaján – kapcsolataiban, kötődéseiben teljes fordulatra kényszerítik, ezt nevezem én Bajcsy-Zsilinszky jelenségnek, a nevezett politikus életrajzának ismeretében. Máskor – amire sok történelmi példát ismerünk – valami megvilágosodásszerű felismerés fordítja át a személyt cselekedeteiben is más életeszmény felé, a folytonosság megszakad, konverzió következik be, sokszor ez transzcendentális élményvilághoz kapcsolódhat, pl. a bűnös kegyes, másokat segítő életre tér át (Saul-Paul: pálfordulás, Pataki, vagy a Gyónás című film – rendező B. Mirman, 2011 – családja tagjait korábbi életében öngyilkosságba és gyilkolásba hajtó szerzetese).

Az ilyen típusú, tehát pozitív fordulatot hozó életút az önéletrajzban megjelenhet, mint egy szerves, ellentmondásban fejlődést mutató történet, mint pl. szent Ágoston Vallomásaiban. Úgy tűnik, hogy valamiféle gondolati egységet – az ellentmondások és összetettség ellenére – az emberek többsége, nem csak a kivételes személyiség, meg tud teremteni. Ricoeur szerint létezik egy ún. narratív intelligencia, amely azt a képességet jelenti, hogy egy személy mennyire tudja az elkülönülő, széttartónak látszó eseményeket és heterogén epizódokat egységbe foglalni, egységes értelemmel felruházni, az eseményeknek kezdetet, véget, azaz teljességet adni, a kapcsolat és ellentmondás közt összefüggést találni. Itt megjelenik a hallgató, az olvasó is, akire a narrációban mindig gondolni kell és aki számára a szöveg elképzelt világa és az ő aktuális világa közt kell, hogy átmeneti kapcsolat épüljön ki. Pennebaker és Chung szerint az igazi narratív identitás csak a leírt életelbeszélésben jelenik meg, itt lesz strukturált a múlt, ez szervezi a tapasztalat emocionális hatásait, az igazi értékelés és az értékelés értékelése ebben jelenik meg széles megközelítésben és ekkor válik igazán gyógyító hatásúvá.

A narráció, mint gyógyító aktus

Az életutat elemző narráció önmagában is lehet gyógyító hatású az idősödést egyeseknél

kísérő elkeseredés (l. Erikson-elmélet, 1998), depresszió, önfeladás esetén.

A segítő mediátor pedig elő tudja hozni és megfelelő megvilágításba helyezni a pozitívan értékelhető életmotívumokat, élményeket, tudatossá teszi az idősödés életúttal kapcsolatba hozható értékeit. Ez akár retrospektív módon megteremtheti az örömteliséget magába fogláló „áramlatélményt” (Csíkszentmihályi). Különböző metodikájú ún. remineszciencia-terápiákat ismerünk, melyek többsége egészen a gyerekkor eseményeiig megy vissza.

Világszerte ismert Butler Life Review módszere: az eseményeket újraolvassák, új keretbe helyezik, a veszteségeket integrálják a személyiségbe, de az életstílus fenntartását és a pozitívumok előtérbe helyezését célozzák meg, azzal, hogy a mély én (az „I”) konstans, csak az empirikus én változik. A módszer fázisai: előhívás, elmerülés, érzelmi reakció felelevenítése, új értelmezés kialakítása, integrálás. A Frankl-féle logoterápia (logosz = értelem) az élet értelmének megtalálása által nyújt megnyugvást kritikus élethelyzetben.

Wong és Watt az explorációk során a múlt megjelenítésének következő típusait különítették el:

kényszeres (egy történet állandó ismétlése),

menekülő (a régi "aranykorba"),

mesélő (a múlt csak sztori),

oktató (másokat instruál),

gyakorlatias (tapasztalat felhasználása),
integratív (filozofikus feldolgozás).

Záró, összefoglaló gondolat

Alapvető emberi attitűd a folytonosság vágya, ezért eredetünk, múltunk jelenbe és elképzelt jövőbe futó történésfolyama létünket képezi le tudatunkban, ennek verbális megjelenítése így identitásunk kifejeződése. Emellett ez a narráció maga is - megjelenő formájában és kísérő affektív környezetével - nem csak felidéző, hanem identitásalakító folyamat (self-making narrative, Bruner). Életünk ebben a vetületben egy „megszakítás nélküli monológ” (Polkinghorne), mely az embert némileg kiemeli materiális valójából. „Elmondani történeteinket azt jelenti, mint átlépni a szemé-lyest, belépni a megszenteltek birodalmába” (Atkinson).

Irodalom

Ancsel É. (1989): Az aszimmetrikus ember. Kosuth Könyvkiadó, Budapest

Ancsel É. (1995): Az élet mint ismeretlen történet. Atlantisz Könyvkiadó, Budapest

Assmann, J. (2004): A kulturális emlékezet. Atlantisz Könyvkiadó, Budapest

Atkinson, R. (1995): The gift of stories: Practical and spiritual applications of autobiography, life stories and personal mythmaking. Westport, CT: Bergin and Garvey

Baars, J., Visser, H. (2007): Aging and Time. Multidisciplinary Perspectives.

Baywood Publ. Comp. Inc., Amityville, NY

- Beauvoir, S. de (1972): Az öregség. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Bruner, J. (2003): Making Stories: Law, Literature, Life. Harvard University Press
- Butler, R. N. (1963): The life review: An interpretation of reminescence in old age. *Psychiatry* 26, 65-76.
- Cohler, B. J. (1991): The life story and the study of resilience and response to adversity. *J. of Narrative and Life Story* 1, 169-200.
- Draaisma, D. (2003): Miért futnak egyre gyorsabban az évek. Typotex, Budapest
- Erikson, E. (1998): The life cycle completed. NY W. W. Norton
- Featherstone, M., Hepworth M. (1997): Az öregedés maszkja és a posztmodern életút. In: uők, Turner B. S.: A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. József Műhely Kiadó, Budapest
- Frankl, V. E. (2005): Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben. Jel Kiadó, Budapest
- Hankiss E (2005): Az ezerarcú én. Osiris Kiadó, Budapest
- Hankiss E. (2008): Ikarosz bukása. Lét és Sors az európai civilizációban. Osiris Kiadó, Budapest
- Kenyon, G., Clark, P., de Vries, B. (2001): Narrative gerontology: Theory, research, practice. New York: Springer
- Lifton, R. J. (1971): Protean Man. *Arch. Gen. Psychiatry* 24(4), 298-304.
- Maan, A. K. (2009): Internarrative Identity: Placing the Self. 2. edit. Rowman and Littlefield Publishers, Lanham
- Markowitsch, H. J., Welzer, H. (2009): The development of autobiographical memory. Holt, UK, NY USA: Psychological Press

- McAdams, D. P. (1985): *Power, intimacy and the life story: Personological inquiries into identity*. NY Guilford Press
- McIntyre, A. (1984): *After Virtue: A Study in Moral Theory*. Univ. Notre Dame Press
- Neisser, U. (1988): Five kinds of self-knowledge. *Phil. Psych.* 1(1), 35-59.
- Pataki F. (2011): Stabilitás és változás az érendszerben. *M. Pszich. Szle* 66, 229-268.
- Pennebaker, J. W., Seagal, J. D. (1999): Forming a story. The health benefits of narrative. *J. Clin. Psych.* 55, 1243-1254.
- Pintér J. N. (2012): A tudattalan identitás. *Imágó Budapest* 2, 67-72.
- Polkinghorne, D. E. (1988): *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of NY Press
- Randall, W. L., Kenyon, G. M. (2004): Time, Story and Wisdom: Emerging Themes in Narrative Gerontology. *Can. J. Geront.* 23(4), 333-346.
- Randall, W. L. (2008): Letting Our Stories Go: A Narrative Pespective on Spirituality in Later Life (előadás szövege) Third North American Conference on Spirituality and Social Work, www.stu.ca/-spirituality/.../WilliamRandall-LettingOurStoriesGo_001pd
- Ricoeur, P. (1999): Az én és az elbeszélt azonosság. In: uő: *Válogatott irodalomelméleti tanulmányok*. 373-412. Osiris, Budapest
- Szávai J. (1978): *Az önéletírás*. Gondolat, Budapest
- Tengelyi L. (1998): *Élettörténet és sorseseemény*. Atlantisz Könyvkiadó, Budapest
- Thoits, P. A. (1983): Multiple identities and psychological well-being. A reformulation of

the social isolation hypothesis. *Am. Sociol. Rev.* 48(2), 174-187.

Wong, P. T., Watt, L. M. (1991): What types of reminescence are associated with successful aging? *Psychol. Aging* 6(2), 272-279.

Saját feljegyzései

16. KRÍZISHELYZETEK, KONFLIKTUSOK IDŐSKORBAN. SZOCIÁLPSZICHOLÓ- GIAI SZINDRÓMÁK

Az időskorral jelentkező kritikus helyzetek áttekintése.

A kor önmagában létrehozhat kríziseket (normatív krízis), konfliktusokat, de növekszik az akcidentális, vagyis paranormatív krízishelyzetek lehetősége is. A krízisfajtákat négy nagy csoportra oszthatjuk a kiváltó alapotívum szerint: a környező világ, a családdal való kapcsolat, a tevékenység (munka), és a lakhely változásai válthatják ki. Mindegyik csoportba több konkrét szindróma sorolható be.

A téma átfogó ismertetése

A „krízis” kifejezés eredetileg görög, illetve latin szó, elkülönítés, döntés, ítélet, fordulópont jelentésben használták. Mai jelentése: válság, válságos állapot, döntő fordulat. Ilyen értelemben használjuk a kritikus állapot, kritikus helyzet kifejezéseket is, amelyek inkább tartósabb időszakra vonatkoznak.

Az időskori krízishelyzeteket egyrészt az ezek alapját képező jelenségek áttekintésével, másrészt a speciális szindrómák leírásával ismertetem.

A krízis Caplan (1964) klasszikus, ma is használt definíciója szerint: külső (lehet belső is) esemény hatására bekövetkező veszélyeztető

helyzet, amellyel az egyén szembe kell nézzen, erre sajátos lelki állapot lép fel, ez biopszicho-szociális egyensúlyvesztéshez vezet, amit a szokásos eszközeivel, energiájával aktuálisan megoldani nem tud.

Szakaszai: készenléti állapot a fenyegetettség helyzetében; küzdelem, erőfeszítés a megoldásra; rendezetlen próbálkozás; kimerülés, összeomlás. Bármelyik fázisban kifejlődhet – optimális esetben – teljes vagy részleges megoldás.

Néhány kapcsolódó fogalom említendő még, melyek akár kiváltói, kísérői vagy következményei lehetnek a krízishelyzetnek. A konfliktus olyan helyzet vagy folyamat, amelyben két vagy több társadalmi egységet (személy, csoport) legalább egyfajta ellentétet hordozó pszichológiai megnyilvánulás vagy ellenséges interakció köt össze (Flink). Lehet intrapszichés (belül megélt) vagy interperszonális (személyek közötti), illetve rejtett vagy nyílt. A konfrontáció és a kollízió is hasonló fogalmak. A stressz már a szervezet nem specifikus biológiai reakcióját jelenti, amelyet az egyensúly elvesztésére vezető inger vált ki (Selye). Az agresszió tudatosan sérelmet okozó cselekvés. A frusztráció a cselekvés gátoltsága által előállt kudarcélmény. A szorongás lehet érzékelt fenyegetésre adott lelki válaszreakció, vagy generalizált, tárgyaltalan félelmi állapot. Az anómia az elfogadott normák és a társadalmi valóság konfliktusa.

A nagy gondolkodók jelentős része a konfliktust az emberi élet szerves, immanens részének tekinti: tudatos és tudattalan konfliktusa (Freud), kisebbrendűség és felsőbbrendűség konfliktusa (Adler), minden interakció konfliktus (Sartre), ez a kapcsolatok központi része (G. M. Mead), ám lehet konstruktív vagy destruktív (Morton Deutsch). Mások szerint viszont a társadalmi egyensúly, együttműködés zavarát okozhatja (Durkheim, Parsons).

Az emberi élet folyamán az egyén gyakran kerül belső és/vagy külső körülmények miatt krízishelyzetbe. Önmagában a kor előrehaladását kísérő jelenségek következtében is megjelenhetnek ilyen helyzetek. Az ember biológiai (testi), lelki és szociális meghatározottsága változik az egymás után következő életkorokban. Ch. Bühler vizsgálatai szerint az ember biológiai és biográfiai görbéje eltér egymástól, azaz a biológiai funkcióképesség gyorsabban hanyatlik, mint a szociális produktivitás.

Nem ritka a komponensek közötti nagyobb ütemkülönbség, esetleg az előző megállapítással ellentétes jellegű (a szociális hanyatlás gyorsabb), amely belső krízist válthat ki. Ilyen a koraibb életszakaszokban is előfordul (pl. pubertás), de az időskorban, amikor egyes készségek, adottságok hanyatlása, átalakulása természetszerű és nagyobb a sérülékenység, gyakoribb, mélyebb, összetettebb krízishelyzeteknek lehetünk tanúi.

Ezekben együttesen van jelen a testi-lelki-szociális triász zavara. Az összefüggések sokszor nem észlelhetők közvetlenül, csak háttérfeltárással fedhetők fel. Indító momentum (primum movens) bármelyik lehet a három tényező közül. A változások egy része bizonyos életkorban valószínű, vagy várható (normatív), de bekövetkezhetnek más életkorban valószínűbb, illetve nem feltétlenül a korosodással járó események is (non-normatív, akcidentális).

A krízisek indító motívumai tehát lehetnek:

testi okok (stroke, szívinfartus, baleset, rákbetegség, állandó fájdalom, ismétlődő rohamok, elesés, stb.),

lelki okok (gyász, válás, szakítás, fenyegetettség, stb.),

szociális okok (nyugdíjazás, anyagi veszteség, lakhely változása, stb.)

A szociális faktoron belül jelentős és növekvő a közeli hozzátartozó (next of kin) szerepe (significant other: a jelentős másik). Különösen a hanyatlás bizonyos fázisában kialakult függőség (dependencia: önálló életvitel lehetetlensége) teszi szükségessé a gondozás megfelelő típusát és mértékét. Ebben a közeli családtag meghatározó részvételét még a fejlett szociális ellátást nyújtó országokban is megtaláljuk.

Az öregedés szociálpszichológiai képét legjobban Erikson úgynevezett epigenetikus fejlődési modellje írja körül. Az egész emberi életet

olyan periódusokra osztja, amelyek mindegyikét megoldandó életfeladat, feloldandó krízis jellemez. Alternatív jelleggel mindegyikben megvalósulhat negatív vagy pozitív kimenetel. Ez kihat a következő szakasz alakulására, az egyes szakaszok egymásra épülnek.

Az utolsó periódus az öregkor, amelyben a kétségbeesés, illetve az érettség-integráció kettős lehetősége áll fenn. A kérdés az, hogy a felmerülő problémák lényegi részét megoldja-e az egyén vagy sem. Mint minden felnőttkori krízisben fontos az érzelmi, vagyis az, hogy mennyire fogadjuk el a bekövetkező változásokat és a megadható válaszokat komponens (James).

Van egy hármass megközelítésű koncepció is: a sikeres, a normális és a sikertelen öregedés formájában. A „normális” alatt azt értjük, hogy a változások egy részéhez az egyén alkalmazkodik, más részét problémaként éli meg, de egy új egyensúly alakul ki. Ebbe a kategóriába tartozik a szociológiában a „marginális ember” (marginal man, Stonequist, Pomrinse) státuszaként definiált helyzet: az öregedés folyamatában az egyén sok készsége még megtartott, de már lassan hanyatlanak, a domináns társadalmi szerepekből, a társadalom fő áramlataiból kikerül, anyagi helyzete gyengül, tartalékai csökkennek, egészében a függőség és függetlenség határára, perifériára kerül. Törékeny egyensúly állapotában van, amelyből viszonylag kis ártalom is kimozdítja.

Baltes – a sikeres öregedés első megfogalmazója – az öregedés hét jellegzetességét írta le, amelyek kifejezik azt a fontos tényt, hogy a biológiai tartalék csökkenése mellett az egyén rugalmassága nem vész el, a tudásalapú gyakorlat kompenzálni tudja a mechanika kiesését.

A sikeres öregedésnél (successful ageing, Baltes, Carstensen) az új szituációt kreatív módon dolgozza fel az idős személy, fontos a nyitottság az új tapasztalatra (openness to experience) megtalálja az új, személyiségét gazdagító életformát, és ennek megfelelő lelkiállapot alakul ki. A szomatikus egészség – legalább is funkcionális vonatkozásban – szükséges ehhez. Ma a következő hármas kritériumot fogalmazzuk meg (Rowe, Kahn):

1. alacsony kockázat betegségekre, funkcionális károsodásra,
2. magas szintű fizikai, szellemi aktivitás,
3. aktív részvétel a mindennapi (közösségi) életben.

Ugyanakkor a mentális-lelki-spirituális egyensúly érzetét is figyelembe kell venni, amely lényegesebb lehet a többenél, a testi folyamatokra is pozitívan hat vissza (ún. tudatos öregedés, Moody, ill. Wong).

A kérdéskör kissé más megközelítése az, amikor az időskorhoz kapcsolódó változásokat, deficiteket stresszorként fogjuk fel, amelyek

tartós stressz-állapotot (Hedri-Mallison) váltanak ki (ageing as stress). Az idős megpróbál megbirkózni velük (coping). Ennek két fő formáját különíthetjük el:

1. akkomodáció: saját elképzeléseinket a lehetőségekhez idomítjuk,
2. asszimiláció: a körülményeket próbáljuk úgy alakítani, módosítani, lehetőségeit felhasználni, hogy elképzeléseinket legalább részben kielégítsék.

A személyiségtől függ, hogy melyiket részesíti előnyben: aktív vagy passzív „mastery” -típus (domináns vagy megalkuvó), illetve hova helyezi az életesemények kontrollját (locus of controll): a személyes aktivitásba, vagy külső tényezőkbe (sorsszerűség, mások hatása): internal vs. external locus (külső vagy belső irányító „hely”).

A belső kontrollal bíró személyek közül több talál sikeres megoldást. A gyerek- és fiatalkori kapcsolati tapasztalatok beépült, késői hatása is tetten érhető ebben a folyamatban: biztonságot nyújtó vagy bizonytalan kapcsolódási minták (secure vs. insecure attachment, Bowlby), amelyek tovább élve segítik vagy gátolják a megoldási módozatokat. Részletesebb vizsgálatok azt mutatják, hogy az ún. érett coping-mechanizmusok (problémaelemzés, tanácskeresés, távolságképzés és spirituális megközelítés) gyakoribbak az időseknél, mint a fiatalabb személyeknél.

Lényeges kérdés, hogy a személyiség változik-e az idősödés folyamatában. Egészében a fő személyiségvonások stabilitása jellemző, azonban egyes összetevőkben statisztikailag kimutatható eltérés van a fiatalabbakhoz képest. Egy több száz személyen elvégzett vizsgálat azt találta, hogy az elégedettség és intellektus viszonylagos stabilitása mellett az energia és extroverzió (kifelé fordulás) csökken, az egyéniség vonzása erősödik (az „Öt Nagy” jellemvonás, „Big Five”, Field, Millsap). Az idősödés folyamatában az én-identitás bizonyos változáson megy át. Ennek lényegi része az egyén által megélt változások belső reakciója, de a korral növekszik a változások mások által megélt és visszatükrözött jeleinek befogadása is: „visszatükrözött én” (looking-glass self, Cooley). A test, a gondolkodás, és a szerepek változása befolyásolja az önértékelést, az öregedő egyén akár az önelutasításig is eljut, ami identitás-krízist válthat ki (pl. szép fiatal nő megöregedése, vagy nagy intellektusú férfi memóriazavara). Az én, mint rendszer (James, Freud: Gesamt-Ich) megváltozhat, ezen belül elsősorban az empírikus én (materiális, szociális, spirituális komponensek: „me”), de a tiszta, öntudatot hordozó én („I”) is módosulhat. Az idősödő egyénnek négy tényező kapcsán kell megőriznie önértékét (Morgan):

1. az én új megközelítése: az önérték legyen független az aktuális szereptől,

2. az idősödési folyamat elfogadása; ennek ellenére aktív részvétel az életben,
3. a célok és elvárások ártértékelése a további életszakaszra vonatkozóan,
4. objektív visszatekintés a múltra, az eredmények és a kudarcok megfelelő elemzése.

Ezek hiányában az Erikson-féle „kétségbeesés” kimenetel irányába fordul az idősödő személyiség.

Késői élelciklusok

Az életfázisok legegyszerűbb, de egyúttal legáttekinthetőbb felosztása (Laslett) a következő:

első kor: a tanulás, a teljes testi kifejlődés kora,

második kor: a család, a karrier kialakítása, a következő generáció létrehozása,

harmadik kor: az idősödés kora, amikor a testi, szellemi funkciók lényegében megtartottak, de a szociális funkciók csökkennek, változnak,

negyedik kor: a testi és szellemi leépülés stádiuma, amely teljes ellátást igényel.

Hasonló Levinson felosztása is, amely az emberi élet folyamán négy érárt különít el:

1. felnőttkor előtti periódus,
2. korai felnőttkor,
3. középső felnőttkor,
4. késői felnőttkor.

Ennél a 3. és a 4. időszak Laslett harmadik korának felel meg.

Rowlands a késői életszakaszt (kb. az élet 3. harmada) nyolc ciklusra osztja, egy-egy kiemelkedő esemény által meghatározott periódusra:

1. gyerekek elköltözése,
2. nyugdíjazás előtti periódus,
3. első unoka megszületése,
4. az utolsó szülő halála,
5. nyugdíjazás,
6. első dédunoka születése,
7. házastárs halála,
8. rokkantság.

A sorrend, természetesen, más is lehet, illetve egy-egy fokozat kimaradhat, ami függ az adott társadalomtól, az átlagos életkortól, a szokásoktól, stb. Mindegyikhez kapcsolódhat pszichés reakció, illetve áttételesen testi megbetegedés alakulhat ki. Ebből a szempontból fontos, hogy a történések az adott társadalomban várható életkorban, vagy esetleg előbb vagy később következnek-e be (on-time, off-time, Neugarten).

A szociálpszichológiai szindrómák fajtái

A korábbi életszakaszokban kialakult konstellációk és a rátevődött – részben a korosodással, részben a bekövetkező kóros folyamatokkal kapcsolatos – események sajátosságos egyedi szituációk kialakulását eredményezik. Igen

sokféle helyzet lehetséges, de bizonyos alakulatok ismételt észlelése arra vezetett, hogy jól körülírt szociálpszichológiai szindrómák leírására került sor.

A szakirodalomban talált közlések és saját tapasztalatunk alapján a szociálpszichológiai konstellációkat négy témakör köré lehet sorakoztatni, attól függően, hogy mire irányul, illetve miből fakad elsődlegesen a sajátságos összkép, bár a folyamatba több terület is bevonódhat. A négy terület a következő:

1. a világ, mint egész,
2. a család,
3. a munkavégzés,
4. a lakhely.

Tekintsük át a négy területet!

A világ, mint egész

A korral bekövetkező belső és külső változások, valamint a körülvevő világ alakulása, fejlődése új viszonyt eredményez az egyén és a társadalom között. A belső változások alatt a testi, lelki és szellemi változásokat értem, a külső alatt a szerepek átalakulását. A körülvevő világban a technikai fejlődés, a társadalmi működési folyamatok olykor az idős ember számára nehezen átlátható rendszert alkotnak. A modern társadalom a szabályok, a kapcsolatok sokágú, összetett hálózatát teremtette meg (Parsons-féle B-típusú társadalom).

Ezt az idős ember sokszor káoszként éli meg, mivel előző struktúrákhoz, rendhez szokott. Megváltozik az egyén és a környezet (Umwelt, Mitwelt: fizikai és társadalmi környezet) optimális viszonya, kettős inkongruencia alakulhat ki. Ha pedig előzőleg is problémákkal volt terhes, még kifejezettebb eltávolodás következik be. Bromley szerint az elszakadási és beilleszkedési folyamatok párhuzamos eseményei jellemzik ezt az időszakot, melyben megjelennek a befejezettség, az átalakítás és új kezdet jelenségei is.

A technikai fejlődés fázisai és a különböző korcsoportok egymáshoz való kapcsolódásának figyelembevételével a következő ún. technikai generációk különíthetők el:

mechanikai,
elektromos,
elektronikus,
telematikus.

Ezek az idős generációk ma is egymás mellett élnek. Az új általános, fejlettebb, de összetettebb környezetben az előző korszakban szocializált idős egyén nem tudja használni olykor, még az életviteléhez szükséges eszközöket sem. Az információs társadalom már önmaga átstrukturálódásával konfliktusokat gerjeszt elsősorban az idősek számára (IAC: Information Age Conflicts). A mindennapi élet egészében így tanúi lehetünk az egy korban élők kortárstalanságának (non-contemporaneity of the contemporaneous, K.

Mannheim), az idősek mintegy „bevándorlók az időben” (immigrants in time, M. Mead).

Reichard ebben a vonatkozásban öt magatartási típust különböztet meg:

1. konstruktív: új feladatokkal, célokkal telíti az új élethelyzetet; amit lehet, folytat,
2. dependens: lényegében az ún. disengagement teóriát (Cumming, Henry) képviseli, a csökkenő aktivitási szint miatt az idős egyén csökkenti tevékenységét, kapcsolatait másokkal, ezt a helyzetet elfogadja, ebben elégedett, és a környezete is értékeli ezt a váltást,
3. védelembe vonuló: sértődötten félrevonul a megváltozott szociális kapcsolatokból, a külső hatásokkal szemben védekezik, izolálja magát, néha ebben egyensúlyba kerül,
4. rosszindulatú: helyzetének változását, illetve öregségének nem elvárható alakulását mások viselkedésére vezeti vissza, szinte gyűlölettel fordul feléjük,
5. öngyűlölő: élete alakulását saját ügyetlenségével, rossz döntéseivel magyarázza.

Az első két típus megfelelő idősödési életmenetet biztosíthat, bár csak az első tartható igazán követendőnek. A 3. adhat pozitív vagy negatív életérzést. A 4. és az 5. forma az Erikson-féle alternatívák negatív oldalát testesíti meg (kétségbeesés), kritikus élethelyzetet

mutat, amely mint alap az összes kapcsolatra, eseményre negatívan hat.

Lényeges tényező a megélt élet integrálása az idős személyiségébe, attitűdjeibe. Életelégedettség mellett könnyebb feldolgozni a veszteségeket is. A múlt emlékeinek értékelése alapvető ebből a szempontból. Az emlékezés folyamata átalakíthatja a történeteket, akár pozitívabb, akár negatívabb minőséget adhat azoknak. Előfordul a múlt irreális folytatásának érzésvilága is, de mindenképpen az a fontos, hogy az egyén szubjektíven hogyan éli meg a múlt jelenhez való viszonyát: előkészítője-e a sikeres vagy sikertelen idősödésnek, vagy esetleg csak nosztalgia forrását jelenti. Ez az alapja az ún. narratív identitásnak, elbeszélésünk folyamatában kialakított énazonosságunknak (P. Ricoeur). Fontos, hogy az egyén kialakított-e koherenciát saját maga és világa között, a kihívásoknak meg tudott-e felelni (Antonovsky), megtalálta-e élete értelmét (V. Frankl, Kopp M.).

Az idő aktuális megélése is meghatározó lehet az idős ember életélményében. Elkülöníthetjük a lineáris időt (kronosz), amely elindult a születésnél és az idősnél a vége felé közelít, valamint a ciklikus vagy aktuális időt (kairosz), amely napi, évszaki ciklicitásában nyújt lehetőséget arra, hogy az idős újból megélje a (pozitív) eseményeket, s amelyekben az idő múlásának érzése nélkül tud elmerülni. A lineáris idő fokozott megélése a halál közeledtét sejteti,

míg a ciklikus még az élet örömeivel való találkozás élményét erősíti.

Az idősök csoportja nem homogén, különböző kohorszok különíthetők el, amelyeknél eltér a múltbeli élményanyag mennyisége. Ezáltal egy korcsoport tagjai magukban hordják a kohorsz-identitás jegyeit is, így elemezhetők a korkorszak-korcsoport jellegzetességei (APC-modell: age-period-cohort, Schaie). Azonban talán még jobban elkülönülnek a szociális rétegződésen belüli helyzetük alapján. Ezt közelelti meg az ún. konvoj-modell (Plath, Kahn, Antonucci): a szociális hatások (személyek, szituációk) beépülése az individuumba. Közép-Európában a politikai és történelmi változások extrém dinamikája miatt különböző, élethelyzetükre, életmódjukra kiható változásokat éltek át.

Néhány példa erre: az első és a második világháború, világválság, orosz fogság, holokauszt, kitelepítés, internálás, munkásvezetővé válás, 1956 utáni megtorlás, szocialista technokrácia, rendszerváltás utáni elszegényedés, illetve kapitalizálódás („az emberi sors: elátkozott udvar”, Ivo Andrics). Ennek alapján voltak embercsoportok, amelyeknek a mindennapi életfeltételekért erősebben kellett megküzdeniük, az elhasznált energiájukkal nem volt arányos az életükben elért eredmény (Lósonczy Ágnes).

Az emberiség történelmén végigvonul az idős személyek társadalmi megítélésének kettőssé-

ge (dualitás, Covey): egyrészt a tapasztalat adta többlettudást megillető tisztelet, respektus, másrészt az öregedés okozta hanyatlás miatt a csökkentértékűség képzeete. A modern társadalmakban elsősorban a technika, a társadalmi működési rendszerek gyors fejlődése miatt csökken a korábbi tapasztalat értéke, így az idősek közvetlen társadalmi haszna is csökken. Ezzel magyarázható, hogy több fiatal foglал el vezető beosztást, mint régen (régebbi korszakokban és az ún. szocializmusban tanúi voltunk az ún. gerontokráciának). Nagyrészt ez az oka annak a jelenségnek, amit Butler amerikai professzor az age-izmus fogalmaként definiált, ami az idősek negatív diszkriminációját jelenti csupán azért, mert idősek.

Ezzel a jelenséggel párhuzamosan alakult ki - némileg a fent említett fejlődés, némileg a személyiség társadalmi felszabadulása következtében - a klasszikus társadalmakban bizonyos életkorhoz kötött (age-locked), illetve bizonyos életkorban általános (age-appropriate) szerepek betöltésénél, megvalósításánál a kor lényegtelenné válása (age-irrelevant society). Mivel az elmúlt évtizedekben a fiatalok előretörését láttuk a gazdasági és társadalmi folyamatokban, már az ötven év felettiek alkalmazása, illetve újraalkalmazása is nehézséggel járt, s ez társadalmi konfliktusokhoz vezetett (50+ mozgalmak). Az utóbbi években azonban kiderült, és sok helyen elfogadottá vált, hogy a tapasztalatból származó

mérlegelő, értékelő készség a fejlett technika korában is szükséges, és így az idősödő korosztály jelentősége, sőt munkaerőként való felhasználása emelkedőben van (grey revolution). Mind az age-izmus, mind a szerepek kortól függetlenedése, mind pedig a viszonyok változása a generációk közti konfliktusok forrása lehet, adott esetben krízishelyzetek kiváltója, mely krízishelyzetek a következők:

A középkorúak válsága (midlife crisis). A negyvenes éveikben járó egyéneknél, főleg férfiaknál fordul elő a mentális elaszticitás elvesztése, a szellemi befogadóképesség gyengülése, az adaptációs készség, a libidó romlása, kapcsolati krízis. Már Osler említi ezt a jelenséget, mint krízist: „la crise de quarante ans” (negyvenévesek krízise). Nőknél biológiai problémák jelentkezhetnek (klimax).

Három kimenetel lehetséges (Gail Sheehy):

1. az új helyzetben kiutat talál a személy (új cél találása),
2. korábbi, már nem kielégítő életstílust követ,
3. reménytelenségbe fullad (hypochondria, neurózis).

Nagy Sándor szindróma (Alexander's (The Great) syndrome): magas intellektusú, tudós személyeknél jelentkezik, akik nagy ambícióval végezték szellemi munkájukat, még oktatnak, kutatnak, magas hivatalokat töltenek be,

azonban eljutottak karrierjük csúcsára, újabb szakmai vagy előmeneteli cél, azaz hajtóerő nincs már előttük. A kór első jele az, hogy nem élvezi már saját tevékenységét, nem jön vissza örömmel a szabadságról, stb. Türelmetlen a középszerűséggel szemben, irritált, gyakran haragos, étvágya javul, hízik. W. P. Wilson macedóniai Nagy Sándor császárról nevezte el ezt a szociálpszichológiai jelenséget, mivel leírásból ismerjük azt a jelenetet, amikor a császár az akkor elérhető világot meghódította és látta, hogy nincs már újabb cél előtte, leült és elkezdett sírni. Hasonló fenyegető modern jelenség az ún. „csodagyerek-szindróma” (Fülöp M.): fiatalon magas karrierív befutása (pl. bankigazgató), az élet további időszakára már nincs életcél.

Az elveszett világ szindróma (world we have lost syndrome, Laslett): az idős egyén fiatal korára emlékezve az egész akkori világot, az őt akkor körülvevő emberi, fizikai környezetet kellemesnek, támogatónak, érdekesnek, otthonosnak tartja (golden age: aranykor). Abban érezte magát kompetensnek, a jelent közömbösnek, érdektelennek, kegyetlennek tartja, idegennek érzi magát, a múlt szép világa elveszett. Ebben szerepet játszik a társadalom idősekkel szembeni negatív attitűdje (age-izmus), esetleg konkrét kellemetlen élmények. Előfordul az is, hogy a kedvező életteret más földrajzi helyre helyezi (golden isles: „aransziget-

tek”), pl. olyan személy, aki faluról városba költözött. Következmény lehet: időskori depresszió, apátia.

Szociális regresszió, izoláció: az előzőekben leírt érzések arra vezetnek az egyént, hogy a külvilággal való kapcsolatát minimálisra csökkentse, esetleg még az önellátást sem biztosító megszokásig fokozza (lásd: Reichard 3. típusa, ill. csigaház szindróma, Dénes Zs.). Az izolációt konkrét események segítik elő: kilép a munkahelyről, özvegy lesz, szétszóródik a család, meghalnak a barátok, stb.

Szociális leépülés szindróma (social breakdown, Kuypers, Bengtson). Sajátságos circulus vitiosus kialakulását jelenti. Az idős egyén észleli a társadalom negatív megkülönböztetését, akarva-akaratlan elfogadja, mint jelenséget. A továbbiakban konkrét, hátrányos jellegű események történnek vele, ezek miatt visszahúzódik, és így testi-lelki képességei hanyatlani kezdenek. Ezt a változást megéli, és a kialakult csökkentértékűséget befogadja önértékelésébe.

Noogén neurózis (V. Frankl). Az egyén nem találja meg élete értelmét (noos = valaminek az értelme). Fiatalabb életkorban is jelentkezhet, de időskorban már nincs idő változtatásra, korrekcióra és kétségbeesés, depresszió, apátia vagy neurotikus, hipochondriás (testi panaszok: szomatizáció) tünetek jelentkeznek.

Peter Pan szindróma (Harris). Az életkornak nem megfelelő magatartás prototípusa Peter Pan, egy mese főalakja (a gyerek, aki nem akar felnőni). Az időskori variánsnál az egyén nem fogadja el, elutasítja a bekövetkezett öregedés tényét. Magatartásával igyekszik fiatalember benyomását kelteni, ezt külső jelekkel is próbálja alátámasztani (öltözködés, hajviselet, beszédmodor, stb.) Emiatt sokszor nevetségessé válik.

A család

A család egyszerre gazdasági (ökoszisztéma), és biológiai rendszer, egyszerre formális és informális képződmény (Bagdy-Baktay-Mirnic), dinamikus egyensúlyt mutat (homeosztázis), zavarai ellenére egy ideig ellenáll a változásnak, generáción belüli és generációk közötti (horizontális és vertikális) feszültségek, stresszorok működnek benne, tagjainak közös identitás-tudata (mi-tudat) van.

Belső dinamikájában a szereteten felül egyéb szubjektív (bizalom) és objektív (hatalmi és érdekviszonyok) tényezők is meghatározó jelentőségűek és hatnak a belső koalíciók kialakulására (Bánlaky P.). Mindezen tényezők számba vételére sor kell kerüljön mind a már magára maradt idős házaspár, mind az idős szülő és felnőtt gyerekei viszonyának, konfliktusainak elemzésénél.

A krízist legjobban elemző formula az ún. ABCX-modell (Hill), amelyben A: a kiváltó stresszor (a stresszt kiváltó ok), B: a család krízis előtt kialakult probléma-megoldó készsége, C: az adott esemény jelentősége, X: a kiváltott egyensúlyzavar, krízis.

Még komplexebb az úgynevezett dupla ABCX-modell (McCubbin, Patterson), amelyben a fenti tényezők továbbalakulása is benne foglaltatik, az a, b, c a precrisis tényezői, amelyek azonosak a fenti ABC faktorokkal, a kialakult kritikus pont (x) után (postcrisis) mindegyik kiegészül a kiváltott reakciókkal (így lesz teljes az A, B, C).

Ezek együtt valamilyen megküzdési forgatókönyvet produkálnak (coping), amely adaptációt indít, ha ez sikeres, bon-adaptációról beszélünk, ha sikertelen, mal-adaptáció alakul ki és ez a kiteljesedő, megoldás nélküli krízis (X). Az elemzés igen összetett lehet, ha az idős házaspár és felnőtt gyereké(ei)nek együttesének érintettsége értelmében vizsgáljuk a kritikus helyzet kialakulását.

Az *idős házastársak* közötti személyes kapcsolat minősége az időskori jól-lét (well-being) szempontjából meghatározó tényező. Kahn szerint az érzelmi támogatás, az egymás iránti tisztelet-elismerés és az egészséget érintő gondoskodás a leglényegesebb összetevők, azonban a testi kapcsolatnak is lehet még szerepe. A női fél általában többet nyújt, mint amennyit kap, de fokozatosan kifejezettebbé válik a re-

ciprocitás, valamint erősödik a kapcsolatban a női dominancia. A házasság tartóssága a tolerancián, az elfogadáson és az elvárások racionalizálásán múlik. Ezek kedvezőtlen alakulása akár időskori váláshoz vezethet. A negatív kapcsolati tényezők skálába is sorolhatók (Marital Disaffection Scale).

A nők hosszabb életkora miatt időskorban közöttük lényegesen szaporodik az özvegyek száma. Ha új házas- vagy élettársi kapcsolat valósul meg, a szélesebb családra is kiterjedő krízis-szituáció alakulhat ki, felnőtt gyerekeik nem fogadják el.

Az idős házaspárok kapcsolatának néhány variációját vázolom fel a következőkben:

Philemon és Baucis típus: a görög mitológiából ismert házaspár, akik életük végéig (sőt azután is fák formájában) teljes harmonikus egyensúlyban élnek.

Beauvoir-Sartre típus: magas szellemi munkát végző pár kapcsolata, ahol a többi szféra irreleváns.

Folyam-delta típus: a korábbi erős érzelmeken alapuló egyensúly a korral fokozatosan csökkenő intenzitással, de még elevenen fennáll, általában a szexuális kapcsolat is megtartott.

Kialudt vulkán: a szerelmi házasság teljes közömbösséggig sivárosodik, a mindennapi élet funkcionalitásában élnek együtt, gyakran a mentális leépülés kezdeti jelei is észlelhetők.

Don-Juan persistens: A házasság alatt is ismétlődő, szexuális kapcsolatokat fenntartó férfi

idősebb korában is folytatja ezt a magatartást. A felesége sejtí, vagy nem tudja. Általában emellett otthonával is törődő, feleségével is figyelmes férjtípus, aki időskorában is jó testalkatú.

Naplemente előtt szindróma (Gerhardt Hauptmann szépirodalmi műve alapján): idős férfi (esetleg házasságban élő) fellángoló szerelme egy fiatal nő iránt, aki őszintén, vagy érdekből fogadja a közeledést és akár házasság is lehet a kapcsolatból. Sokszor a férfi felnőtt gyerekei mentális aberrációként értékelik a kapcsolatot.

Xantippe szindróma (Szokratész feleségéről elnevezve): házsártos asszony, aki főleg a ház tisztaságát tartja fenn kényszeres jelleggel, maga kimerül, neurotizálódik, férjét állandóan utasítgatja.

Status allergicus: túlérzékennyé váltak a házastársak egymás minden megnyilvánulása iránt, túlzott reakcióval kritizálják, illetve utasítják el egymást, egyre jobban eltávolodnak egymástól.

Érzelmi válás (Bowen, emotional divorce, emotional cut-off): az egymás mellett élő idős házaspár fokozatosan elhidegül egymástól. Külön érzelmi-értelmi-érdeklődési világban élnek a fokozatos eltávolodás végső fázisában. Sokszor, ennek ellenére, megmaradnak egymás mellett, a kettős magány állapotában (double loneliness). A formális együttélést családi vagy anyagi okok magyarázzák. Megfele-

lő személyek akár napi konfliktusok nélkül is képesek ilyen helyzetben élni.

A családi viszonyok visszamenőleges, hosszú távú alakulása szabja meg elsősorban az idős családtag, a szülő helyzetét a családban, illetve a felnőtt gyerekekkel fennálló kapcsolatot.

A család belső egységére vonatkozó szociológiai, szociálpszichológiai megállapítások lényegében a nukleáris családra vonatkoznak.

Az idős házaspár, illetve özvegy szülő és felnőtt gyermeke családjának viszonya áttételesebb. A két szint külön egységként jelenik meg, főleg a fiatalok élik meg és deklarálják az elkülönülést, az idős jobban szeretné az együvé tartozást megtartani, kapcsolatokban is, lelkiileg is. Az idős szülő és gyereke már külön család, a közös identitás tudata optimális esetben is részleges. Már mások a viselkedésminták, lényegesen kevesebb a közös szabály.

Ezek az eltérések főleg együttlakás esetén jelentkeznek konfliktust kiváltó tényezőt, amikor az együttlét és az elkülönülés dilemmája élesen jelenik meg. Mindezek mellett a két generáció között lehetnek szoros vagy kevésbé szoros kapcsolatok, pozitív és negatív értelemben egyaránt. A családra jellemző hierarchiaviszonyok vagy koalíció-képződések tovább élhetnek, akár pszichológiai, akár pénzügyi vonatkozásban és magukban hordják a konfliktus lehetőségét.

Bengtson szerint a generációk közötti szolidaritás három dimenziót foglal magába:

16. Krízishelyzetek, konfliktusok időskorban

1. asszociáció, interakció: közös tevékenység,
2. affekció: pozitív érzelmi kapcsolat,
3. konszenzus: elvi és gyakorlati egyetértés mértéke.

Litwak szerint a kapcsolatot a következő 3 szempont határozza meg:

1. hosszú távú kölcsönös elkötelezettség,
2. lakhely közelsége,
3. a kölcsönös intimitás foka.

A szolidaritás és reciprocitás (viszonosság), valamint az autonómia és dependencia (függőség) konkrét tényezői között alakul ki az aktuális kapcsolati rendszer. A generációk közötti transzfer (átadás) anyagi, kétértelmű és érzelmi lehet, a segítség a szűkölködő irányába nagyobb mértékű, a kölcsönösség (interdependencia) adhat biztos alapot hozzá: segít egymásnak a két generáció. A segítség- vagy támasznyújtás hátterében felfedhető a szülő-gyerek közti ún. láthatatlan lojalitás (invisible loyalties).

Az idős szülő nagyfokú testi hanyatlása mindenképpen a gondoskodás nagyobb mértékét igényli, azonban a nyújtott segítség olykor még az életvitel alapvető szintjét is alig biztosítja. A másik alapkritérium a szabadság, az autonómia megőrzése, amelyet a gondozás folyamatában, a testi, vagy szellemi elesettség mellett is, a lehetőség határáig biztosítani kell. Kritikus helyzetet jelent, ha az idős nem látja be az önálló életvitel lehetetlenségét és elutasít

minden, a segítséggel járó korlátozást. Másik oldalról konfliktust generál, ha a még independens idős személy felett - főleg anyagi érdekből - akar a felnőtt gyerek döntési helyzetbe jutni.

Saját megfigyelésem szerint az idős szülő és felnőtt gyermeke között egy gondozást igénylő betegség fellépése kapcsán az idő függvényében az érzelmi viszonyok három fokozatát kell elkülöníteni:

1. elsődleges érzelmi távolság: a betegség fellépése előtt kialakult helyzet, érzelmi kapcsolat;
2. másodlagos érzelmi távolság: a betegség fellépésénél (pl. stroke) bekövetkező lelki reakció, pl. fokozott figyelem, aggodás, féltés, fizikai segítség stb.;
3. harmadlagos érzelmi távolság: a gondozás hosszú folyamatában kialakult állapot: a felnőtt gyerek belefárad a gondozásba, neurotizálódik, konfliktusok alakulnak ki a beteggel és a többi családtaggal, „kiegés”, az ápolást igénylő személy „tárgy státusba” kerülhet („thing-status”).

Gyakran objektív személyes akadály nem teszi lehetővé – megfelelő hajlandóság esetén sem – az idős, elesett állapotú szülő szükséges mértékű ellátását, ezáltal kritikus, külső segítséget igénylő helyzetet teremtve. Saját eseteim elemzése a következő gátaakra derített fényt: speciális munkakör (éjszakai munkakör),

a gondozó időskora,
férfi életstílus,
betegség, rokkantság, mentális zavar,
antiszociális személyiség,
kisgyerek azonos légtérben,
másik idős rokkant gondozása.

A családdal kapcsolatos kritikus helyzetek fő típusai a következők:

Üres fészek szindróma (empty nest syndrome, Duvall). A felnőtt gyerekek elköltözése a családi közös lakásból, „fészekből” stresszt jelent a szülők számára, főleg az utolsó gyerek távozása, amikor egyedül marad az idősödő házaspár (postparental family). Ez a helyzet esetenként közelebb hozza lelkiileg a házaspárt, máskor a gyerekek jelenlétében elfedett konfliktusok válnak élesebbé. Depresszió, különböző neurózisok, szorongás, anhedonia (öröm megélésének lehetetlensége) jelentkezhet.

A szülők idősödése miatt egy későbbi fázisban a fizikai, ügyintézési, stb. segítség hiánya jelent problémát, ami a klasszikus több generációs együttélésben adott volt (traditional extended family: hagyományos kiterjedt család). A modern társadalomban az ún. nukleáris családmódel alakult ki (két szülő + kiskorú gyerekek). Optimális esetben közel laknak a fiatalok az idős szülőkhöz, így segítséget tudnak nyújtani szükség esetén, ugyanakkor az autonómia mindkét oldalról jobban megtartott (intimacy at a distance, „távolságból megtar-

tott intimitás”, Rosenmayr; modified extended family, módosult kiterjedt család, Litwak). A távollakó fiatalabb generáció akarata ellenére sem képes aktuálisan segíteni. Sajátságos eset az, ha idegen országban lakik a leszármazott. Az 1956-ban emigrált fiatalok szülei kb. 30 év múlva kerültek szükséghelyzetbe. Magyarországon az 1990-es években az idősek 4%-nak csak külföldön élt gyermeke.

Szendvics szituáció (sandwich syndrome). A fiatal középkorú felnőttek helyzetét példázza az ún. szendvics szituáció. Kiskorú gyermekeik és a már idős, a gondoskodás valamilyen formáját igénylő szülők ellátásának kettőssége veszi körül őket, mintegy e két feladat, e két kötelesség közé szorítva a fiatal felnőtteket. Emellett természetesen a saját munkakör, a háztartás, a házastársi kötelezettségek is alapfeladat számukra.

Abban az esetben, ha az idős szülő ellátása folyamatos, és ezt az adott személy a lelki kapcsolat alapján vállalja is, nagymértékű igénybevétel alakul ki. A többi feladat ellátására kevesebb idő, energia marad. A kötelezettségek ellátásának hatása továbbgyűrűzik a többi feladat végzésére. („ripple-effect”, továbbgyűrűzési hatás, Johnson, Catalano) A gondozás legtöbbször a női családtagokat érinti (women in the middle, nők a középpontban, Brody). Feleség, leány, meny a sorrend, bár sokszor a férfiak is áldozatos munkát végeznek („unsung heroes”, nem említett hősök). A

felnőtt lány mintegy anyjának anyja lesz (role reversal, mother of her mother, szerepcsere, „anyjának az anyja”). Ha a feladatba, mint egy lövészárkokba, szinte beleássa magát („role-entrenchment”, szerepbe temetkezés), a többi feladat elvégzését teljesen elhanyagolhatja.

Ellenkező esetben az egyéb feladatok végzése miatt a szülő gondozása szorulhat háttérbe. Esetenként ez csak hivatkozási alap, illetve ha az egyik felnőtt gyermek ellátja az idős szülőt, a többiek pedig kivonják magukat a közös kötelezettségek alól, nem alakul ki az optimálisnak tartható, megosztott gondozási kötelezettségvállalás („shared functioning kinship system”, feladatmegosztás a rokonsági rendszerben, Litwak).

Ledőlt zsarnok (fallen tyrant, Bergman). A családban zsarnoki magatartású személynél, pl. családfőnél, funkcióképességét erősen befolyásoló, ápolást igénylő, krónikussá váló betegség lép fel, pl. maradandó bénulással járó stroke. Az addig tőle függőségben levő személyekre szorul a beteg, kiszolgáltatott helyzetbe kerül. Az interperszonális dinamika aktuális alakulásától függ a helyzet kimenetele.

Hatalomváltás (power reversal, Bergman). A családban csendes, nem domináns, némileg háttérbe szorult, de kedvelt személy a fellépő betegség (pl. rák) következtében a figyelem középpontjába kerül. Kéréseit azonnal akceptálják, fokozott érzelmi odafordulás veszi körül. A megbetegedett idős személy ezt

érzékelve egy idő után kihasználja a segítő-készséget, javulása, illetve gyógyulása esetén is visszaél a család aggodalmával, a betegség tudatosításával dominanciára tesz szert a családban (l. másodlagos betegségelőny).

A megkínzott vagy bántalmazott szülő szindróma (battered parent syndrome, Steinmetz). A család belső dinamikája a gyengébb szereplőket marginális állapotba juttathatja, adott esetben erőszaknak is ki vannak téve. Az idős szülő másodlagossá válik, szerep- és anyagi dominanciáját (ha volt) gyakran elveszíti, sőt bizonyos helyzetekben bűnbakká válik (scapegoating). A fiatalabb családtagok kegyetlen magatartásának eshetnek áldozatul, ehhez személyi adottságaik is hozzájárulhatnak (viktimológia). Az angolszász irodalom abúzus (abuse, misuse) kifejezéssel illeti ezt a helyzetet. Szakirodalma igen széles. Több formáját különítik el: fizikai, szexuális, pszichikai, pénzügyi, valamint egészségügyi, illetve általános elhanyagolás. Extrém formája az ún. megkínzott szülő szindróma, amely a „megkínzott gyermek” korábban már leírt szociálpszichológiai szindróma időskori analógiája. Ennek is több formája létezik, elsősorban fizikai, illetve lelki formáit különíthetjük el. Életet veszélyeztető lehet a fizikai fokozat. Verés, ütlegetés, szurkálás, stb. lehet a kínzás módja. Gyakori ok a bántalmazó kriminális személyisége, alkoholizmusa, drogfogyasztása vagy pszichiátriai betegsége. A szülő sokáig elhallgatja szenved-

dését, mintegy védi gyerekeit (a „hallgatás összesküvése”). A bántalmazott személy (jelen esetben szülő) elhallgatásának szociálpszichológiai okai lehetnek: azt hiszi, hogy ő a hibás; nem tudja igazolni a bántalmazást; félti az életét; azt hiszi, hogy a bántalmazó minden szálát kézben tart. Lelkileg különböző fázisokon megy át: feszültség, bántalmazó sajnálata, bűnbánat, depresszió, teljes alávetettség érzése, stb. A sérülésekkel traumatológiai osztályokon találkozunk, esetleg halálhoz is vezethetnek. A táplálás hiányosságai, hideg teremben lakás, elégtelen ruházkodás főleg a dependens, önellátásban korlátozott szülőket érintheti. Következményeivel már intenzív, vagy belgyógyászati osztályokon is találkozunk (táplálkozási elégtelenség, általános sorvadás, kiszáradás, kihűlés, tüdőgyulladás, kisebbedés, stb.).

Lear király szindróma (Simkó). Az idős szülő kismizmizésének példáját jelenti ez a szituáció (ez az abúzus speciális esete). A szülő vagyónát, hatalmát, vagy az egyéb birtokában levő javakat átadja leszármazottjának (megelőlegezett öröklés), bízva annak jóindulatában, vagyis abban, hogy továbbra is biztosítják számára az anyagi, szellemi, lelki ellátás körülményeit. Felnőtt gyermeke azonban, birtokon belülre kerülve, mindentől megfosztja szülőjét. Az is hozzátartozhat az összképhez, hogy az idős félreérti valódi érzelmekkel közelítő gyermekét és az önös szándékúra hallgat.

Shakespeare Lear király c. drámájában az öreg király átadja birodalmát két lányának és vejének, ezután azonban számkivetettként kényszerül menekülni, kóborolni hazájában. Hazai példa: falun élő özvegy édesanya házát városban élő gyermeke eladatja, a szülőt magukhoz veszik, pénzét elveszik, felhasználják, majd rövid idővel ezután szociális otthonba kényszerítik.

Jekyll-and-Hyde szindróma (Boyd, Woodman). A szépirodalomban ismert elbeszélés két különböző, egymással ellentétes karaktert felmutató főszereplőjének analógiáját idézi az a kóresemény, amikor az idős egyént elesett, ágyhoz kötött állapotban, gyakran inkontinenciával (megfigyelésünk szerint egyes esetekben tudatzavarral: dezorientáció, eszméletlenség) utalják kórházba, ahol 1-2 nap alatt teljesen rendbe jön. Hazaengedése után hamarosan ismét a fenti állapotban utalják vissza, olykor ez többször megismétlődik. Az otthoni tartózkodás patogén szerepe egyértelműnek látszik. Stresszt, szorongást okozó családi konfliktus, elhanyagolás: evési, ivási elégtelenség, stb. állhat a folyamat háttérében. Általában intézeti elhelyezés a megoldás.

Anyalány szindróma (mother-daughter syndrome, Post). Idős egyedülálló anya és középkorú, leggyakrabban hajadon lánya között alakul ki túlzott kölcsönös függőség, „kodependencia” (lehet aggregény fiú is, perzisztáló Oedipus komplexum megnyilvánulásaként). Legtöbb-

szőr együtt élnek, de élhet külön is a lány, akár saját családjában. Az érzelmi kapcsolat lehet egészen szoros, kisajátító, szinte a szerelemhez hasonló, ezt a mértéket „érzelmi vérfertőzésnek” nevezik (emotional incest syndrome, P. Love). Az anya érzelmileg „tartja sakkban” felnőtt gyermekét. A kapcsolat kóros mértéke mellett csak addig áll fenn egyensúly, amíg valamilyen esemény meg nem rendíti azt. Az anya a távolodást érzelmi zsarolással próbálja kiegyensúlyozni, hipochondria, szorongás jeleivel is tetézve. Jelentkezhet a „mártíranya” komplexus is, ami azonban ettől a speciális kapcsolati viszonytól függetlenül is létrejöhet. A lányban neurózis és rejtett gyűlölet alakulhat ki. A másik észlelt negatív következmény lehet, hogy a lány is az értelmetlenségig táplálja a szoros együttlétezést, még szükség esetén sem engedi kórházba vinni anyját.

Apa-fia konfliktus. A felnövekvő fiú apjával szemben akar dominanciát elérni a családban. Ez mind a gyengébb akaratú, mind az autoriter apa esetén megjelenhet, bizonyos mértékig más köntösben, sokszor rejtetten, máskor nyíltan. Gyakran anyai segítséget is kap ehhez, néha az Ödipusz komplexus talaján (Freud, Jung). Az apa-fia ellentét feszültsége a fiú házasságkötése után is fennmaradhat. A jelenség mitológiai archetipikus megjelenítése Kronosz apja, Uránusz elleni, illetve Zeusz apja, Kronosz elleni harcának és győzelmének történetében ölt testet.

Genitrix szindróma. Az anya-lány szindróma sajátos formája, amelyet saját tapasztalatom alapján definiálok. A családban mindig domináns anya, akit korábban női szépségeért is bizonyos hódolat vett körül, szomatikus szempontból részlegesen függővé válik. Önelátási képtelenségét tudatilag nem fogadja el, mentálisan is ítéletalkotási korlátozottság alakul ki. Csak lánya gondoskodását fogadja el, más személyekét nem, mert azt autonómiájának beszűkítéseként értékeli, nem tudja elviselni, hogy kiszolgáltatottságát idegenek lás-sák. Azt igényli, hogy lánya egész nap vele legyen, olykor szinte terrorizálja. Egoizmusa nagyfokú, csak lányával érzi magát biztonságban, lánya felé empátiát nem érez a fenyegetettség érzésének következtében, ezért nem tudja figyelembe venni lánya egyéb kötelezettségeit. „Realitásérzéke hiányzik a szeretési tárgy érdekeit illetően, paranoiásan érzékeny és kíméletlenül egocentrikus” a saját java iránti aggodás miatt (Bálint A.). Érzelmileg erősen köti lányát. Ha az nem tudja maximálisan teljesíteni elvárásait, elégedetlen vele, haragudni kezd rá, agresszívvé válik vele szemben, esetleg meg is gyűlöli. Emellett még ebben az állapotában is dominálni akarja családját. Alvása nyugtalan, hangulata változó, kiszámíthatatlan, táplálkozása ingadozó. A lány deprimált, frusztrált, megfáradt, neurotikus lesz. Az elnevezést François Mauriac francia író azonos című elbeszéléséből vettem, amely magyarul

Anyaisten címen jelent meg. Az elbeszélésben az idős anya, még súlyos betegként is, gyenge lelkialkatú fiát tartja kézben, menyét kivettként kezeli.

Az „*elengedett kéz*” szindróma. Az idős szülő számára a felnőtt gyermekkel való rendszeres kapcsolat biztonságot ad. Akkor is érvényes ez, ha nem laknak együtt, ha a találkozás nem mindennapi, ha nem is igazán mélyreható. A felnőtt gyerek átmeneti, közepes hosszúságú távolléte (pl. nyaralni megy) az idős szülőnél agyi éresemény kialakulásához vezethet, el-esés, szédülés, tudatzavar, akár eszméletlenség alakul ki. Ez általában hamar rendezhető, maradandó tünet nem alakul ki, góctünet átmenetileg sem észlelhető. Stresszre, esetleg következményes önellátási képtelenségre vezethető vissza a diffúz agyi vérrellátási zavar (Hun Nándor: iszkémiás cerebrális dekompenzáció).

A „*kaliforniai lány szindróma*” (*daughter from California syndrome, Molloy*). Az alaphelyzet ennél a szituációnál az, hogy a felnőtt gyermek, aki éveken, évtizedeken át nem törődött szülőjével, annak intézetbe, kórházba kerülése alkalmával, mintegy gondos hozzátartozó benyomását keltve, elégtelennek tartja az ellátást. Az elnevezés a szakirodalomból származik, ahol leírták azt az esetet, hogy egy Kana-dában terminális állapotban kórházba került idős beteget Kaliforniában élő lánya meglátogat. Kontaktus éveken át nem volt közöttük,

azonban ebben a reménytelen helyzetben, mindent kifogásolva, agresszív kezelést követel vegetatív statusban lévő anyjának, ellenkező esetben perrel fenyegetőzik.

A kezelés, az ápolás minőségére vonatkozólag hazánkban is gyakran találkozunk hasonló esettel. Ilyenkor valószínűleg a lelkiismeretfurdalás jelenik meg az elhanyagolt szülő irányában, értelmetlen kárpótlásról, lelki kompenzációról van szó.

Patológias gyász. Lindeman klasszikus, ma is sokat idézett cikkében a kóros gyász két fő csoportját írja le: késleltetett, illetve torzult formák. Idős embereknél az elhúzódó depressziós, a le nem reagált, illetve a szomatikus tünetekkel járó forma jelentkezik leggyakrabban. Prigerson és munkatársai az ún. komplikált gyászformát tartják jellegzetesnek, amelyre nem a depresszió, hanem a funkcionális beszűkülés a jellemző, az addigi tevékenységeket nem tudja az idős elvégezni. A házastárs elvesztése a leggyakoribb megrendítő esemény. Az idős személy lelki és fizikai értelemben is egyedül marad, közvetlen támasz nélkül. Ez akkor is igaz, ha gondoskodó gyermekek veszik körül. A feleség elvesztését az idős férfi igen nehezen viseli, aki sokszor alkalmatlan az önálló életvitelre, a háztartás vezetésére. A szomatikus tünetek jelentkezését, illetve rosszabbodását gyakran észleljük: magas vérnyomás, angina pectoris, szívritmuszavar,

agyi vérkeringési zavar; rákbetegség gyorsabb romlása, stb.

Kadmosz szindróma (*Cadmos syndrome, Pacaud*). A gyermek halála egy szülő számára a legnagyobb lelki fájdalom. A felnőtt gyermek elvesztése az idős ember számára identitásának megrendülését is jelenti, a gyermekéhez kötött továbbélés lehetősége szűnik meg. Kadmosz, Théba alapítója és első királya életében több gyermekének halálát élte meg. Pacaud francia szociológus ennek analógiájára alkotta meg a Kadmosz szindróma fogalmát, ami a gyermeket elvesztő idős szülő lelki, testi szociális változásainak teljes együttesét foglalja magába. A gondozó leszármazott kiesését esetleg másik pótolja (szubsztitúció elve, Shanas); ha erre nincs lehetőség gyors megoldást igénylő kritikus helyzet alakul ki.

A munkavégzés

A kor előrehaladtával várható, hogy a testi és szellemi, aktualizálható képességek csökkennek. Természetesen igen nagy egyéni különbségek figyelhetők meg (interperszonális diverzitás), a biológiai és a naptári kor eltérésének nagy variabilitása közismert. A fluid intelligencia (a gondolkodás rugalmassága) csökkenése mellett a krisztallizált intelligencia (a megszerzett ismeretek gazdagodása) erősödése kísérletileg igazolt tény. A meglevő ismeretek átstrukturálása történik, optimális esetben az újabb információk beépítése, így alakul ki a „szintetikus intelligencia”. A kétkezi készsé-

gek sokáig megmaradnak, szinte reflexszerűen. A modern állam bizonyos kor után az idős egyént felmenti a kenyérkereső munkavégzés alól és előzetes befizetések alapján nyugdíjjal biztosítja a megélhetés lehetőségét.

A biológiai adottságok és a nyugdíjazás időpontja konfliktust eredményezhet az egyén számára, főleg szellemi foglalkozásnál, azaz az idős egyén saját, munkavégzésének befejezését illető elképzelése és a nyugdíjba küldés időpontja között ellentmondás adódhat (lásd: feljebb). Ennek stresszhatása betegségek előidézője lehet.

Nyugdíjazási szindróma (retirement syndrome, Pensionierung Syndrome, Schultze, Freedman). A kenyérkereső munkavégzés befejezése, a nyugállományba vonulás, különösen karrierpályán, értelmiségi munkakörben dolgozó személyek számára nagy lelki törést jelent. A tevékenység megszűnése mellett az anyagi helyzet romlása is negatív hatású. Elsősorban a férfiak érzik ilyen formán a változást. A nők esetleg még várják is, mindenesetre náluk az otthoni feladatok (pl. nagyszülői feladat) csökkentik a negatív hatást. Felkészülés nélkül a hirtelen kialakult passzivitás (roleless role: szerepnélküli szerep) apátiát okozhat.

Az egyén elégedetlen lesz környezetével, állandóan konfliktusba keveredik, megváltozik a magatartása, morózus, ingerlékeny lesz, érdeklődése, pszichés energiája csökken, szorongás, depresszió alakulhat ki (depresszió-

anxietás komplex), van, akinél átmenetileg, van, akinél tartósan. Testi tünetek jelentkezhetnek objektív háttér nélkül. Nőhet az alkoholfogyasztás. Lappangó, addig kompenzált szomatikus folyamatok válhatnak manifesztté, akut történések következhetnek be, így pl. stroke lép fel, vagy a rák késői kiújulása jelentkezik. Fontos lenne a pszichológiai prevenció, pl. hobbitevékenységek, szellemi elfoglaltság, társasági kapcsolatok kiépítése révén, amelyeket már a 40-es és 50-es éveikben járóknak ki kellene fokozatosan alakítaniuk. A nyugdíj körüli időszakban egészségügyi szűrővizsgálatokon kellene átesnie az idősödő egyénnek.

Munkaalkoholizmus (workaholic syndrome). Ez a sajátságos magatartási pszichés anomália minden korban jelentkezhet, de a kenyérkéréső munkavégzés megszűnte után keletkező tevékenységi vákuumban mintegy annak kompenzálását jelentheti. A felfokozott munkavégzési kényszer addikciónak tartható. Ott-honi környezetben, pl. kertészkedés, nőknél takarítási műveletek végzése jelentheti a konkrét megnyilvánulást. Sokszor a kényszeres jelleg (obszesszió) miatt felesleges tevékenység is mutatkozik. Optimális levezetése is lehet ennek a készítésnek az önkéntes munkavégzés, pl. a szociális szférában, amire Nyugat-Európában sok példát látunk.

Öreg őrmester szindróma (old sergeant syndrome, Sobel). Eredetileg háborús körülmények kap-

csán észlelt magatartási jelenség. Olyan parancsnok, akinek „éles” helyzetben állandó irányítás, parancsadás volt a feladata, később békében a legegyszerűbb döntés meghozatalában is pszichésen gátolt lesz (abulia). Ezzel mutat párhuzamot az a szituáció, amikor állandó döntési helyzetben lévő vezető beosztású ember nyugállományba vonul és utána döntésképtelen lesz, akár vizeletét is elengedi, mivel nem képes elhatározni, hogy a toalettre menjen. Pszichiátriai kezelés segíthet a helyzetben.

A lakhely

A szélesebb értelemben vett komfortosság és a megszokott környezet alapértéket jelentenek az idős számára. A megszokás gyakran az otthoni önálló életvitel lehetőségénél is fontosabb érték. A következő ismérveknek kell meglenniük a lakásban:

a szükséges helyek könnyű megközelíthetősége,
fizikai biztonság,
privát elkülönülés lehetősége,
tágasság,
könnyű tájékozódás, átláthatóság,
ingergazdagság.

A mozgásképeség csökkenésével mindezek jelentősége egyre nő. A komfortfokozat igen jelentős ebben az esetben, minél kisebb megérőltetéssel legyenek elvégezhetők a lakáson belüli funkciók, azaz a fizikai képességek és a komfortfokozat arányba állítandók egymással

(Kahana: *personen-vironment fit*, Lawton: *person-environment competence*, személy-környezetilleszkedés).

Lakótelep szindróma. A lakótelepek tömbjeinek lakosai, mint egymástól szeparált lények élik mindennapi életüket. Az élő szerves közösség kapcsolatainak motiváló, éltető hatása nem alakul ki. A lakosok különböző lakóterületekről, idegenként kerülnek össze. A ház fizikai struktúrája kevés lehetőséget ad a kapcsolatépítésre, találkozásra, kommunikációra. Ha idős ember kerül több évtizedes közösségi helyzetből a vizuális jellegével is a bensőségesség ellen ható, idegen környezetbe, esetleg az épületkolosszus 10-15. emeletére, az elidegenedés pszichológiai hatása és a mozgást nehezítő fizikai körülmények egyértelműen életvitelének nagyfokú beszűküléséhez vezetnek. A korral csökkenő adaptációs készség, a romló mozgásképesség az elmagányosodást segítik elő (*sick of city life*: a városi élet betege). A bevásárlás, az ügyintézés, az orvoshoz járás nehezítetté válik. Egyedülálló személy számára mindennek biológiai következményei is vannak: a táplálékbeszerzés, az egészségi állapot ellenőrzésének nehézségei, stb.

Pszichoszociális hospitalizmus (Raspe). Hosszan tartó kórházi tartózkodás (krónikus osztály, „elfekvő”), végleges intézeti elhelyezés (szociális otthon) az idős ember számára a legtöbb esetben negatív pszichés következménnyel jár. A megszokott környezetből való kiemelés

stresszorként hat. Egy szabályozott élettér Procrustes-ágyába kényszerítik. Az autonómia optimális esetben is korlátozott (borderland of autonomy: az autonómia határhelyzete). Az elhelyezés első periódusában a belső tiltakozás határozza meg a lelkiállapotot. A személyiség függvényében aktív, vagy passzív alkalmazkodás, teljes befeléfordulás, általános apátia, közömbösség alakulhat ki az idők folyamán. Az utóbbi változatok gyakoribbak.

Érzelmi elsivárosodás a belső és külső kapcsolatok megtartásának, illetve kialakításának hiányában lép fel. Iniciatívahiány, önelhanyagolás, a kedvtelések elhagyása is gyakori jelenség. A saját otthonban nyújtott szociális és ápolási segítség az igazi alternatíva (non-hospitalizmus elve), amennyiben ez megvalósítható az adott személynél. (Magyarországon most a 4 órát meghaladó ápolási, gondozási igény a bennfekvéses intézménybe való felvétel feltétele). Jobb fizikai állapotban az úgynevezett apartmanházak nyújtanak az idősek számára elfogadható lakhatási feltételeket.

Todeserwartung (halálvárás) szindróma (Berman). Az előző helyzet extrém formáját jelenti: az intézetbe helyezett idős egyén gondolatvilágát mély szomorúság, reménytelenség, halálvárás tölti ki. Az élettől már nem vár semmit, feleslegesnek érzi magát és semmiféle célt nem lát maga előtt – még rövidtávra sem – azt érzi, hogy már csak a halál vár rá. Van, aki arra vágyik, hogy minél előbb be is következzenek.

Nem kommunikál, esetenként az ellátást is elutasítja. Ritkán suicid gondolatok, esetleg próbálkozás is előfordul.

Diogenes szindróma (Clark). Az idős egyén önelhanyagolása saját testét, ruházatát, környezetét érinti. A higiéné mellőzése következtében teste, ruházata nagymértékben elszennyeződik, lakásában értéktelen tárgyakat, kacatokat gyűjt extrém mennyiségben (kollekciónizmus, szigillománia), amelyek fokozatosan szennyes tömeggé válnak. Lakását alig hagyja el. A hordóban élő ókori filozófus nevééről, Diogenesről kapta az eponym elnevezést. Hátterében a korrallal kialakuló személyiségzavar áll. Sokszor demencia mutatható ki, máskor csak enyhébb mentális zavar. Több esetben ez sem igazolható. Nem egyszer korábban igen művelt, iskolázott személynél alakul ki. Szomatikus következmények részben az elégtelen táplálkozásból, részben a szennyezett milióból származnak (sérülések, bőrfekció, légúti és gyomorbél-rendszeri fertőzések). Keringési zavarok is jelentkezhetnek, elsősorban agyi vérellátás elégtelensége. Leggyakrabban e kórállapotok előrehaladott stádiumában mentők szállítják kórházba.

Időskori hajléktalanság. A hajléktalanság vagy még az időskor bekövetkezte előtt alakult ki, vagy már az időskorú személy lett hajléktalan. Munkásszállón lakó egyedülálló személy nyugdíjazása után kerülhet ilyen helyzetbe. Bírósági döntés tilthatja ki az erőszakos, alko-

holista férjet a közös lakásból. A lakás összeomlása, lakhatatlanná válása is lehet ok. A vulnerábilisabb idős szervezetben könnyebben alakul ki sérülés, végtagfekély, kihűlés, fagyás, hóguta, külső és belső infekciók, parazitózis, keringési zavarok, bőrrák, stb. A kórházba szállítás és kezelés után a beteg elhelyezése gyakran jelent nehezen megoldható problémát.

A „bevásárló szatyros idős hölgy” szindróma (*shopping bag ladies, Rousseau*). Bevásárló szatyrokkal parkokban, tereken üldögélő, utcákon ténfergő szennyezett, elhanyagolt küllemű idős nők esetét jelenti. Többségükben hajléktalanok, de néha lakással rendelkeznek, ennek ellenére naphosszat, esetleg éjjel is az utcán tartózkodnak. Szükséges holmijaikat (ruha, étel, stb.) és szükségtelen kacatokat is tartanak a szatyraikban, amelyeket mindig magukkal hordanak. Mentálisan korlátolt egyénekről van szó. A testi tüneteket nagyfokú lábödéma (pangás, fehérjehiány), fekélyek, bőrfertőzés dominálja.

Összefoglalás

Az idős egyén testi – lelki – szociális helyzetét érintő konstellációk gyakran mindhárom területről megközelítendő, kezelendő szindrómákban csúcsosodnak ki. Erikson identitás elmélete alapján az időskor vagy az érettség, vagy a kétségbeesés életfázisa. Az élet minden fázisában krízis jelentkezik, amit az egyénnek

meg kell oldania, ettől függ a pozitív, vagy negatív kimenetel, életérzés. A fenti tünetegyüttesek többségükben a negatív jelenségek együttesei.

A személyiségi tényezőknek lényeges szerepük van ezek kialakulásában mind az idős személy, mind az őt körülvevő hozzátartozók vonatkozásában. Fontos kérdés, hogy az idős személy élete folyamán domináns volt-e környezetében, milyen a tűrőképessége, milyenek előző kapcsolatai, testi függősége mennyiben befolyásolja autonómia igényét, vagyis milyen szabadságfokkal rendelkezik. A bekövetkező események által az én és a világ kapcsolatának egyensúlya felbomolhat, ami esetleg előzőleg sem volt meg, de új egyensúlyzavar jelenik meg. Igen lényeges, hogy milyen az én-én kapcsolat: elégedett-e önmagával, élete alakulásával és ennek függvényében hogyan tud megbirkózni a jelentkező kóros konstelláció, kritikus helyzet jelenségeivel.

Irodalom

- Bagdy E., Baktay Z., Mirnics Zs. 2006): Párok és párkapcsolatok vizsgálata. HEFOP, Digitális tankönyv, Budapest
- Baltes M. M. - Carstensen L. L. (1996): The process of successful ageing. Ageing and Society 16, 397-422.
- Barcy Magdolna (2012): Konfliktusok és előítéletek. A vonzások és taszítások világa. Oriold és társai, Budapest

16. Krízishelyzetek, konfliktusok időskorban

- Boga Bálint (2006): Krízishelyzetek időskorban. In: Imre Sándor, Fábián Gergely: Őszülő társadalmak. DE Egészségügyi Főiskolai Kar, Nyíregyháza
- Bromley D. B. (1972): Az emberi öregedés pszichológiája. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Cohen-Sachs B. (1993): Coping with the stress of aging. *Stress Medicine* 9, 45-49.
- Donászy Marianne (2002): Időskori szerepek és krízishelyzetek. In: Tariska Péter (szerk.): Kortünet vagy kórtünet? Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Hajduska Marianna és mtsai (2009): Krízishelyzetben. A válság mint esély. Jaffa Kiadó
- Hárdi István (2000): Az agresszió világa. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest
- Harris D. K. (1981): *Sociology of aging*. Harper-Row, NY.
- Hooyman N. R. - Kiyak H. A. (1991): *Social gerontology*. Allyn and Bacon, Boston.
- Hun N (1978): Bevezetés a szociális gerontológiába. Medicina, Budapest.
- Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Murphy B. et al (1997): Women with multiple roles: The emotional impact of caring for ageing parents. *Ageing and Society* 17, 277-291.
- Stuart-Hamilton, I. (2000): *The Psychology of Ageing*. (3. edit.) Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia

Saját feljegyzései

17. A KADMO SZ SZINDRÓMA

A gyermekét gyászoló idős szülő.

A fiatal vagy középkorú gyermekét elvesztő idős szülőben lelki, testi és szociális következmények (lelki trauma, kóros reakció, veszteség) alakulnak ki, melyek együttesét Kadmosz, ógörög mitológiai személy neve alapján nevezték el. Ebben az állapotban az idős személy sokirányú támogatást igényel.

Kadmosz Theba megalapítója, első királya volt. A görög mitológia gazdag az ő tetteinek leírásában. Jelen témánk szempontjából utódainak sorsán kell végigtekinteni. Harmónia nevű felesége négy leányt és egy fiút szült. Szemele szép leány volt, Zeusz beleszeretett, Héra féltékenységében azt találta ki, hogy kérje Zeuszt, hogy teljes isteni pompájában látogassa meg. Zeusz villámokat szórva jelent meg és Szemele a lángokban elpusztult. Inót - fiával Melikertesszel együtt - megőrült férje halálba hajszolta: magas szikláról tengeri mélybe vetették magukat. Agaué bacchanália alkalmával megtébolyulva, társnőivel együtt darabokra szaggatta fiát, Penteuszt. Autonoé fiát Aktaioszt Artemisz szarvassá változtatta és saját kutyái tépték szét. Kadmosz fia, Polüdorosz is korán meghalt. Így Kadmosz öregkorára megérte, hogy utódai közül többen elpusztultak és bánatában ő kérte, hogy kí-

gyóvá változhassék (Ovidius, Trencsényi-Waldapfel).

Michel Pacaud, francia szociológus, egy időskorú otthon igazgatója a fentiek alapján választotta Kadmoszt azon szindróma névadójául, amely az idős emberben alakulhat ki, az után, hogy utódait (gyermekkeit, unokáit) elveszíti (Pacaud).

A gerontológiai, gerontopszichológiai szakirodalom foglalkozik - bár nem nagy terjedelemben - az idős emberek gyászreakcióival, azonban ezek a közlések főleg a házastárs elvesztésének következményeit tárgyalják. Ez meglepő, mert maga Pacaud utal egy felmérésre, amely szerint különböző országok francia nyelvű öregotthonaiban lakó személyek (átlagéletkor: 85 év) 30%-a legalább egy gyermekét elveszítette (Pacaud).

Saját orvosi gyakorlatom több ilyen esettel való találkozás lehetőségét is adta, amelyek közül kettőt említek. 82 éves özvegyasszony szívelégtelenség miatt állt kezelésünk alatt, egyik fiát régebben elveszítette, második fiának temetésére kórházból kéredzkedett ki. 80 éves özvegyasszony, akit szintén szívpanaszokkal kezeltünk (extraszisztólia), 5 gyerekéből négy elhunyt; 3 éves kislánya forró levesbe esett, emiatt halt meg, 23 éves lányát áramütés érte, 36 éves fia öngyilkos lett, később másik fia - ugyancsak 36 éves korában - szívbetegség miatt halt meg.

További mitológiai példák

A görög mitológia másik, gyermekeit elvesztő személyisége Niobé, Theba királynője, aki elbizakodottságában Letó istennővel, Apolló és Artemisz anyjával vette fel a versenyt. Theba asszonyait eltérítette az istennőnek szánt áldozatbemutatástól. Apolló bosszújában íjával nyilazta halálra előbb Niobé 7 daliás fiát, majd - mivel gőgje nem hagyott alább -, hét leányát. „Ott áll Niobé anyai boldogsága romjai fölött [...] Merevedő szemmel nézi halottait, a jajszó is elhal ajkán [...] Lába fölmondja a szolgálatot, arcáról eltűnik az élet, szíve helyén is kemény, hideg kő van [...] kegyetlen fájdalmában kővé vált a thebai királynő” (Trencsényi-Waldapfel).

A pogány vallásokban az áldozat, amit úgy mond "az istenek követelnek", nem egyszer fiatal emberek életének feláldozását jelenti. Hogy ezt a szülők hogyan fogadták, élték át, csak néhány írásból, irodalmi műből láthatjuk, de elképzelni ettől függetlenül is lehetséges. A mítoszok, a leírt drámák megpróbálják valamilyen megoldással feloldani a csapást. A krétai Minotaurusz kilencévente hét ifjú, és hét leány életét követelte, ezek sorát Ariadné fonala segítségével Theszeusz szakította meg, aki a bika megölése után csak így tudott visszatérni hazájába (Trencsényi-Waldapfel).

A görögök Trója felé történő továbbhajózása érdekében Naxosz szigetén Artemisz istennő

Iphigénia, Agamemnon leánya feláldozását követelte. Iphigénia vállalta az áldozatot, azonban az istennő az utolsó pillanatban az istenek közé ragadta őt és helyére, az oltárra egy szarvast helyezett (Euripidész).

Bibliai példák

Az Ószövetségben is megtaláljuk ennek a mozzanatnak a továbbélését: az Isten Ábrahámot próbára tette, hogy fiát, Izsákot fel tudná-e áldozni, ha Ő, az Isten erre kéri. Mivel erre Ábrahám hajlandó lett volna, angyalával tudatta, hogy nem kell megtennie, a kérés csak próbatétel volt (Teremtés Könyve 22, 1-18). A Bibliában azonban Ábel halála az első emberi halál - szülei, különösen Éva siratják nagy fájdalommal.

Ugyancsak az Ószövetségből ismerjük a szülői szeretet mindenekfeletti példáját. Dávid király pártütő és apja ellen harcoló fia, Absalom halála hírére meghallva „elcsukló hangon így siránkozott: Fiam, Absalom! Ó bár én haltam volna meg helyetted!” (Sámuel 19, 1)

A felcseperedett, már felnőtté vált gyermek elvesztésének nagy szülői fájdalma az Újszövetség történeteiben is megjelenik. Nem véletlen, hogy ezek Krisztus feltámasztási csodái között kiemelt szerepet kapnak. A naimi ifjú története említendő elsőként. „Amikor a város kapujához közeledett, egy halottat hoztak, egy özvegyasszony egyetlen fiát. Amikor az Úr meglátta, megesett rajta a szíve és megszólított-

ta: Ne sírj! Aztán odalépett a koporsóhoz [...] s így szólt: Ifjú, felszólítalak, kelj föl! A halott fiú felült és elkezdett beszélni" (Lukács Evangéliuma 7, 12-15). Ehhez hasonlóan Krisztus feltámasztotta Jairus leányát, akinek halála miatt, mindenki sírt, jajgatott, gyászolta a lányát (Lukács Evangéliuma 8, 52).

Az Újszövetség fő haláleseménye Krisztus keresztre feszítése, aki 33 éves volt ekkor. Édesanyja ott volt kivégzésénél, a kereszt tövénél siratta fiát. Meglepő, hogy Mária bánatáról, fájdalomáról egyik evangélista sem ír. Ezzel szemben a korai alkotóktól kezdve a reneszánszig a képzőművészet, amelynek egyik fő tárgya Krisztus keresztre feszítése volt, Mária fájdalmas alakját, bánatos arcát a festmények egyik fő közlendőjeként formálja meg (lamentáció). A keresztről levett Krisztus holtteste felett gyászoló fájdalmas Mária témája „pieta” (istenszeretet, kegyesség) néven vonult be a művészetbe. Néhány kiemelkedő alkotást említek, amelyeken Mária, Krisztus anyja fájdalmát nagy kifejező erővel festették le. Fra Angelico "Keresztre feszítés" című képén Máriát három nő támogatja; egy másik ismeretlen festő képén látszik, hogy Mária elájult, egy férfi tartja az összezsúrlott testet (a "Virgo inter virgines" mestere). Giottino "Keresztről levétel" című műve a halál utáni fájdalmat mutatja. Botticelli és van der Weyden „Krisztus sírbatétele” c. műveiken a gyász következő mozzanata jelenik meg.

A szobrok közül Michelangelo Pietája a legmegragadóbb. A modern művészek közül Käthe Kollwitz robusztus Pietáját emelem ki. Mária anyai fájdalmát irodalmi művek is kifejezik. Külön jelentőséggel bír számunkra az Ómagyar Mária Siralom, mely első nyelvemlékeink egyike:

*Ó, én ézes urodum,
Eggyen így fiodum,
Sirou anyát teküncsed.
Buabeleül kinyuhhad.*

Zenei művekben is megtaláljuk Mária fájdalomának kifejezését, így a Krisztus keresztútját zenében leíró, ún. passiókban (pl. Bach), illetve célzottan az anyai mély gyászt kifejező alkotásokban, Stabat Mater ("Állt az anya ...") címmel örökítik azt meg (pl. Pergolesi, Rossini, Dvorzsák).

Irodalmi példák

Seneca "Vigasztalások" című művében az első asszony (Marcia), akit vigasztal, fiát, Metiliust veszítette el. Miközben logikai alapon próbál nyugtatni, több anyát említ meg, akinek fia fiatal felnőtt korban halt meg és általuk az anyai gyász több formáját mutatja be. Így Linát, akinek fia Drusus volt, és aki fia emlékének élt, sokat emlegette fájdalom nélkül. Octavia (Augustus húga) Marcellust veszítette

el, élete végéig "ömlöttek könnyei és sóhajai", megkönnyebülni nem volt hajlandó, nem engedte fiát említeni sem. Államférfiakat is említ, akik elveszítették felnőtt fiaikat, így Sulla császárt is, valamint Lucius Bibulust, aki két fiát temette. Caius Caesarnak leánya halt meg. Seneca kiemelte, hogy fájdalmuk idején is töretlenül folytatták országos feladataikat. Tiberius Caesar maga tartott gyászbeszédet fia teteme felett. Seneca vigasztalásában filozófiai megközelítéseket használ, így a következő gondolatokat fejti ki: Az életben mindent kölcsönkapunk, s lehet, hogy egyszer vissza kell adnunk; nem felejtethjük, hogy mindannyian halandónak születtünk, s hozzátartozóink sem kivételek; idejében meghalni jótétemény lehet, mert sok példa mutatja, hogy gyermekeinket milyen csapások érhetik. A halál „[...] akár a szépreményű ifjút ragadja el, élte virágában, akár a gyermeket szólítja el, mikor még élni sem élte az életet: mindenkinek közös vége ez [...]” „Ami a csúcspontra ért, máris zuhanhat a semmibe” (Seneca).

Shakespeare alakjai közül Lear királyt említtem. Amikor kedvenc leányát veszíti el, fájdalma végtelen:

*„Üvölts, üvölts, üvölts! óh kőből vagytok ám
Ti mind! Ha volna oly szemem s oly nyelvem is,
Mint nektek, megszakadna jajszavamtól most
A mennynek boltja. Mindörökre ment el ő.
Tudom ...*

Miért is él az eb s a ló

S a patkány, mért, ha néked nincs lélegzeted?"

Csehov "Fájdalom" című elbeszélésében az öreg kocsis fia halála miatt szomorúan végzi utasai szállítását, bánatát ki szeretné beszélni magából, megosztani másokkal. Utasai közül azonban senki sincs, aki odafigyelne az öregember szavaira. Végül egyedül marad lovaival és nekik mondja el lelkét epesztő bűjét.

A nagy családregények történetfolyamaiban - mint az életben - a halál többször megjelenik, különböző korú családtagok hunynak el. Szaltikov Scsendrin "A Galavljov család" című regényében Arina Petrovna földbirtokosnő leánya meghal. Ő két fia között tipródik, a gazdagabbik kiforgatja a vagyonából, így a kisebbikhez, a részeges Pávelhez költözik, aki beteg, s később meghal. Ez a csapás átformálja élet filozófiáját, s végül visszatér gazdag fiához (de Beauvoir).

Thomas Mann „A Buddenbrook ház” című regényében is találunk példát, ami kapcsolható témánkhoz. Klara Buddenbrook (Tiburtiusné) tbc-ben pusztult el, édesanyja az öreg Buddenbrookné erősen megtört, és ez az örökség elosztásában befolyásolta döntését.

George Simenon „Intim memoárok” című naplószerű művében egy levelet találunk, amelyet hat nappal Marie-Georges nevű leánya halála után hozzá ír, nem fogadva el leánya halálának tényét, csak átlényegülését. „Te

ott vagy a levegőben, amit belélegzünk, a fényben, ami eláraszt, a kozmosz rezdülésében és minden oldalról áthatsz bennünket" (Pacaud).

Yourcenar írja egyik művének szereplőjéről, hogy Noemi abban a korban volt (nagyon idős volt már), amikor az ember már nem sír sokat a halál miatt, pedig leányát veszítette el.

Louis-Ferdinand Céline Utazás az éjszaka mélyére című regényében szerepel madame Henrouille, akinek fia elhalálozott, azonban ő fia halálán nem sokáig búslakodott. – „Mindig nagyon érzékeny volt - mesélte nekem egyik este, - én viszont, nézze meg, a hetvenhatot is betöltöttem, mégsem panaszkodom soha!”.

Else Lasker-Schüller német költőnő 52 éves korában vesztette el szeretett fiát, több verse még időskorában is e fájdalom kifejezésére épült:

*„Mindig, ha fordul az év,
Számomra újra meghalsz, Gyermeke,
[...]*

*Ezért sírok, csak sírok én örökre,
Szívem sötét éjszakáján [...] „*

(Gyermekeimhez) .

Neves emberek életrajzából

Sok neves ember veszítette el élete folyamán kisgyermekét, vagy felnőtt gyermekét és ez meghatározó volt sorsának további alakulásá-

ban illetve a művészi pályafutás meghatározó tényezőjévé vált, művek születését elősegítette, megakasztotta, vagy azok témáját megváltoztatta, átalakította.

Móricz Zsigmondnak két kisfia halt meg egy éves koruk körül.

Verdinek is két kisgyermek hűnt el és éppen ekkor volt megbízása vígopera komponálására. Nem meglepő, hogy a zenemű nem aratott sikert („A pünkösdi királyság”).

Rembrandt első felsége, Saskia négy gyermeknek adott életet, három (két Camélia nevű lánya, valamint fia, Rumbartus) kisgyermekkorában halt meg, a negyedik Titus, akit meg is festett, huszonhét éves korában egy évvel apja hatvanhárom éves korában bekövetkezett halála előtt távozott az élők sorából (Erpel).

Tolsztojnak időskorában születtek gyermekei, de több meghalt. 58 éves korában négy éves fiát, 67 éves korában hét éves leányát veszítette el. Vallásos lélekkel dolgozta fel a csapást: "nincsen halál, ő sem halt meg, hiszen szeretjük." 1906-ban 35 éves Mása leánya halt meg - Tolsztoj ekkor 78 éves. „Istennek hála, nem törtem össze” - írja (de Beauvoir).

Victor Hugo három gyermekét veszítette el életében, Charles és François-Victor nevű fiait még kisgyermekkorban, Juliettet, aki szemefénye volt, már felnőtt korában. Az író 79 éves volt. Ekkor írta: "Életemben annyi a gyász, hogy ünnepe már nincs is" (de Beauvoir).

Sigmund Freud hatvannégy éves korában vesztítette el huszonhét éves lányát Sophiet, a mester három év múlva rákban betegedett meg.

Történelmi példák

A magyar történelemben több nevezetes példát ismerünk a híres személyiségek felnőtt gyermekeinek halálára.

Szent Istvánnak és Gizella királynőnek több gyermeke is volt, ők - egy kivételével - mindnyájan meghaltak gyermekkorukban. Szent István 56 éves volt, amikor a fiatal felnőtt kort megért egyetlen fia, Imre vadászaton meghalt.

"Siratá is Szent István király és egész Magyarország vigasztalhatatlanul nagy zokogással, és az elhagyatott apa keservesen sóhajtozott, mert utódok nélkül magára maradván lelkében gyászola." (Hóman). Az uralkodóknál sajátos aspektusa van az utódvesztésnek, főleg a fiú, az egyetlen fiú halálának: a trónutódlás közvetlen családon belüli lehetősége elvész. A személyes bánaton felül ez a tudat mélyíti a gyász átélését. "István király pedig bánatában súlyos betegségbe esett" (Lengyel).

Szilágyi Erzsébetet nagyobbik fiának, Hunyadi Lászlónak lefejeztetése mélyen megrendítette, másik fiának, Mátyásnak királlyá választása alkalmával valami kárpótlást érzett, ez azonban természetesen nem pótolta a veszteséget. Ferenc József császár Rudolf trónörökös elvesztésénél a monarchia jövőjét is bizonyta-

lanná válni látta. Keményen viselte a csapást. Munkáját ugyanolyan rendben végezte, „... nem volt fennakadás sem a katonai, sem a politikai ügyekben." A temetésen fiát, mint katonát, mintegy a szolgálati szabályzat rendje alapján búcsúztatta. Így tudta elviselni a csapást, "... sikerült holt fiát egy másik dimenzióba emelnie, ahol már újra rend van" (Bart).

Horthy Miklós kormányzó egyik fia, István 1942-ben repülőgéppel lezuhant, szörnyethalt. Az idős apa erősen megtört. István harmadik gyermeke volt, akit elveszített, 1918-ban Magda lánya vörhenyben, 1940-ben Paulette lánya tüdőbajban hunyt el. Később másik fiának életveszélybe kerülése az ország sorsára kiható döntéseiben komoly szerepet kapott (Gosztonyi).

A világtörténelem is ad néhány példát a híres emberek gyermekvesztésére. Így pl. a római korban a Gracchus testvérek meggyilkolása után anyjuk gyásza jelenthet példát erre az eseményre.

Ezzel állítható párhuzamba a közelmúlt világot megrendítő eseménye: a Kennedy testvérek meggyilkolása. Szüleik, különösen anyjuk, Rose Kennedy kemény gyásza, lelki helytállása a sajtóban sokat taglalt téma volt.

A gyermekvesztés formái

Bár akármelyik életszakaszban felléphet a baleset vagy betegség által okozott elhalálozás,

mégis a szülő és a gyermek korát figyelembe véve három főbb típust különíthetünk el.

Csecsemő-kisgyermek halála - fiatal felnőtt szülő: veleszületett rendellenesség, fertőző betegség lehet az ok; a fiatal felnőtt - nagyobb fokú lelki rugalmassága révén - általában hamarabb dolgozza fel a veszteséget, mint az idősebbek, ismételt reprodukcióval mintegy pótolja a veszteséget.

Kamaszkorú gyerek, vagy egészen fiatal felnőtt halála - középkorú szülő: a veszteség oka legtöbbször baleset esetleg rosszindulatú betegség; a feldolgozás igen fájdalmas, megnehezíti a sok emlék, a fiatal jövőjének megszűnte, egyetlen gyereknél a kontinuitás elvesztése. Középkorú felnőtt halála - idős, agg szülő: kardiovaszkuláris vagy rosszindulatú betegség a legfőbb halálok; az idős szülő elveszti támaszát, lényegében ezen forma megjelölésére választotta Pacaud a Kadmosz szindróma megnevezést.

Az idős ember egyedül maradása - a házastárs halála után - több formában valósulhat meg:

soha nem volt gyermeke,
 gyermeke(i) meghalt(ak),
 gyermeke külföldre emigrált (ez különösen az ún. szocialista időszakban jelentette, hogy a viszontlátásra még remény sincs),
 különlakás (ha egymástól távol laknak, elősegítheti az elszakadást),

gyermek elidegenedése (soha meg sem látogatja, illetve fel sem hívja telefonon szülőjét - ez az ún. „kapcsolati halál, emotional cut-off”).

Itt említhető meg, hogy még a múlt században is sok csecsemő pusztult el különböző járványokban, például Erdélyben a torokgyík egy családban több kisgyermeket is elvitt. Később született testvéreik nemegyszer az ő neveiket kapták meg.

A háborúban pusztult el a legtöbb fiatal férfi és szüleik, főleg anyáik gyásza a legnagyobb tragédiák közé tartozik. Az ókor hadjárataitól (pl. Anabaszisz) jelen korunk háborús eseményeiig (pl. Koszovó) a szülői gyász súlya megrendítő példákkal szolgál. Euripidész *Olta-lomkeresők* című tragédiájának a középpontjában az elesett katonák édesanyjainak a fájdalma áll, esdekelnek, hogy legalább eltemethessék fiaikat. Lelki fájdalmuk leírása szívbemarkoló:

*"Hisz asszonyok sorsa gyász
fiaikért, ha temetik őket,
s jajgatás, merő siralom.*

[...]

*Látom is immár gyermekeinknek
Holttesteit, ó, én szánni való!*

[...]

*Etettelek búra, jaj,
gyermekem! A szívem alatt visel-
telek, kínok közt szültelek és most
Hádész szüretel ím le,*

*fáradalmaim gyümölcse,
s agg koromra ápolóm,
szülődnek, szegénynek egy sincs".*

Brecht Kurázszi mama drámájában a címadó markotányos nő a harmincéves háborúban elveszíti két fiát és leányát. A háborúk hiábavalóságának, embertelenségének örökérvényű szavakba foglalása ez a dráma.

A II. világháború több tízmillió fiatal áldozatának szülei sohasem tudták a békét igazi örömmel fogadni. Käthe Kollwitz gyászoló házaspárt ábrázoló szobra a romosan hagyott kölni templomban nekik állít méltó emléket. Ez a háború a kisgyermekes tudatos elpusztításnak borzalmát is elhozta a koncentrációs táborok gázkamráiban (Kübler- Ross).

Magyarországon a doni csatában elesettek szülei a háború után még nem is gyászolhatták méltó módon gyermekeiket, mert azok a fasiszta Németország szövetségesének hadseregében váltak áldozattá. A filmek még ma is foglalkoznak ennek a háborúnak a családi vonatkozásaival, pl. a Ryan közlegény megmentése című film azt a humánus, de a valóságban abszurdnak tűnő történetet mutatja be, hogy a több fiát elveszítő szülők számára az egyetlen megmaradtat a hadvezetés parancsára hatalmas erőfeszítések árán hozzák ki a háború poklából.

A II. világháború után több helyi háború zajlott, az itt elesettek szüleinek gyászáról időnként kaptunk tudósításokat. Így pl. az Afga-

nisztánban elpusztult orosz katonák szüleinek megrendítő látványa, tiltakozása, összefogása, követelése a rendszerváltást követően a televízió által mindannyiunkhoz eljutott.

Következmények

1. Pszichológiai

Jelen dolgozatnak nem célja a gyász általános következményeinek a tárgyalása, de mivel a Kadmosz szindrómát kísérő jellegzetességek, lelki reakciók kevésbé felderítettek, az általános választípusokat is említeni szükséges.

V. Kast szerint a gyásznak négy fázisa van:

1. az elutasítás stádiuma
2. a felszakadó érzelmek stádiuma
3. a keresés és elválás stádiuma
4. az önmagunkhoz és a világhoz fűződő új viszony kialakításának stádiuma.

Idős egyénnél a gyász gyakran nem mutatja ezeket a fázisváltozásokat, illetve az egyes fázisok időtartamában és kialakulásában eltérések lehetnek. Így a második stádium elhúzódó, egyeseknél sohasem múlik, a negyedik olykor nehezen vagy talán soha nem tud kialakulni.

Gyermekeink elvesztése „egész vállalkozásunk hirtelen rombadőlését” jelenti, hiábavalóvá tesz minden értük tett korábbi áldozatot, erőfeszítést és romba dönti a reményt, amit beléjük helyeztünk (de Beauvoir).

Gyermekek elvesztése esetén a komplikált, torzult, patológiás gyász gyakoribb lehet. A

Lindemann klasszikus leírásában szereplő kóros formák gyakoriságára azonban nincs adat ebben a gyászformában. Lindemann két nagy csoportra osztotta a kóros gyászreakciókat: késleltetett és torzult gyász. Utóbbinak kilenc alformáját különítette el, ezek közül bizonyára a másokhoz való viszony változása, az agított depresszió, az egészségi állapot romlása gyakrabban jelentkezik.

A szakirodalomban a késleltetett formára több példát is találhatunk. Pl.: az 1 éves gyermekét elvesztő asszony a halál után rögtön teherbe esik és az újabb gyermek tölti ki gondolatait. Évekkel később, főleg a halál évfordulóin egyre többet kezd foglalkozni az első gyermek emlékével, még harminc év múltán is, évekig pszichoszomatikus tünetek is jelentkeztek nála. A pszichológiai vizsgálat a gyászmunka kimaradásának kóroki szerepét igazolta (Brown és Stoudernire).

Freud szerint a melankólia és a gyász között az a különbség, hogy az utóbbiban az érzés nem csökken, a gyászmunka lényegében nem más, mint a libidó visszavonása a szeretet tárgyától. Ez a folyamat egy korábbi, vagy tartósan fennálló Oedipus-komplexus esetén az átlagosnál fájdalmasabb. Az újabb szakirodalom a gyász okozta depressziót elkülöníti a már korábban leírt komplikált gyásztól, amit a szeparáció és a traumás distressz jellemez és a mindennapi feladatok elvégzésében jelentkező gátoltságban mutatkozik meg (Prigerson).

Mindkettő a veszteség után hat hónappal mutat előfordulási csúcsot. Fokozódhat az alkohol-, szedatívum- és nikotin-abúzus is. Egyes pszichiátriai kórképek is gyakrabban lépnek fel, például fóbiák, hipochondria és egyéb szorongásos kórképek, stb. (Rosenzweig).

Halálos betegség esetén a gyászmunka a haláleset idejéhez közeledve egyre erősebb stresszt jelent (anticipációs gyász), ez időnként kifejezettebb, mint a halál után (Norris, Murrell). A gyermek (felnőtt gyermek) elvesztése esetén ez nem tartható jellegzetesnek, mivel a remény - olykor irracionálisan - az utolsó percig megmarad a szülőben.

A kiváltott reakció és lelki feldolgozás több konkrét megnyilvánulásával találkozhatunk. Saját tapasztalatom és a szakirodalom felhasználása alapján a következőket tartom szükségesnek itt megemlíteni.

A fájdalom teljes személyiséget felbontó hatása, kontrollálatlan kitörések nehezen csillapódó jelleggel, ami esetleg közömbös apátiába csaphat át.

Mély depresszió, amely tartós lehet, a gyászoló értelmetlennek tart az életben mindent, gyakori a „miért nem én haltam meg” érzete (lásd pl. Dávid király példáját).

Vallásos feldolgozás: Isten akarta így, el kell fogadni, a túlvilágon ismét találkozunk.

Az elhalt felmagasztalása, glorifikációja, sokszor a valóságtól erősen eltérő tulajdonságokkal való felruházása.

Az emberi, a családi kontinuitás megszűnése, az élet végességének érzetét élessé teszi, az öregedés, a betegség is elviselhetetlenebbé válik, a gyerek léte ugyanis a folytatást jelenti.

Intellektuális feldolgozás: a felnőtt gyermek megélt életének "kereksége", egy viszonylagos teljesség érzete elviselhetőbbé teszi a veszteséget.

A kontinuitás, az utód iránti szeretet igényének kielégítése: másik gyerek vagy unokák (főleg az elvesztett gyerek gyerekei) iránti érzelmek némileg pótolják a veszteséget.

Az élet folyamán kialakult, szinte kóros anyalány kapcsolódás ("anyalány szindróma" - Post) esetén a lány elvesztése szinte megsemmisítő hatású lehet, az élet elutasítását vonhatja maga után, az életfolytatás képtelenségének érzetét adja.

Néha a másik élő gyermek irányában paradox érzés alakulhat ki, a szülő szinte haragszik az élőre, minden megnyilvánulásában kifogást talál, mintegy ezzel ellensúlyozza lelkiileg a nem élő gyerek emléke irányában a halál tényét.

Az elhalt gyermek ügyeinek továbbvezetése, kiterjesztése, mint kompenzációs mechanizmus - pl. újsághírben szerepelt Titti Balducci egyetemista lány története, aki halála előtt diplomája megszerzése előtt állt, s édesanyja kérésére poszthumusz megkapta a diplomát.

Önző személynél még saját túlélésének kemény, szinte győzelmes megélése is segítheti a

feldolgozást. Hősnek tartja magát, hogy a sorsnak ezt a csapását is elviselte és tovább tudja vinni életét.

Előfordulhat mély befelé fordulás, gyűlölködés és ellenségeskedés másokkal szemben.

A gyász legyőzésében nagy szerepe van az emberi környezetnek, „a család és a barátok összehangolt cselekedete, hatással van [...] a gyermekeket elvesztő szülők fokozatos asszimilációjára” (Bromley). A gyász megélésében segítséget jelent, ha a gyászoló érzéseit házas-társával, vagy többi gyermekével megoszthatja - az egyedülálló özvegy lelki traumája a legnagyobb megpróbáltatás. Az idős anya fia halálában a pater familias utódjának elvesztését, lánya halálában lelki-testi támaszának elvesztését szenved el.

A gyászban nemi különbség is megfigyelhető, a férfiakban a házastárs elvesztésénél tartósabbak a negatív kihatások, düh, keserűség (Rosenzweig), a gyermek elvesztésénél általában az anyánál tartósabb a gyász.

2. Szociális

Az idős szülők számára támaszt jelent a felnőtt gyerek, bár korunkban ennek általános jellege csökkenőben van. A felnőtt gyermek elvesztése még az úgynevezett tradicionális extenzív családban, klánban is kifejezetten erős hatást gyakorol az együttélő szülőre, annak ellenére, hogy a család más tagja a praktikus segítséget pótolja. Sok felnőtt gyerek távol lakik szülőjé-

től (más városban, országban), segíteni legfeljebb anyagilag tud. A várható gondoskodásnak öt formáját különíthetjük el.

1. pénzbeli,
2. kétkezi, ápolási,
3. lelki támogatás,
4. ügyintézés,
5. hivatalos segítség megszervezése.

1998-ban egy hetven év feletti személyekre kiterjedő, hazai reprezentatív mintán végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a nehéz élethelyzetben levő idősök viszonylag nagy százalékban számíthattak gyermekeik segítségére, így ügyintézésben 87.6%-ban, háztartási teendők ellátásában 80.6%-ban, anyagi segítségben 72.9%-ban, betegség esetén ápolásban 84.6%-ban (KSH 1999).

Nyugati országokban a felmérések szintén azt mutatják, hogy tartós betegség, rokkantság esetén az idős szülők ellátását mintegy 90%-ban felnőtt gyermekeik végzik. Ezekben az esetekben a gondozást végző személy halála a segítség megszűnését, a további életvitel erős korlátozását jelenti és új támogatási lehetőségek megszerzését teszi szükségessé.

3. *Biológiai*

Lindemann a normális gyász esetén is testi tünetek bizonyos sorrendjét írja le: légzőszervi (sóhajtozás), mozgató szervrendszeri (adinámia), gyomor-bélrendszeri (étvágyta-

lanság, székrekedés, hasmenés) tünetek követik egymást. A fontos személy elvesztése, mint stressz a szimpatikus idegrendszer és a mellékvesekéreg hormonelválasztásának stimulációja által szív-érrendszeri következményekkel járhat.

Az idős szülők már koruknál fogva nagyobb százalékban szenvednek szív- és érbetegségben, főleg arterioszklerotikus elváltozásokban. A lelki csapás könnyebben vált ki akut vagy tartóssá váló tüneteket, rejtett folyamatot manifesztté tehet. Az új stimulus legtöbbször vérnyomásemelkedést, ritmuszavart, angina pectorist, a szív pumpafunkciójának romlását okozhatja, de leírták a tüdőasztma, a gyomorfekély, a fekélyes vastagbélgyulladás, a szívinfarktus, a sok izületi gyulladás gyakoribb jelentkezését, illetve korábbi fennállás esetén a tünetek romlását (Bron, 1989).

A gyász másik hatása az immunrendszeren nyilvánul meg. Kifejezett T-limfocita és natural killer cell szuppresszió figyelhető meg, ami a tumor keletkezését, illetve a progressziót segíti elő. A mechanizmus hátterében a szteroid kiáramlás által gátolt citokin-produkció (interleukin-1, interleukin-2, tumor nekrozis faktor, interferon) állhat. (Schleifer). A fertőzések iránti fogékonyság is nőhet.

Egyéb biológiai funkciókban is kóros jelenségek észlelhetők: álmatlanság vagy egyéb alvászavar (a REM = gyors szemmozgás fázisá-

nak rövidülése kimutatható), étvágytalanság, fogyás stb.

Egyes vizsgálatok nagyobb halálozási arányszámokat mutatnak a gyászt követően (másfélszeres emelkedés, időbeli csúcs a veszteség utáni 7.-12. hónapban jelentkezik) (Rosenzweig), míg mások nem támasztják alá a nagyobb morbiditást és mortalitást (Norris és Murrell). Ez utóbbi vizsgálatnál az elhaltak között különböző családtagok szerepeltek, így felnőtt gyermek is.

A magyar Kadmosz szindróma

Magyarország demográfiai adatai között egy paradoxon található: míg az idősek (60 éven felüliek) lakosságon belüli aránya a nyugat-európaihoz hasonló mértékben nő, az átlag-életkor csak lassan emelkedik, a Nyugathoz képest erősen elmarad. Ha külön nézzük a férfiak születéskor várható életkilátását például az 1990-es évek elején, csökkenő tendenciát tapasztalunk a korábbiakhoz képest, amit főleg a középkorú férfiak nagyfokú halálozása magyarázta (KSH, 1998).

Évenkénti halálozás 1000 főre férfiagnál:

év	1959-1960	1995
35-39	2,54	5,37
40 -44	3,48	8,61
45-49	5,50	12,83
50 -54	9,14	18,41
50 -59	16,08	25,64

Ezek alapján kétszer, két és félszer több középkorú férfi halt meg a 90-es évek közepén, mint 45 évvel azelőtt, a legkifejezettebb növekedés a 40-50 év közötti korosztályban volt észlelhető. Kopp Mária kutatásai egyértelműen kimutatták, hogy az úgynevezett szocialista rendszer pszichológiai hatásai, az anómia nagymértékben hozzájárultak ehhez a negatív demográfiai jelenséghez. Ugyanakkor az 50 éves korban még várható élettartam még nálunk is jelentős volt: férfiaknál 20,94 év, nőknél pedig 27,53 év (1995), azaz nőknél közel három évtized élettartam volt várható még. Ezek a korosztályok szenvedik el középkorú, főleg férfi gyermekeik korai halálát, és adott esetben egy-két-három évtizedig élnek gyászban, illetve a nagy veszteség tudatával.

Az újabb adatok egyértelmű és kifejezett javulást mutatnak az említett korosztályok halálozási mutatóiban. Így a 40 és 49 év közötti férfiaknál 2000-ben 9,15 ezrelék volt a halálozás, mely 2011-re nagymértékben, 4,88 ezrelékre csökkent, 50 és 59 év között ezek a szám 18,09 illetve 16,30 volt.

Záró gondolatok

Az utód, a gyermek halála a gyász legmélyebb formája. Az idős ember vesztesége pótolhatatlan. Az öregedést, a saját halál gondolatát csak úgy lehet elviselni, hogy tudjuk, leszarmazot-

tunkban tovább élünk. A gyermek halálának feldolgozása - különösen, ha egyedüli az utód - szinte megoldhatatlan lelki feladat. Mivel alig van felmérésen alapuló adatunk erről a gyászformáról, következményeiről, indokolt lenne vizsgálatokat végezni, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezünk, és lelki támogatást nyújthassunk.

Irodalom

de Beauvoir, Simone (1972): Az öregség. Európa, Budapest

Biblia (1973), Szt. István Társulat, Budapest

Bron, B. (1989): Klinische und therapeutische Aspekte der Trauer. Dtsch. Med. Wschr. 114, 1294-1299

Bromley, D.B. (1972): Az emberi öregedés pszichológiája. Gondolat, Budapest

Brown, J.T., Stoudemire, G.A. (1983): Normal and Pathological Grief. JAMA 250, 375-382

Freud, S. (1997): Gyász és melankólia. 129-144 o. In: Ösztönök és ösztönsorsok. Filurn, Budapest

KSH (1999): Időskorúak a mai Magyarországon. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest

Kübler-Ross, E. (1988): A halál és a hozzá vezető út. Gondolat, Budapest

Lindemann, E. (1994): Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiatry 101, 141-148

Norrris, F. H., Mure II, S. A. (1987): Older Adult Family Stress and Adaptation Before and After Bereavement. J. Geront, 42,606-612

- Pacaud, M. (1991): Le syndrome de Cadmos. A szerző saját kiadása
- Pacaud, M. (1993): The Cadmos syndrone. In: Beregi E. et al.: Recent advances in aging science. 1601-1604. Monduzzi Editore, Bologna
- Prigerson, H. G. et al. (1995): Complicated Grief and Bereavement-related Depression as Distinct Disorders: Preliminary Empirical Validation in Elderly Bereaved Spouses. Am. J. Psychiatry 152,22-30
- Rosenzweig, A. et al (1997): Bereavement and late-life depression: Grief and its complication in the elderly. Annu. Rev. Med. 48, 421-428
- Seneca, L. A. (1967): Vigasztalások. Magyar Helikon Kiadó, Budapest

Saját feljegyzései

18. AZ INTÉZETBE KERÜLÉS ÉS A BEILLESZKEDÉS LÉLEKTANI LÉPCSŐI, KIHÍVÁSAI

Lelki reakciók saját otthonból tartós benntartózkodást nyújtó intézetbe kerülésnél.

A belső, lelki út végig kísérése a szükséglet kialakulásától a döntésig, majd a várakozás idejében és a bekerülés utáni beilleszkedés lépcsőfokain át.

Bevezetés

Hazánkban jelenleg kb. 90.000 személy éli életét tartós bentlakásos intézményben, 50.000-en az idősök otthonában, ezen kívül kb. 9.000 személy vár elhelyezésre. Az állami/önkormányzati és civil intézeteknél jelenleg a napi 4 óra vagy ezt meghaladó ápolási/gondozási szükséglet jelenti a felvétel kritériumát. Az öregedési folyamat, nagyrészt a kísérő kórállapotok (multimorbiditás: több betegség együtt) miatt a mozgásképesség beszűkülésével jár. Ez az élettani/kórélettani háttere a gondozási szükségletnek. A társadalomban az időskorban megjelenő ilyenfajta igény nagyobb részét még ma is a család (házastárs, fiatalabb generáció tagjai) látja el, ez érvényes még a nagyon fejlett szociális rendszerrel rendelkező országokra is. Jó megoldás az összehangolt családi és hivatalos ellátás

(vegyes informális-formális gondozás). A szükségessé váló intézeti elhelyezés statisztikai adatai mellett alig esik szó – az általános-
ságot meghaladó mértékben – a rászoruló idős
egyénben végbemenő lelki folyamatokról. Je-
len áttekintésben ezeket a lelki folyamatokat
kívánom végigkísérni, elemezni. Csak a meg-
felelő kompetenciával rendelkező idősekről
szólok, valamint nem teszek különbséget a
különböző intézetek között, mivel csak a vál-
tozás általános törvényszerűségeit teszem
vizsgálat tárgyává. A pszichológiai folyamatot
két nagy, időben elhatárolható szakaszra
bonthatjuk: az intézetbe kerülés előtti és utáni
periódusra.

Az intézetbe kerülés előtti szakasz

Ez további két alszakaszra bontható. Az első
az elhelyezés lehetőségének felmerülése és az
elfogadás közti időszak. A második a döntés
utáni (egyúttal az igény hivatalos bejelentése
utáni) várakozás (az adminisztráció lefolytatá-
sa, a hely megüresedése) időszaka.

Ameddig az megoldható, az otthoni gondozás
keretében kell/kellene biztosítani az idős em-
ber számára a saját otthonban tartózkodás fel-
tételeit. Ehhez az ADL (lakáson belüli alapte-
vékenységek illetve szükségletek) és az IADL
(eszközös és lakáson kívüli tevékenységek)
végrehajtási képessége illetve ezek helybeli
pótlása szükséges. A családtagokkal együttélő

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép- csői, kihívásai

idősek számára ezek a családtagok pótolhatják a kieső készségek okozta hiányokat, máskor a távolabb lakó családtag is segít a napi feladatok elvégzésében. Segítő családtagok hiányában a rászoruló idős ember az otthonközeli ellátás differenciált szolgáltatásait veheti igénybe (házi segítségnyújtás, szociális étkeztetés, nappali ellátás. (Hazánkban: házi segítségnyújtás 70.000, szociális étkeztetés 150.000, nappali ellátás 50.000 személy számára.)

A szükségletet a lakás komfortfokozata is befolyásolja (személy-környezet kongruencia, Lawton): a teljes komfortú, technikailag megfelelően átalakított lakás mozgásképességében mérsékelten gátolt személy számára – esetleg még egyedül élő számára is – biztosíthatja az önálló életvitelt. A hanyatlási folyamat bizonyos fázisában mindez nem képes megteremteni a saját otthonban folytatható életvitel feltételeit.

Ekkor merül fel az intézeti elhelyezés gondolata. Legtöbbször az ellátók (családtagok, gondozónő, házi orvos) veszik észre az idős ember élethelyzetében az elégtelenség jeleit és vetik fel az intézeti elhelyezés szükségességét. Az idős ember felé nagyon óvatosan, személyisége ismeretében kialakított kommunikáció segítségével lehet erről a témáról véleményt cserélni.

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép-
csői, kihívásai

A hangsúly ismételten azon van, hogy az otthoni összes lehetőség már kihasználásra került. Az idős számára a megszokott, állandó lakáskörnyezet előreláthatólag végleges elhagyásának gondolata kritikus pszichológiai reakcióval járhat, egzisztenciális megrázkódást, stresszt jelenthet. Az etológiai vizsgálatok igazolják, hogy a megszokott környezet kényszerű hirtelen megváltoztatása minden élőlénynél milyen neuro-endokrin következményekkel jár. Idős embernél a pszichológiai kötődések megszakítása, nem egyszer sok évtizedes összeszokottság után, szorongáshoz, depresszióhoz, esetleg pánikszerű reakcióhoz vezet. Ilyen következmények, olykor átmenetileg, akkor is megjelennek, ha számára is egyértelmű az otthoni életvitel lehetetlensége, belső vagy verbális, illetve viselkedésben megjelenő (acting out) tiltakozás kísérheti.

Gyakran találkozunk az affektív-kognitív diszszonancia jelenségével: meggyőződéssel vallja a magatehetetlen idős, hogy önálló életvezetését saját maga meg tudja valósítani, csak hogy otthonában maradhasson. Természetesen a többség eljut a praktikus elfogadás, a belenyugvó belátás stádiumába, elfogadja az ajánlást, az elhelyezés megindítását, amihez személyes döntése szükséges. Van olyan eset, hogy maga az idős személy látja be a nehézségeket és kéri az elhelyezést, nem egyszer családtagjai, felnőtt gyermekei kímélése céljából.

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép- csői, kihívásai

Máskor viszont a család az otthoni megoldási lehetőség ellenére is intézetbe szeretné az időst küldeni, főleg, ha korábbi életszakaszukban érzelmi távolság alakult ki köztük, vagy jelenleg kis időráfordítást sem hajlandók áldozni érte. Lehet, hogy a házi orvos javasolja az elhelyezést szociális oldalról megalapozottan, de előfordul, hogy a gyakori egészségügyi probléma miatt siettetni ezt. Előfordul, hogy az egyedül álló idős viszonylag jó fizikai állapotban a magány feloldása céljából dönt az intézeti elhelyezés mellett, máskor fizikai körülményeit szeretné komfortosabbra cserélni.

A döntés megszületése után jön a várakozás időszaka, amely a kérelem benyújtása és a hely elfoglalása közti időszakot jelenti. Ennek áthidalására működnek az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, az idősek gondozóházai.

Hazánkban az állami otthonokba gyakran igen hosszú a várakozási idő, sokszor 1-2 év. Ez lelki szempontból megviselheti az időst. Az otthon elhagyása pszichológiai szempontból a veszteségek kategóriájába tartozik. Még a régi otthonban tartózkodva kettősség jellemzi a lelki állapotot: egyrészt a távolodás, az elszakadás fokozatos megélése, amikor a nemsokára elhagyandó miliő ismétlődő látványa még kedvesebbé teszi azt, előre megsiratja a megszokottból való távozást, beleértve az emberi kapcsolatokat is, depresszió alakulhat ki, másrészt a szorongás, félelem a jövőbeli bizonyta-

lantól, idegentől. Ez utóbbi érzést némileg oldani tudja az előgondozás, amikor a kijelölt intézet képviselője meglátogatja az idős egyént és humán oldalról is ismerteti az intézetet, ez két alkalommal történik meg, először a kijelölés után, majd az otthonbeli hely elfoglalása előtt 1-2 héttel. Van lehetőség az intézet meglátogatására is.

Az intézeti időszak

Ezt az időszakot három alszakaszra oszthatjuk:

1. a megérkezést követő heveny időszak,
2. a beilleszkedés,
3. a hosszabb távú intézeti élet periódusa.

A váltás, az idegen környezet hatása akut stresszként, krízisként jelentkezhet. Úgynevezett szimbolikus stresszorok állnak a háttérben: elválasztás a hazai környezettől, elszemélytelenedés veszélye, információ-deficit, függőség, kontrollvesztés. A fizikai (Umwelt) és a szociális (Mitwelt) miliő egyaránt új, idegen, amit meg kell először ismerni, tájékozódni kell mindkét vonatkozásban: merre vannak a különböző funkciójú helyiségek, kik az őt körülvevő emberek: az ellátók és a hozzá hasonló helyzetű bentlakók. Az idős embernek különösen nagy megrázkódtatást okoz, ha a szobáját mással kell megosztania. Sokat jelent, hogy a legtöbb otthonba saját tárgyait, bútorait beviheti, maga köré telepítheti és így mintegy

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép- csői, kihívásai

eddiggi miliőjét részben újjáépíti az új helyen. Az intézet dolgozóinak magatartása igen meghatározó, a fogadás kedvessége hozzájárulhat a distressz mielőbbi oldásához. Az intézet házirendje még önálló lakrész esetén is az autonómiát korlátozó tényezőként tudatosulhat, a szigorúbb előírások betartását mintegy Procrustes-ágyként élik meg (Procrustes-szindróma). Másik, a szakirodalomból ismert jelenség a Pygmalion-szindróma: az idős személy magatartása, intézeten belüli létérzése nem egyszer úgy alakul, ahogy az első napokban az őt fogadó gondozó feltételezi, magatartásával megelőlegezi, és ennek megfelelően sugallja is.

Az új környezet megismerése és a kezdeti szorongás után következik a beilleszkedés periódusa, amely némelyeknél hosszabb idő után sem sikerül teljesen. Az esetek többségében azonban kialakul az új egyensúlyi állapot, a megfelelő alkalmazkodás az új körülményekhez. A fizikai környezet fokozatosan az új lakó tárgyi és vizuális világának terepe lesz, élvezni kezdi a biztosított komfort előnyeit.

J. D. Porteous szerint a szélesebb értelemben vett helynek, élettérnek territorialitásnak három vonatkozásban van meghatározó szerepe az ember személyiségére („territoriális triász”):

1. identitás (önazonosság),

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép-
csői, kihívásai

2. biztonság (mind fizikai, mind pszichikai
értelemben),

3. stimuláció (környezeti ingergazdagság).

Ebből a három szempontból célszerű az inté-
zetbe kerülés pszichológiai hatásait értékelni: a
megszokott és a megváltozott miliő és az iden-
titás megőrzése, az ellátás nyújtotta fizikai biz-
tonság, az új emberi kapcsolatok átmeneti
pszichikai bizonytalansága, majd stabil kap-
csolatok kiépítése, a foglalkoztatás és élmé-
nyek ingergazdagsága, stb.

Az identitás megőrzése alapvető érték, a belső
én változatlanlansága mellett azonban a szociális
identitás az új kapcsolatrendszerben módosul,
a mások által megjelenített úgynevezett vissza-
tükröződő én kihat az önmegítélésre és a ma-
gatarásra.

Az ember bizonyos kor után általában nem
kerül abba a helyzetbe, hogy új társadalmi
csoport tagja legyen. A munkahelyi változások
már nem érintik, a család horizontális terjesz-
kedése befejeződik, új civil szervezetbe nem
kerül. Egyedül a tartós intézeti elhelyezés je-
lenthethet új csoporthelyzetet. Formálisan adott
az új szerep: bentlakó gondozott lesz több más
hasonló idős emberrel együtt, aki csak az el-
látók által tudja életfeltételeit teljes mértékben
megvalósítani.

Ebben a helyzetben az interakció több formája
jön létre, obligát vagy fakultatív jelleggel, ho-
rizontális vagy vertikális formában, kapcsolat

épül ki a gondozókkal, a bentlakók egy részével. A lokálisan egymás mellett, egymáshoz közel tartózkodó személyekből álló emberi társulásban kialakul a közösség belső „rejtett hálózata” (Mérei F.), amely affektív alapon egyesek közt mélyebb személyes kapcsolatokat, szorosabb kommunikációt foglal magába, olykor intim jelleggel (affiliáció), másfelől távolságtartás, ellenszenv, konfliktus, agresszív viselkedés jelenik meg.

Így alakul ki a személynek szociometriai értelemben a hasonlóak közti egyedi státusza, így lesz valaki nagyobb tekintélyű, véleményformáló, többség által kedvelt, vagy ellenkezőleg háttérbe húzódó, jelentéktelen, esetleg ellenszenves személy. Ebben meghatározó szerepe van az idős ember alaptermészetének, hogy mennyire extrovertált vagy introvertált személyiség (C. G. Jung). Az idősödés folyamatával párhuzamosan általában nő az introvertáltság, de egyesek – főleg nők – az új társasági miliőben terepet találnak rejtett extrovertáltságuk kiélésére, ami pozitív változásként is értendő, és természetesen már a megszokottság előrehaladottabb fázisában jelentkezik.

Idővel bensőséges kapcsolatok, sőt időskori szerelmek alakulhatnak ki a közösségben. Az ember érzelmi szférája időskorban is megjeleníti a maga igényét. Társra akadva – még előző életkudarcok után is – az életelégedettség érze-

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép-
csői, kihívásai

te teljeseodik ki, ami szociális integrálódását is elősegíti.

A beilleszkedést elősegíti a családdal való kapcsolat fennmaradása, a gyerekek, unokák látogatásának gyakorisága, szeretetteljessége. Ennek azonban ambivalens jelentősége lehet, mert a látogatás alkalmával ismét elevenné válhat a családtól, a régi megszokott élettől bekövetkezett távolság érzése. Ugyanezt válthatja ki barátok látogatása is.

Az intézetben – a legoptimálisabb esetben is – valamilyen mértékben jelen van a függőség, a dependencia. Ha elfogadjuk, hogy van dominánsan belső vagy külső vezérlésű (D. Riesman) egyén, akkor az is egyértelmű, hogy ettől is függ: mennyire fogadja el az intézeti létet illetve mennyire tiltakozik belülről ellene és mennyire ad ennek hangot. E kettős személyiségi alternatíva magyarázza, hogy van, aki hajlandó az alkalmazkodásra (külső vezérlésű, adaptív) és van, aki a körülményeket próbálja befolyásolni (belső vezérlésű, akkommodatív) egy új élethelyzet bekövetkezésénél.

Mintegy összegezve elmondható, hogy a Reichard-féle szociálpszichológiai idősödés-típusok eltérő magatartásformákra vezetnek az intézeti beilleszkedési folyamatban:

a konstruktív típus megtalálja a szellemi, fizikai illetve interperszonális többletet;

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép-
csői, kihívásai

a passzív típus próbálja pozitívan felfogni, élvezni az ellátás nyújtotta kényelmet és lehetőségeket;

a védelembe vonuló izolálja magát, fokozott szeparációt épít ki maga körül, ez lehet számára pozitív, ha ebben megtalálja a maga nyugalját, belső kielégülését, de lehet negatív, ha üresnek érzi az így kialakult helyzetet, ámbár nem tud másként viselkedni;

a vádaskodó típus nemcsak múltját tekintve talál életét megkeserítő bűnbakokat, hanem az intézeti életformában is csak hibát lát, mások viselkedését kifogásolja, állandóan összekülönbözik mindenkivel;

az önvádoló önmagával elégedetlen, magát hibáztatja sorsa alakulásáért, nem barátkozik, gyakran depressziós.

Ezen tisztán pszichológiai különbségek mellett igen lényeges tényező a beilleszkedés szempontjából az addigi életút külső hatásainak lelki maradványa, mely befolyásolja az alkalmazkodó képességet. A bentlakó társakhoz való viszonyára hat a kohorsz-hatás: az egyes évjáratok eltérő történelmi, társadalmi körülményei különbségekre vezettek az egyének társadalmi normáinak rendszerében (hábrú vége előtti időszak, az ún. szocialista rendszer, rendszerváltás), ez az otthon közösségében elkülönülés, konfliktus okozója lehet (Müller, Ábrahámné).

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép- csői, kihívásai

A szakképzett gondozók, ápolók gondoskodnak a bentlakók alapvető szükségleteinek ki-
elégítéséről, biztosítják az elvárható életminő-
séget. Ezen felül a teljes körű ellátáshoz a kü-
lönböző szakemberek összehangolt munkájára
van szükség (orvos, gyógytornász, mentálhi-
giénés szakember, dietetikus, szociális mun-
kás). Ez a szervezett, eredményes csoport-
munka alapvető jelentőségű a beilleszkedés
szempontjából, elősegíti a mielőbbi otthon-
érzés kialakulását.

Külön említésre méltó a mentálhigiéné szere-
pe, ami a lelki egészség megőrzésének és elő-
segítésének gyakorlati tudománya. Ezen belül
az egyénre szabott, a korábbi életidőszak is-
meretén alapuló egyéni gondozási forma és a
csoportos foglalkozás módszere különítendő
el. Ez utóbbi célja a szabadidő aktív, hasznos
eltöltése, a képességek fenntartására szolgáló
tevékenységek végzése, keretében rendszeres
testmozgás, tematikus beszélgetések, közös
foglalkozások zajlanak. Ezeket egészítik ki az
intézetén kívüli kulturális programok, kirán-
dulások, stb. A rendszeres napi tevékenységek
fokozzák a bentlakó biztonság érzetét és
ugyanakkor bátorítólag hatnak az aktív intéze-
ti életre.

Fontos követelmény a gondozók részére, hogy
nem tehetnek érzelmi alapon különbséget az
ellátottak között, mindenkit azonos módon
kell kezelni, csak az objektív igények alapján

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép- csői, kihívásai

lehet köztük különbséget tenni. Természetesen a gondozók emberi mivoltából fakad, hogy a szimpátia-antipátia érzése nem szüntethető meg, csupán az ellátásban kell felfüggeszteni azt.

A hosszú távú benntartózkodás fázisa. A beilleszkedés egyénenként másként, más mértékben sikerül, van, aki az identitás és az integráció kettősségét optimálisan egyezteti, és van, aki évek múltán is idegenként mozog az intézetben. Mindemellett a jól integrálódott személy lelki állapota is változhat az évek folyamán, részben az öregedő idegrendszer fokozódó rigiditása, megváltozott reakciókészsége miatt, részben egyszerűen az időfaktor következtében. Más esetben a kezdeti idegenkedést az évek folyamán megnyugvás, aktív beilleszkedés követi. Erikson epigenetikus modelljében a 8. időskori fázisban a kétségbeesés illetve az érettség kettős alternatívája áll fenn: adott személynél már az intézetbe kerülés kihat erre a dichotomiára, de arra is példát nyújt, hogy az idő függvényében változhat.

A hosszú intézeti életmód az ún. pszichoszociális hospitalizmus szindrómájához vezethet, amely az elsivárosodás, az értelmi-érzelmi beszűkülés tüneteit mutatja. Ebben az időskori hanyatlásos biológiai folyamatok szerepet játszhatnak, de a monoton élet, a kinti kapcsolatok elszegényedése (a család látogatása gyérül, elmarad, a barátok meghalnak

stb.), a következményes depresszió, apátia legalább annyira oka lehet. Ezt a részben intrinsic, részben extrinsic folyamatot megfelelő gondozói magatartással, orvosi gondozással, változatosság megteremtésével meg kell, meg lehet oldani. Az egészségi állapot rendszeres ellenőrzése ennek alapvető formája (vérnyomás, vércukor, tüdőszűrés, hallásvizsgálat) és kívánatos lenne a szellemi hanyatlás szűrővizsgálata is.

A múltó évek folyamán elkerülhetetlen, hogy az egyre idősödő személy ne foglalkozzék az élet befejezésével, ne gondolkozzék az élet értelméről, azaz hogy ne érintse a spiritualitás gondolatköre. A tanulatlan ember is szembenézésre kényszerül saját életével. Mindez az intézeti környezetben sajátságos, összetettebb életértékelésre vezet. A mélyen vallásos ember számára könnyebben feldolgozható a múlt és a jelen, a filozofikus alkat is megtalálja a szellemi kapaszkodót. A gyakorlati típus elfoglalja magát a napi tevékenységekkel, de a depressziós, magányos egyén eljuthat a halálvárás stádiumába (Todeserwartung szindróma), különösen, ha megéli az ún. „hármaskör” érzetet (testi fájdalom, magány, intézeti környezet).

Zárógondolat

Összefoglalólag alá kell húzni, hogy a biológiai állapot és az életkörülmények alakulása mi-

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép-
csői, kihívásai

att intézeti elhelyezésbe kerülő idős emberben a lakhelyváltás több fázisban zajló lelki folyamatot vált ki, ebben személyiségének megfelelő formában sok segítséget kell kapnia hozzátartozóitól és gondozóitól, hogy végül lelki harmónia alakuljon ki benne.

Irodalom

- Boga B. (2006): Krízishelyzetek időskorban. In: Imre S., Fábián G.: Őszülő rsadalmak. Debreceni Egyetem EFK, 15-32.o.
- Bromley, D. B. (1972): Az emberi öregedés pszichológiája. Gondolat Kiadó, Budapest
- Fenell, G., Phillipson, Ch., Evers, H. (1994): The sociology of old age. Open niversity Press, Milton Keynes – Philadelphia
- Hun N. (1978): Bevezetés a szociális gerontológiába. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Mérei F. (1996): Közösségek rejtett hálózata. Osiris, Budapest
- Müller I.-né, Ábrahámné Szakáll A.: személyes közlés
- Porteous, J. D. (1996): Home: the territorial core. Geogr. Rev. 66, 383-390.
- Riesman, D. (1968): A magányos tömeg. Közgazd. és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Stuart-Hamilton, I. (2000): The Psychology of Ageing. Jessica Kingsley Publishers, London-Philadelphia

18. Az intézetbe kerülés és beilleszkedés lélektani lép-
csői, kihívásai

Saját feljegyzései

19. AZ IDŐS EMBER ÉS A HALÁL ÁRNYÉKA

Gondolkozás az élet végéhez közeledve.

Az egészséges idős emberek is tisztában vannak azzal a ténnyel, hogy életük nagyobb része elmúlt és befejezése felé közeledik. Az adott időpontban eltérően értékelik addigi életük történetét, és ennek fényében tekintenek a halálra és tervezik hátralévő életüket. Fontos, hogy hogyan ítélik meg földi - szellemi és materiális - hagyatékuk utóéletének lehetőségeit.

Talán este van. Talán alkonyat.

Egy biztos: későre jár.

Pilinszky János: Végkifejlet

Bevezetés

Az emberi élet hossza véges, és mint az élőlények egyik fajának az átlagos élettartama genetikailag meghatározott, halállal zárul, hossza egyedileg – endogén és exogén tényezők miatt – lényeges eltéréseket mutat. Az idő fel fogása és annak szubjektív jelentősége az ember számára elválaszthatatlan a halál tényének tudati ismeretétől, mintegy ahhoz mérjük, főleg életünk második felében. „Halál és idő kéz a kézben jár”(Losonczi). Ez érvényes az idő mindhárom megnyilvánulására: időpont, folyamatosság, ritmus (Heller). Az idő előrehaladásával, azaz az ember idősödésével a hátralévő életidő rövidülése, a halálhoz közeledés is

egyre nyilvánvalóbbá válik és az ember tudatában egyre inkább megjelenik.

Igen széles az ember halálhoz viszonyulásának szakirodalma, de érdekes módon éppen az idősekkel viszonylag kevés foglalkozik. Lehet, hogy pontosan azért, mert az öregedés halálba torkollása evidencia. Érdeemes azonban áttekinteni azokat a gondolatokat, amelyek megfordulhatnak az öregedés folyamatába kerülő ember elméjében, ahogy adott helyzetében a halálra gondol.

A szakirodalom főleg a halálfélelemmel foglalkozik, én inkább az élet befejezésének az élet egészéhez való viszonyát tekintem át, persze a két megközelítés között van kapcsolat. Természetesen minden variáció nem jeleníthető meg, még mindenki tudna hozzátenni további gondolatot. Nem a betegsége miatt az utolsó fázisba érkező embert vizsgálom, hanem a viszonylag egészséges, vagy betegségeivel egyensúlyban élő idős egyént. Nem felméréseket végeztem, nem is akarom részletesen analizálni (metaanalízis) az eddigi tudományosan számszerűsített adatokat, annál is inkább, mert vannak ellentmondásos eredmények és van nem mérhető, csak gondolatilag megközelíthető területe a kérdéskörnek.

Szubjektív módon akarok az adatok, a koncepciók, az elképzelések és gerontológiai ismereteim között közlekedni. Ebben segít természetesen a tanatológiai szakirodalom, az idősekre

vonatkoztatott kiegészítő gondolataimmal megtoldva, nagy gondolkodók írásai, saját orvosi tapasztalatom, saját személyes elképze-lésem - koromnál fogva erre is tá-maszkodhatok - és segítségül hívom idős, vagy idősödő költők verseit, mint vallomáso-kat, mint öninterjú szavait.

Az időskor, mint helyzet

70 év felett, ha funkcionálisan egészségesnek érzi magát az egyén, akkor is tisztában van, vagy kell legyen azzal, hogy legjobb esetben is élete utolsó negyedébe érkezett.

Míg 50 éves kor körül az emberek 50%-a, 70 év felett, közeledve a 80.-hoz már 90%-uk foglal-kozik a halál gondolatával (Polcz). Heidegger viszont, az egész emberi létezést "halál-felé-való-lét"-ként (Sein zum Tode) határozza meg. Az ember a halál elkerülhetetlenségének feismerésével jut el az autentikus léthez, a "ha-lál-felé-való-szabadság" (Freiheit zum Tode) állapotába, a halál önmagában rejti a Lét jelenlétét. Eliade ezt úgy magyarázza, hogy az ember igazán a halál aktusában találkozik a Léttel. Ludwig Hohl írja: „az igazi bölcsesség első és legnagyobb lépcsője a halálra való ál-landó készenlét, ez nem jelenti még azt, hogy megidézzük, [...] de azt sem, hogy dicsérjük, dicsőítsük, de: mindig tisztában kell lennünk vele”.

19. Az idős ember és a halál árnyéka

... én ki határsávba értem.

Csorba Győző: Közhírré

Bármelyik pillanatban

szólhat tengerről a hívás

Rónay György: A megfáradt Odysseus

Nem tartozol a láthatatlanok

*közé, akiket nem vesz észre s elmegy mellettük
a halál.*

A te időd megszámláltatott.

Kálnoky László: December

Mire rám mutatnál: nem vagyok.

...

Nagy ívben esteledik körülöttem mindenütt

Füst Milán: Este van

... ellenem számol a számolható

szabott végemhez közelít

úgy nő, hogy közben egyre fogy

úgy több, hogy egyre kevesebb

Rákos Sándor: Ítélet

*Az élet a DNS álma a halhatatlanságról,
melyet öregkorban veritékes ébredés követ,*

Orbán Ottó: Ostromgyűrűben

Hol leszek én már akkor?

Hol leszek én jövőre?

Vas István: Novemberi helyzetkép

Ismert tény, hogy növekszik az emberi faj várható élettartama, nők számára sok fejlett országban meghaladja már most a 80 évet, a férfiak is megközelítik ezt, nő a 90 felüliek aránya, sőt már nem elhanyagolható a 100 évet elérők száma sem. Amerikában megjelent egy szlogen az 50 évesek számára: Készülj fel a második 50 évre! Ezzel a tendenciával együtt is általában 50 év körül kezd felmerülni a gondolat, hogy az élet, a „saját életem” nem végtelen és a közepén már túl vagyok, és a végén – amely már tehát közelebb, talán jóval közelebb van, mint az eleje – ott van az elmúlás, a halál. Posztmodern korunkban pedig még a 60 évesek zöme „fitt”, aktív, legalább az életműködés fő területein. A fogyasztói társadalom plutokrata irányítói is egyre inkább számolnak velük, céljuk, hogy a halandó ember (*homo mortalis*), ha közeledik is emberi élete várható lezárásához (*homo moriturus*), legyen még e társadalom általuk kívánt, akár igazi értékekről megfeledkező, hedonizmusban megmerítkező fogyasztó polgára (*homo consumens*).

Ezzel szemben még a múlt század közepén is úgy vélték az emberek, ha egy 60 év körüli ember meghalt, láthatóan nem szervi elégtelenségben, hogy a halál oka maga az öregség. Most általában nem fogadjuk el az öregségi folyamatot önmagában a halál okának, a hivatalos halálokok közt nem szerepel. A múlt század 30-as, 40-es éveiben még a magyarországi

mortalitási statisztikákban megtaláljuk a végelgyengülés („aggság”) kategóriáját (senectus ipsa morbus, Terentius) és érdekes, hogy most – talán a sok igen magas kort is megérő ember láttán – a WHO felvetette ismét, hogy talán mégis fel kellene venni az okok közé.

*Halálos nyavalyába estem
és nincs mód rá, hogy kiheverjem*

...

*Mert ez az ősbaj az öregség,
minden nap elérhet a vég*

Illyés Gyula: Menedék

Az idős ember gondolkodását a halálról egyértelműen befolyásolja, hogy egészségi állapota mennyire okoz korlátozást mindennapi életében, mennyi panaszt okoz, ezek mennyire elviselhetők, tehát mennyire szűkíti be az élet élhetőségének lehetőségét, mennyire romlik napról-napra, hétről-hétre, azaz mennyire tendál a teljes beszűkülés felé, amely már tulajdonképpen egyenlő a halállal. Persze, ez egy súlyos betegségben szenvedő fiatalabb embernél is hasonlóan jelenik meg, de az idős az egyébként is korlátozott életidőtartamának tudatában a romlást fenyegetőbbnek fogja fel, az egészségbe visszatérésnek kisebb reményét éli meg, bár van vizsgálat, melyben a halálfélelem betegléttel való kapcsolata nem mutatható ki (Golovics).

Az öregkorban jelentkező betegség az örege-
dés következményének tűnhet, tehát itt a kér-
dés másik irányból merül fel, nem az örege-
dés maga, mint betegség tételeződik, hanem az
öregség hoz magával betegséget, és ez a laikus
tudatában az öregséggel azonosul.

*Lassan megkopnak a porcok,
ami él, sebesen öregszik,*

Kereszturi Dezső: Látlelet

A denevérember öregedés

Vállamra akasztja szárnyát

Orbán Ottó: A denevérember

*Hatvan fölött az idő fundamentalista szelleme
pokolgépet rejt életfontosságú szerveinkbe*

Orbán Ottó: Hatvan fölött

Az öt időtényező

Ha az idős ember és a halál kapcsolatát még
részletesebben akarjuk elemezni, mindenkép-
pen abból a formális keretből kell kiinduljunk,
amely öt időtényezővel számol és ezek egy-
máshoz illeszkedő viszonyát – mind mennyi-
ségi, mind minőségi szempontból – tárgyalja.
Konkrétan két időpontot: az elemzés (az idős
adott életkora) és a halál lebegő időpontját, és
három időtartamot: az első időpont előtti, a két
időpont közötti és a második utáni időszakot,

foglal magába. Lényegében bármely életkorban lehet ez az elemzés kiindulópontja, de idősnél éppen az életkornak van lényeges szerepe a tényezők kölcsönhatásában. Az időskorosztályon belül is már az differenciál, hogy akit vizsgálunk, 60, 70, 80 vagy 90 éves, nem beszélve az egyedi biológiai, pszichológiai, stb. különbségekről.

Az az egyszerű tény azonban közös, hogy az élet nagyobbik része már elmúlt. Fontos, hogy egyrészt a kronológiai kortól, másrészt állapotának megélésétől függően az adott személy az adott időpontban hova helyezi el magát életfolyamatában, életívében (self-localization on life line, Dittmann-Kohli). Itt lép be a második időpont, a halál jövőbeli, bizonytalan, kiszámíthatatlan, virtuális időpontja.

Annyi biztos, hogy közelebb van, mint az egyéni élet kezdete, esetleg lényegesen közelebb, a szervi betegségben szenvedő számára kézenfekvő – ismételten említtem –, hogy korosztálya átlagához viszonyítva rövidebb hátralevő idő után következik be halála.

A vizsgálati időpontunkhoz érkezett egyén magában hordja a korábbi, átélt életszakasz nyomait, tapasztalatát, testében, tudatalattijában és tudatában. Az ember múltjával egyenlő (Németh László).

„Énünk nem más, mint állapotaink sorának egymásra rétegződése” (Proust). Az emlékezet kiemelt szerepet kap ennek pszichológiai szegmensében, mert személyiségünket megha-

tározza az, ahogy vissza tudjuk idézni életünket, ahogy össze tudjuk rakni, ahogy egészsé, összefüggő történetté tudjuk alakítani életrajzunkat. Így születik meg a narratív, az általunk megfogalmazott identitásunk, azaz a narratív én (Gergen, Gergen). Ez igazán belső szükséglet alapján időskorunkra válik teljessé és kihat arra, hogy öregedésünk kihívásait sikeresen tudjuk-e megoldani.

Erikson szerint az élet utolsó, nyolcadik, kritikus helyzet elé állító szakasza az öregedés és a sikeres megoldás az integráció, a magasabb szintű érettség eredményét hozza vagy a sikertelenség a kétségbeesés állapotába taszít. Ugyanakkor „a magas kornak van valami különlegessége, ami nem magyarázható meg csupán a múltból” (Riemann). Így az elért lelki állapot lényegesen befolyásolja a második időszakra, és a halálunkra vonatkozó attitűdünket.

A sikeres öregedés (Baltes, Baltes; Rowe, Kahn) elsősorban biológiai és szociológiai fogalmát Wong és Moody a spiritualitás irányába terjesztette ki (a „miért élek, mit tettem” rejtett dimenziója), sőt ezt az előbbiek fölé helyezte az életelégedettség tekintetében. Az élet értelmének megtalálása – mely alapvető emberi motiváció (Frankl) – elősegíti a halál elfogadását értelmi és érzelmi vonatkozásban egyaránt (Meaning Management Theory, Wong), örömmel „zár”, aki értelmet talál legalább élete egyik fő vonulatában. Ez még a testi-lelki

szenvedés állapotában is megadhatja a „jó élet” érzetét. Robert Butler, a „modern gerontológia atyja” szerint az ember jobban retteg az értelmetlen élettől, mint a haláltól. Az élettapasztalat lényege a halálra irányulás, a helyes gondolkodással telített élet elősegíti a „jó halál” elérését, az elmúlás felé közelítő hanyatlás mellett megőrzött lelki egyensúly állapotát (ars moriendi).

Ezt fejezi Montaigne híres mondata: *Philosopher c'est apprendre à mourir* (Filozófálni annyi, mint megtanulni meghalni). Öregkorban jobban átláthatóvá válhat mindez a kapcsolat. A mélyebb elmélkedés a létezés általános, globális értelmezéséhez, a „felettes értelemhez” is elvezethet (Übersinn, Frankl). „Az időskor ajándéka az, hogy feltárja a dolgok láthatatlan értelmét” (Chittister), a mélyben rejtező, sorssá teljesítő, csak néha áttetsző és értelmet sejtető Lét-tartományt (Hankiss). Ezt több vizsgálat is alátámasztja. Aki úgy érzi, hogy elégedett az életével, ennek következtében bekövetkező öregkori jelenével, kereknek, tartalmasnak tartja múltját és ennek alapján múlt-orientációjú, az könnyebb lélekkel néz szembe a halál várható közeledésével, kevésbé fél magától a haláltól, az élet befejezésétől. Aki viszont elégtelenség érzésével kerül az időskorba, aki nem találta meg élete értelmét, azt szorongással tölti el a befejezés, a pótlás lehetetlensége.

19. Az idős ember és a halál árnyéka

De minek a szó? Nincs többé dolgom itt.

Minek a szó?

Hiába mondjátok, én sosem éltem.

Füst Milán: Henrik király

Ebben az öregségi időpontban az említett tényezők meghatározzák a jelenlegi élethez, mint egyszerűen a megélt mindennapokhoz fűződő viszonyt, hogy szépnek tartja-e az idős az életet, hogy mennyire erős még benne az élni akarás.

Élni – bármi is a vége – látogatás az édenkertben.

Orbán Ottó: Élni

Belső

édenünkben élünk, ameddig akarunk.

S minél tovább, annál szebben, ameddig élünk.

Rónay György: A kert

Holnap mi lesz, ki nem számíthatom,

átölelem minden pillanatom:...

Tornai József: November volt eddig

Mert mégis élni, élni, élni, élni!

Juhász Ferenc: Élni! Élni! Élni!

A hátralevő, az epilógus idő

Már ehhez szorosan kapcsolódik és igen lényeges a halálhoz való viszony szempontjából a hátralevő idő, a „most”-tól a halálig tartó bizonytalan, meghatározhatatlan hosszúságú időszakasz. Ez az elsőhöz képest jövőt jelent, ebbe helyezi az egyén további életének várható jelenségeit, elképzeléseit, a még tervezett tevékenységeit. Igazán az idős számára képvisel ez a periódus komoly jelentőséget, a fiatal számára a hátralevő idő végtelen, a középkorú is hosszabb, sok mindennel még kitölthető periódussal számol. A jövőre gondolás alapvető emberi attitűd, akkor is, ha ez várhatóan rövid, azonban ez is adhat élvezhető ajándékokat. A halál várható viszonylagos közelsége pedig még intenzívebbé teszi az élet megtapasztalását (Borgenhammer), a hátralevő időszak még értékesebbé, még autentikusabbá válhat.

... milyen fényesen

segít élni bár a halálfélelem!

Illyés Gyula: Öregkori versek

S még százezer

perc van idézni s hely

és mind az enyém, az enyém:

ilyen gazdag vagyok én.

Csorba Győző: Gazdag vagyok

*Ahogy rövidülnek,
úgy válnak napjaink mind teljesebbé.*

Rónay György: A kert

A lineáris (kvantitatív) időfogalom megélése elősegítheti a szorongás kialakulását, mivel benne van az élet vége felé közeledés, a finalitást magába rejtő rövid maradékidőre irányuló figyelem, a napról-napra rövidülő haladék (kronosz típusú idő).

Viszont a cirkuláris időélmény a pozitív beállítódás lehetőségét adja: az idő forgását, az abban várható, megjelenő, tervezhető, esetleg ismétlődő eseményeket (az idő kvalitatív karaktere) helyezi előtérbe a befejezéssel szemben (kairosz típusú idő) (Smith). Az idő múlását gyakran sajátos kettősségben éljük meg: lassan telnek az órák, de egy hétre visszatekintve – úgy érezzük – gyorsan elrepült. Ezen időszak azonban mindenképpen bizonytalanságot hordoz magában hosszúsága (limited continuation), minősége és a halálhoz vezető út tekintetében. A bizonytalanság a bekövetkező tényeket és ennek következtében azok személyes jelentőségét érinti, azaz kognitív és emocionális dimenziója van, és vele szemben áll a halál, mint eljövendő tény bizonyossága. A gondolkodásban elválik a közeli és a távolabbi jövő perspektívája (not-so-distant vs distant future, Dittmann-Kohli). Ez a tárgyalt témánk szempontjából második időszaknak

nevezett életszakasz tulajdonképpen az idős ember mindennapjainak periódusa az életvitel, az önellátás szokványos feladataival, amit a fentiekben jellemzett időperspektíva és biológiai állapot határol be. A megmaradt és új feladatok, az önkiteljesítés, a szellemi munkálkodás, a kedvtelésekbe elmerülés a halál gondolatát távolíthatják, értelmet adnak a jelennek és – bármennyi is várható – a jövőnek (kairosz!). Fontos, hogy az idős ember ne érezze, hogy a tartalmas élete befejeződött, lezárt (narrative foreclosure), a hátralevő időt ne csak ráadásnak, „epilógus idő”-nek tartsa (epilogue time, Bohlmeijer).

*Ez a nap is így
legyen a tied; szótlán is öröm-ének
töltsön be: hogy itt lehetsz még, telve a lét
viszonzott javaival ...*

Kereszturi Dezső: Este

Kialakulhat egy földi problémák súlyán már túl levő, éppen csak a hátralevő időt simán átvészelni akaró, belső súlytalanság. Ezt fejezi ki Nikos Kazantzakis görög író krétai sírján levő, még általa fogalmazott gondolat is: nem várok semmire, nem félek semmitől, szabad vagyok.

*Lassan arasolni át az idő
maradékán, már súlytalan teherrel*

Beney Zsuzsa: Lábujjhegyen

19. Az idős ember és a halál árnyéka

Élek, könnyülök, lassan fény leszek,
Csoóri Sándor: Ami maradt

Sulytalanodunk kimenet
a létből.

Illyés Gyula: Hajónapló

Vesztve szívemből mennyi, mennyi súlyt,
megkönnyülök.

Illyés Gyula: Phönix

Az igazi öregkori bölcsességhez eljutott személy pedig sztoikus nyugalommal adja át magát a még megadatott idő eseményeinek és a halál elkerülhetetlen közeledésének.

A természeti népeknél „vándortoposz” volt az öregek önkéntes halála (pl. elvonulás a kietlen hegyre), hogy átadja helyét a fiatalabb generációknak (Kulcsár). A modern társadalomban is tapasztaljuk, hogy időskorban eljön a „megbékélt elkésződés”, ideje (Laczkó).

Valami tudáson-túli, megfoghatatlan,
Mindig tevékeny nyugalom.

Kereszturi Dezső: Este

Öregség, bölcs fegyelmezője vérnek
Taníts meg, hogy Csendemhez csendben érjek.

...

a túlsó partot látó révülésben

a „Készen vagy?”-ra ezt felelni: - Készen.

Áprily Lajos: Kérés az öregséghez

Freudnál Eros és Thanatos együtt szerepelnek, mint a 'kreativitás-teremtés' és az 'elmúlás-hanyatlás' kettősségének megjelenítői. Eros-Thanatos szindróma több értelemben is megtalálható a szépirodalomban és a művelődéstörténeti, filozófiai irodalomban (pl. Thomas Mann, Heller Ágnes). Mint a kezdet és a vég kapcsolata, a megtermékenyítő, élethozó erő és a lezáró, bevégező, beteljesítő aktus, mint ellentétek közt feszülő kapcsolat mutatkozik meg, két véglet, mely átmegy, átcsap egymásba. A halálelőtti és a halál tudatához kötött kreativitásfokozódás, életkiteljesedés is e két-pólusú fogalom megnyilvánulása és ezért az idős ember még hátralevő életszakaszában is megjelenhet, illetve gyakran meg is jelenik. A halálhoz közeledve a kevesebb megmaradt idő értékesebb, az idős jobban megtölti, vagy megzeretné tölteni alkotással, jobban élvezi a benne még meglevő, az időskorban jobban látott lehetőségeket, az élet örömeit jobban igyekszik élvezni azzal a tudattal, hogy hamarosan lezárul az élet.

*Minden oly gyönyörű, sőt – titkosan – ahogy
elleng, még gyönyörűbb*

Illyés Gyula: Kháron ladikján

kevesülve arannyá fogynak

időd fukaron felveri

árát a maradék napoknak

Rákos Sándor: Napfogyatkozás

Juhász Ferenc szerint az egész élet folyamán a halandóság tudata ezt az érzést erősíti (halandóság-mámor).

Ó, a halandóság-mámor

*csak az emberé lett. Isten tudta ezt. És gyönyörét
az ember.*

Juhász Ferenc: Halál-jövendő

Idős személynél Eros szorosan vett erotikus, szexuális értelmében is megjelenhet.

Az életteremtés aktusa felidéződik az életvégehez közeledés, olykor a határhelyzet erotikus érzetet kiváltó, lezáró aurájában, vagy más megközelítésben: a lét teljességét magába foglaló erotikus aktus halálnak ellentmondó hatásának megidézése fejeződik ki benne, vagy éppen az orgazmus halálhoz hasonló megsemmisítő érzése ad itt is alapot a párhuzamra (l. francia nyelvben: *petit mort*). „Mert mi fenéségesebb és bensőségesebb a sexnél is, mint a halál?” (John Updike). Lehet csak valamennyire még a testiséget felidéző mély érzelem egy fiatal (nő) iránt. „Utolsó parti fény, mely utoljára hívogatja a barázdás arcú hajóst” (Genthon István Rippl-Rónai időskori, Zorka iránti szerelméről, kiállítási idézet).

*Mert a szerelem élet és halál egyazon pontban,
Fele rész teremtés, fele rész pusztulás,
Orbán Ottó:Zsoltár*

19. Az idős ember és a halál árnyéka

Feltakart női öl:

a férfi-lét koreográfiája

...

körül körül

ellene érte

tőle hozzá

Csorba Győző: Fontos dolgok

Vár még lopott, öregkori szerelem.

Vas István: Kórházban

...mert halál és szerelem egy ágy.

Illyés Gyula: Menedék

Maga a halál, a halált hozó betegség úgy is megjelenhet szimbolikus formában, mint túlvilágra repítő szerelmi partner, mint femme fatale.

Jeges lepedőjén szeretkezni hív

A két fekete nővér,

Szívhalál és Agyhalál

Orbán Ottó: Dal a szélhámos reményről

A belső mitikus világában élő, meditáló személyiség eljuthat abba a stádiumba, hogy már szinte túlérzi magát az életen, a földi léten, a halál felé vezető határövezetbe, vagy még azon is túlra helyezi magát.

19. Az idős ember és a halál árnyéka

*Újra vakhomályban, újra a láp
határövezetében, mintha én magam
lennék az, aki nincs.*

Beney Zsuzsa: Sötétség

*Az, aki már visszanéz a halálra,
Visszanéz saját jövőjére is.
Magán átbukó hullám. Él, de mégsem.*

Beney Zsuzsa: Elrongyolt részletek

voltunk mi is és már nem vagyunk
Csoóri Sándor: Válasz gyerekkori
társaimnak

Félig vagy hányadrészig ott?
Csorba Győző: Lassan felé is

*A túl dúcolja már a tudatot,
Mely az innenen csak élősködik.*

Tőzsér Árpád: A gyöngykapu kitárva...

A halál eseménye

Most nézzük a fő eseményt, a halált, amelynek nézőpontjából tekintünk a vizsgált többi időtényezőre. Több filozófia és vallás szerint a halál az élet része, vagy – más megfogalmazásban – az élet elválaszthatatlan komplementere, az öregedés folyamatát megelő személy ezt jobban elfogadja, mint a fiatal. A Wechsler által leírt, elkülönített 4 halálkép (Wechsler;

Pilling) – véleményem szerint – az időseknél is egyaránt megtalálható (racionális-matematikai, mechanikus-fizikai, kozmikus-organikus, etikus-heroikus), elméletileg talán a kozmikus-organikus és az etikus-heroikus gyakrabban, mint a többi.

Azonban a halállal való gyakoribb foglalkozás és a bizonyosság-bizonytalanság kettőssége (*morte certa, ora incerta*, Ambrogio Cattaneo) előtérbe hozza azt a jelenséget, amit Kenyon „lebegő perspektíva”-ként („floating perspectives”) nevez meg. Véleménye szerint lehetetlen belső tudást szerezni és nincs tartós megállapítás a halálról. Nem zárja ki az ismert elképzeléseket, de nem tartja véglegesnek azokat, nyitott marad. Az ember állandó mozgásban él, közben a halál elgondolt értelme változik, és ezzel tulajdonképpen a változásokkal teli élet részévé válik.

Cicero híres művében az öregségnek felvetett 4 vád egyike a halál közelsége. A halálfélelem szerinte értelmetlen, mert a lélek is megsemmisül és akkor a halál után nincs mitől félni, vagy túlél és ekkor még boldog is lehet. A halálfélelem tényezőit már modern korunkban több korosztályban vizsgálták, időseknél egészében kisebb, mint fiataloknál (Feifel). Van olyan vizsgálat, mely szerint fiatalkortól fokozatosan nő a középkorig, majd onnan kezdve csökken, az időskoron belül viszont stagnál (Gesser). Ebben annak lehet szerepe, hogy az

idős több halálesettel találkozott életében (Buda).

Utalok olyan felmérésekre is, melyekben a halálhoz kapcsolódó momentumokat külön elemezték, a vallásosság a halálfélelmet csak részben csökkenti, nem kisebb a félelem a megsemmisüléstől, de kisebb a meghalás folyamataától (Wink, Scott; Szenté). Sokszor találkozunk egy sajátos kettősséggel: a halál-elfogadás és -félelem együttlétével a tudatban. A halál-elfogadás általában se nem várást, se nem menekülést jelent, hanem a törvényszerű bekövetkezését (neutrális elfogadás, Wong).

A halál időpontját legtöbbször szeretnék kitolni, esetleg elkezdett feladatot akar az idős elvégezni, művet befejezni vagy komplettálni, vagy egyszerűen szeretteivel szeretne tovább együtt lenni, esetleg családi esemény bekövetkezését megérni (pl. unoka esküvője).

Mennyi mindent nem mondtál még el,

s már nem is mondasz el soha,

Tózsér Árpád: A gyöngykapu kitérve...

Csak ne kelljen halálba menni,

mi minden tudnál még itt lenni,

Illyés Gyula: Csak ne kelljen halálba menni

Aki kereknek, tevékenységben lezártnak érzi életét, könnyebben néz elébe a végnek. Ilyenkor elkövetkezik „a teljes élet befejezésének nyugalma, hogy megtettem, amit tudtam, megtettem, amit lehetett” (Losonczi). A súlyos

beteg, sok szenvedést okozó állapotban lévén, óhajtja a halál minél előbbi bekövetkezését, ugyancsak az elhagyatott, életét cél nélkül, esetleg intézményben tengető idős (Todeserwartung Syndrome, Berman).

*Milyen jó lesz, ha ernyedt, könnyű állal
ölelkezem a görcsoldó halállal.*

Áprily Lajos: Rossz éjszakák

Időskorban is, mint minden más korosztályban, a személy maga számára a gyors halált kívánná, annak eljövetele idejében.

*... halálosztó én Istenem
halnom ha kell add hirtelen*

Rákos Sándor: Könyörgés jó halálért

A halál transzcendentalitás szempontjából való megközelítése szinte mindenkiben felmerül, mert a tanulatlan ember is felteszi a kérdést, mit jelent számára a halál. Az öregedés folyamatában közelebb kerülünk a világ kozmikus felfogásához, távolodunk a materiális, egyszerűen racionális szemlélettől (gero-transzcendencia, Tornstam).

A mélyebb gondolatok alapján elmélkedő – még ha nem is vallásos a formális szabályok alapján – személyét a tágabb univerzum részének tekinti: az élet egy villanás két Örökkévalóság között. Ezt a gondolatot egy egyszerű, bölcs öregasszony így fogalmazta meg: a szabad ég alatt repkednek a madarak, egy fecske berepül a nyitott ablakon, egy-két ívet repül a

szobában, majd távozik ismét a végtelen ég felé, az a belső rövid szárnyalás a mi földi életünk.

*A hullámok halandók,
De a hullámozás halhatatlan,
Rónay György: Október Szárszón*

*Ezek vagyunk: két tenger közt az Átmenet
hullámai, ...*

*... a mindig éppen változó
öröklét: ez vagyunk.*

Rónay György: S mit hallgassunk

*Halálommal majd megint változást hozok. Más
formában ismét beleépülök az Egészbe s az
Egész megint mássá válik tőlem.*

...

Én, halhatatlan, mit félek hát a haláltól?

Csorba Győző: Halhatatlan

A halál utáni időszak, a szimbolikus halhatatlanság

A harmadik időszakasz a halál után kezdődik. Két szempontból kerül az egyén, az idős egyén megítélése körébe: egyrészt a lélek további létét illetően, van-e túlvilági lét, másrészt a földi utóéletünk tekintetében. Az első kérdés-kör lényegében a vallásosság, a hitbeli meggyőződés által meghatározott és nagymértékben befolyásolja a földi élet megszűnésétől

való félelem erősségét, sőt formáját, pl. hisz-e az üdvözülésben, illetve fél-e a túlvilági büntetéstől. Lényeges, hogy az adott személy belülről, tudatában meggyőződéssel istenhívő (intrinsic vallásosság), vagy csak formailag (extrinsic vallásosság), esetleg úgynevezett saját hitű, vagy kétkedő. Ezt a témakört – melyet sok tanulmány elemez és összegzésük külön tanulmányt érdemel – nem kívánom ebben az írásban taglalni.

A másik gondolatkör: mit hagy az ember halála után maga után magából, lényéhez köthető szellemi vagy tárgyi valót. Az ember – fogantatásától haláláig – anyagi és szellemi környezetére hat, abba penetrál, abban változást hoz létre, abban kivált, teremti valamit. Halála, személyének a földi valóságból eltűnése után ezek egy része még létezik, tehát ez az én-utáni vagy én-nélküli periódus (postself, Shneidman; selfless time, Urie) tele van nyomaival, „termékeivel”. Fájdalmas és nehezen elképzelhető az én-nélküli világ, amely majd emlékezik és emlékeztet rá. „Halottnak látni magam már azelőtt, hogy halott lennék, és anticipáció révén önmagamra alkalmazni egy túlélő kérdését”, itt bevillan a „holnapi már meghalt lényem: mon être-déjà-mort” (Ricoeur).

Az idős ember számára, akinek hosszú életéből számtalan maradvány származik és sok közülük lényének magjához kötődik, különösen fontos ezeknek továbbélése és megmaradó

jelentősége a már nélküle zajló időben. Ezek biztosítanak számára „szimbolikus halhatatlanságot” (Lifton), meghaladják a végességet, átlépik a személyes jövőt és így a személy könnyebben fogadja el a halál idejének közeledését, csökken a halálfélelme. Az utódgenerációk számára megvalósuló hagyományozást a generativitás fogalmával fejezik ki, amely lehet: biológiai-szociális utód, kreatív produktum, spirituális vagy a természetben hagyott nyom, transzcendens élmény (Lifton; Kotre). Egy művész (festő) esetén, például, „a mű és az élet ideje, melyek egészen addig egymásra vetültek, elválík egymástól: a létező, aki fest, elhagyja a mű halhatatlan idejét, és visszahúzódik az élet mulandó idejébe” (Ricoeur). Ebben a sorban azonban a legfontosabb utódainak léte, akik a biológiai folytonosságot is képviselik, ezért is alig elviselhető lelki trauma a gyermek halála (Boga). Lényeges lehet számára, hogy személyéhez kössék hagyatékát, de az is elég lehet számára, hogy tudja, továbbél műve attól függetlenül, hogy tudnák személye szerepét annak létrehozásában. Conche szerint öt illúzió foglalkoztathatja az embert ebben a vonatkozásban:

az első a túlvilági létet érinti,
 a morális illúzió: az érdemeinek,
 a szociális illúzió: a hírének,
 az ontológiai illúzió: a birtokolt tárgyainak,

a praktikus illúzió: az általa képviselt feladatoknak a túlélésére vonatkozik.

Scheler szerint az emberek szellemi alkotásai már életükben „túllendültek a testi állapoton, úgy most ők maguk is túllendülnek testük pusztulásán.” „Ez azt jelenti, hogy a személy úgy éli meg önmagát, mint továbbélőt”. Simmel is a szellemi alkotás személyt túlélő erejéről ír: „a szellemi alkotás – tartalmát tekintve – kezdettől fogva az időtlen tartományában van”. Az én-utáni időre hagyományozott szellemi-lelki-anyagi hagyaték Kotre szerint úgy is felfogható, mint egy „időkapszula”. Az adott egyén élete egy időpontjában, egy életszakaszban létrehozott „terméke”, legyen az egy szerelmi vallomás, egy faragott szék, egy írásmű, egy átadott ismeret, egy erkölcsi tanítás, áttevődik és megjelenik a maga megmaradt formájában egy vagy több későbbi időpontban az utódnemzedék egy vagy több tagja számára, az látja, érzékeli, tiszteli, használja, működteti, emlékezetében felidézi, esetleg sajátjaként hívja elő. Szép példák: a tanár „jelenléte” a tanítvány tudásában, vagy az orvos „jelenléte” a meggyógyított beteg egészségében a tanár, illetve az orvos halála után is.

*Munkám, mit sóváran egy életem
Behordtam, az – bár nélkülém –
Él s éltet?*

...

Non omnis moriar!

Illyés Gyula: Hosszú tél

19. Az idős ember és a halál árnyéka

Illyés idézi a Horatius által megfogalmazott, a fentiekben is körülírt, örök érvényű vágyat: Non omnis moriar, multaque pars mei vitabit Libitinam (Nem halok meg egészen, jobbik részem elkerüli a halottak országát).

Mert nem halok meg mindenestül.

Rónay György: A folyó és a katona

Úgy távozom, hogy itt leszek.

Illyés Gyula: Pályavégző versíró

Ha eljut ebbe a korba az ember, sok tapasztalatot gyűjthetett életében, sokat tud a világról, de élete végéről, a halál lényegéről vajmi keveset, a tudós sem, még ha a részleteket körbe is járja, ahogy mi is próbáltuk. Itt áll kiszolgáltatottan az ismeretlen zsarnokkal szemben.

Hogy jobban megismerjelek, ki vagy?- Sötét vagy-e?

Kivel a sötétségben oly rég szembenézek, hallgatag király:

rejtélyes elmúlás!

Füst Milán: Szellemelek utcája

Irodalom:

Berman, M. I. (1966): The todeserwartung syndrome. Geriatrics 21(5), 187-192

Boga B. (2000): Kadmosz szindróma. Kharón IV.(3), 5-22.

- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Randall, W. et al. (2011): Narrative foreclosure in later life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept. *J. Aging Studies* 25, 364-370.
- Buda B. (1997): A halál és haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. *Kháron I.* 5-10
- Dittmann-Kohli, F. (2007): Temporal References in the Construction of Self-Identity: A Life-Span Approach. In: Baars, J., Visser, H. (eds.): *Aging and Time. multidisciplinary Perspectives*. Baywood Publ. Comp., Inc. Amityville, NY
- Eliade, M. (1987): Bevezetés a halál mitológiájába. *Mauzóleum. Halálirodalom. Bölcsész Index Central Könyvek.* 179-188
- Hankiss E. (2008): *Ikarosz bukása. Lét és sors az európai civilizációban.* Osiris, Budapest
- Kenyon, G. M. (1990/91): Dealing with human death: The Floating Perspective. *Omega* 22(1), 51-61
- Lifton, R. J. (1979): *The Broken Connection: On Death and Continuity of Life.* Am. Psychiatric Press, Inc., Washington DC.
- Losonczi Á. (2009): *Az ember ideje.* Holnap Kiadó, Budapest
- Moody, H. R. (2002): Conscious Aging: A Strategy for Positive Development in Later Life. In: Ronch, J., Goldfield, J. (eds.): *Mental Wellness: Strength-based Approaches.* Human Services Press, NY.
- Pilling J. (1999): A halállal kapcsolatos attitűdök a filozófiában. In: Uő (szerk.): *A halál és haldoklás kultúrantropológiája.* SO TE KOD Központ, Budapest
- Polcz A. (2000): *Gyászban lenni.* Pont Kiadó, Budapest

- Ricoeur, P. (2011): Egészen a halálig. (ford.: Bende József) Bencés Kiadó, Pannonhalma
- Scheler, M. (2011): Halál és továbbélés. (ford.: Csejtei Dezső) In: A halál filozófiai megszólítása. L'Harmattan, Budapest
- Shneidman, E. S. (1995): The Postself. In: Williamson, J. B., Shneidman E. S: Death: Current Perspectives. 4. edit. LA, Mayfield
- Tornstam, L. (2005): Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging. NY Springer Publishing Comp. NY
- Urien, B. (2007): Selfless Time (From life space to death anticipation). Time and Society 16, 367-386.
- Wink, P., Scott, J. (2005): Does Religiousness Buffer Against the Fear of Death and Dying in Late Adulthood? Findings From a Longitudinal Study. Journ. Geront. Series B, 60(4), P207-214.
- Wong, P. T. P. (2000): Meaning of life and meaning of death in successful aging. In: Tomer, A. (ed.): Death attitudes and the older adults. Brunner/Mazel Publisher, NY.

A SZERZŐ PUBLIKÁCIÓI, A TÉMÁVAL ÖSSZEFÜGGÉSBEN

- A fejezetek első publikálási helyei, amelyek átdolgozva, kiegészítve kerültek ebbe a válogatásba:
- A gerontológia, mint diszciplína. Magyar Mentésügy 2004, 24(2-3), 84-91.
- Az öregedés filozófiai megközelítése. In: Idősgondozási kézikönyv. Geriáter Service Kiadó, Budapest, (2011), 11-19.
- Az öregedés biológiai és funkcionális következményei. M. Családorvosok Lapja 2008, (3), 40-43.
- Az öregkori patológia sajátosságai. Geriátriai szindrómák. In: Boga B., Samu A.: Klinikum és farmakoterápia időskorban. Vox Medica, Budapest, 2011, 53-60.
- Egészségügyi panel (előtanulmány az Idősgügyi Stratégiához, kézirat) 2008-9.
- Gerontológia és Bálint-csoport. Szociális Menedzser 2012, 14(3/4), 11-17.
- A gerontológia etikai vonatkozásai. 1-2. Magyar Bioetikai Szemle 1998, 4(1-2), 56-60. és 1999, 5(1), 7-11.
- A társadalom különböző szektorainak szerepe az idősök életminőségének javításában. In: Tudományos szakmai konferencia előadásai (teljes szöveg), Sopron, 1995. okt.12-13., 92-95.
- Az idős ember életterének fizikai és szociális dimenziói. Szociális Menedzser 2012, 14(2), 20-27.
- The Role of Technical Remedies in Care of the Elderly from Medical Point of View. In: Mobility, Technology and Ageing in Central Europe.

A szerző publikációi, a témával összefüggésben

Commission of the European Communities, (1993), 41-45.

A biztonság-szükséglet formái és kielégítésük lehetőségei időskorban. In: Tudományos szakmai konferencia előadásai (teljes szöveg), Sopron, 1996. okt. 3-4., 25-34.

Az idős emberek és a felnőttoktatás. Kultúra és Közösség, 1998/1999, III./II. (4-1), 137-145.

Esszé az idősek tanulásának értelméről. In: Andragógiai kutatások és fejlesztések. JPTE FEEK, Pécs, 2012, 90-96.

A fizikai és mentális aktivitás egymásra hatása a sikeres öregedésben. Magyar Gerontológia 2013, 6(19), 24-30.

Az idős ember és a narratív identitás. Magyar Gerontológia 2013, 5(18), 44-59.

Krízishelyzetek időskorban. In: Imre S., Fábíán G.: Őszülő társadalmak, DE Egészségügyi Főiskolai Kar, Nyíregyháza, 2006, 15-32.

Kadmosz szindróma. Kharón 2000, 4(1-2), 6-22.

Az idősotthonba való beilleszkedés lélektani lépcsői, kihívásai. In: Idősgondozási kézikönyv . Geriáter Service Kiadó, Budapest, (2009), 41-48.

Az idős ember és a halál árnyéka (esszé). Kharón 2012, 16(3), 35-53.

IDEGEN SZAVAK, KIFEJEZÉSEK JELENTÉSE MAGYARÁZATA

- Absztrahál: elvonatkoztat, általánosít
- Abulia: akaratnélküliség, kóros akarathiány
- Adinámia: kóros, általános gyengeség
- Affektív: érzelmi, indulati
- Affektivitás: érzelmekre való képesség illetve telítettség, érzelmi szféra
- Affiliáció: befogadás, felvétel, csatlakozás
- Agnosia: felismerési képtelenség
- Agoraphobia: tériszony
- Agraváció: egy tünetnek a valóságosnál súlyosabb megélése és panaszlása
- Akcidentális: mellékes, járulékos, esetleges
- Akkumuláció: felhalmozás, felgyülemelés, öszszegyülekezés (a kumuláció eredménye)
- Akmé: egy folyamat csúcsideje
- Altruista: önzetlen, áldozatkész, másokon segítő
- Angiogenesis: érképződés
- Anticipáció: sejtetés, később bekövetkező eseményre utalás, célzás, esetleg biztosra vétele
- Anthropos: ember (ógörög)
- Anxietás: szorongás
- Apoptosis: genetikailag programozott sejthalál
- Appercepció: az érzékelt, észlelt benyomások felfogása
- Ars moriendi: meghalás művészete
- Arthrosis (artrózis): nem gyulladásos ízületi betegség, porckopás

Autonoetikus: saját létezéssel kapcsolatos
(auto: ön-, noos: lét) (ógörög)

Axiológia: az önmagában érvényes értékek vizsgálata

Benignus: jóindulatú

Cirkuláris: körkörös, visszatérő

Cortex: agykéreg

Deduktív: általánosból az egyedire, egyesre következtető, egészből a részre

Dependencia: függőség, függő helyzet vagy viszony, önálló életvitelre képtelenség és ezért mások segítségét igénylő állapot

Deontológia: hivatásbeli kötelességgel, ennek etikai vonatkozásaival foglalkozó tudomány

Dialektika: egy kérdés ellentmondások és kölcsönhatások alapján való megközelítése

Disztális: távoli

Diverzitás: megjelenésben tapasztalható sokféleség

Domén (domain): tartomány (átvitt értelemben), egy adott összetartozó csoport

Domesztikáció. Házasítás, a mindennapi használatba való bevonás

Endogén: belső, belső eredetű

Endokrin: belső elválasztású, hormontermeléshez vagy -hatáshoz kapcsolható

Endorphin: élő szervezetben termelődő, morfinhoz hasonló hatású(fájdalomcsillapító, hangulatjavító) vegyület

Erythematodes: bőrre és több belső szervre kiterjedő immunológiai betegség

Exogén: külső, külső eredetű

Extrapiramidális: a mozgás minőségét kontrolláló, nem tudatos idegrendszeri pályák jelzője

Extraszisztólia: szabálytalan szívütések

Extrinsic: külső

Fenotípus: élőlény megnyilvánuló alaktani és élettani sajátosságainak összessége, megjelenési alak

Filogenezis (phylogenesis): törzsfejlődés

Fiziológiás: élettani

Fragmentált: szakadozott, töredezett, töredékes

Genotípus: öröklött tulajdonságok összessége

Glukokortikoid: a szénhidrátanyagcserére ható mellékvesehormonok együttes neve

Hedonizmus: érzéki örömök élvezetét előnyben részesítő életelv

Hermeneutika: az értelmezés magyarázata, módszertana, a megértéshez vezető gondolati út

Heterogenitás: másneműség, egy csoport tagjainak különbözősége

Hipocondria: betegség vagy kóros tünet be-képzése, túlértékelése

Hippocampus: az agyban található több funkciójú képlet (pl. emlékezés)

Holisztikus: egy egység részeit az egészhez való kapcsolatuk viszonylatában tekintő, az egész oldaláról közelíti meg a részeket az egészben játszott szerepük alapján

Homo consumens: fogyasztó ember

Homo moriturus: halni készülő ember

Homo mortalis: halandó ember

Identitás: azonosság, önazonosság

Immanens: lényegéhez tartozó, belsőleg hozzá tartozó, természetéből fakadó

Imminens: küszöbön álló, közvetlenül fenyegető, halaszthatatlan, sürgős

Immobilitás: mozgás nagyfokú beszűkülése, mozdulatlanság, betegnél: ágyhoz kötöttség

Independencia: függetlenség, önállóság, önelátásra való képesség

Index: mutató, jelző

Induktív: egyes esetekből az általánosra következtetés

Inkongruencia: össze nem illőség, egymásnak meg nem felelés

Inkontinencia: vizelet vagy/és széklet visszatartásának képtelensége

Interindividuális: személyek közötti

Intraindividuális: személyen belüli

Intrinsic: belső

Introspekció: önmegfigyelés, lelki önvizsgálat

Involúció (involutio): visszafejlődés, hanyatlás

Irreverzibilis: vissza nem fordítható

Ischaemia: helyi vérszegénység

Kardiovaszkuláris: szív- és érrendszeri

Kinesztézia: mozgásérzés, saját mozgás érzése

Kognitív: megismerő, megismerésre vonatkozó, ismereten – tudáson alapuló

Koherencia: összetartozás, összefüggés, egymásnak megfelelő összetartozás, részek egyiséget alkotó egybetartozása

Kohorsz: évjárat, azonos korú személyek csoportja

Komparatív: összehasonlító, egybevető

Kompenzáció: kiegyenlítés, csökkent szervi működés automatikus kisegítése más szerv vagy működés által

Kompetencia: a szükséges szakértelem

Komplementer: kiegészítő, együtt ható, együtt értékelendő

Koncepcionális: felfogásbeli, elképzelési, egy adott felfogás szerinti

Kongruens: megegyező, összeillő, megfelelő

Konstans: állandó, változatlan

Konstelláció: a dolgok egymáshoz viszonyított állása, az elemek alakzata

Kontinuum: folyamatos, megszakíthatatlan sor; egymásból következő, fokozatosságot mutató elemek sora

Konzisztencia: állag, kitartóan azonos tulajdonságú, szilárdság

Kumuláció: összegyűjtés, halmozás

Kumulatív: összegyűjtésből származó, összesített

Laesio (lezió): sérülés, károsodás

Lineáris: egyenes vonalú

Lipofuszcín: öregedés folyamán szövetekbe lerakódó festékszerű anyag

Malignus: rosszindulatú

Malnutríció: tökéletlen táplálkozás, rosszul tápláltság (tulajdonképpen minden formája, de általában alultápláltságot, hiányos táplálkozást értünk rajta)

Matrix: táblázatban elhelyezett, egymáshoz rendelt fogalmak

Manifesztáció: megnyilvánulás, érvényre vagy felszínre jutás

Mentális: értelmi, észbeli, agyműködéshez kötött

Meta-: mint előtag egy ismeret, tudomány elvonatkoztatottabb, áttételes formáját, szintjét jelöli

Metaanalízis: elemzés(ek) elemzése, több hasonló tárgyú elemzés összehasonlító, esetleg elvontabb szintű felülbírálata

Mitochondrium: a sejtek anyagcseréjében fontos szerepet játszó sejtservecske

Monizmus: egy adott kérdéskör tényezőit egy alapelve visszavezető koncepció

Motiváció: cselekvés ösztönzője, kiváltója, indokolás

Multidiszciplináris: több tudományág közös, illetve érintkező területét illető

Multiplex: sokszoros, több részből álló

Neuroendokrin: idegi és hormonális együttes hatáshoz kapcsolható

Neurogén: idegi eredetű, idegi hatáshoz kapcsolható

Olfactorius: szaglással kapcsolatos

Onkogén: daganatkeltő, rákkeltő

Ontogenezis: egyedfejlődés

Ontológia: a létről szóló, a lét legáltalánosabb törvényeit megfogalmazó filozófiai tudomány

Optimalizáció: legjobb hatásfokra törekvés

Osteoporosis: csonttrtkulás

Parieto-okcipito-temporális: az agy fali, nyakszirti és halántéklebenyét érintő

Parkinsonizmus: végtagok remegésével járó, általában időskorban fellépő, mozgást korlátozó betegség

Patológiás: kóros, kórtani

Permanens: tartós, állandó, folytonos

Piramis (pálya): a központi idegrendszerben az akaratlagos mozgás pályája

Populáció: népesség, lakosság (általában egy adott ország, régió népességét értve alatta)

Poriománia: kóros csavargási hajlam

Pragmatika: gyakorlat, használat, rendtartás

Prediktor: tudományos statisztikai elemzések alapján a betegség, az öregedés prognózisának előrejelzésére alkalmasnak látszó jel, tünet, adat

Presbycusis: korral jelentkező hallásromlás

Presbyopia: korral jelentkező látásromlás (lencse fénytörő képességének változása)

Progéria: kóros korai öregedés

Progresszió: általában: fejlődés, előrehaladás; kóros folyamatoknál: annak súlyosbodása, romlása

Proximális: közeli, testnél: törzsközeli

Pszichoszomatika: testi és lelki tényezők azonos mértékű elemzése a betegségek kialakulásában (tudományág), testi tünetekben lelki okok keresése

Reciprok: kölcsönös

Reciprocitás: kölcsönösség, viszonyosság, oda-vissza jellegű kapcsolat

Redundancia: felesleget jelentő többlet

Regresszió: általában: visszafejlődés; pszichológiai értelemben: visszatérés kezdetlegesebb fejlettségi szintre, lelki reakciótípushoz; kóros folyamatnál: annak visszafejlődése, a betegség visszavonulása, visszatérés az egészségesebb állapot felé

Reverzibilis: visszafordítható

Rezerv: tartalék

Rezervoár: tárolóhely

Stagnál: egy helyben áll, folyamatosan változatlanul fennáll

Subcortex: agykéreg alatti terület

Szomatikus: testi, testre vonatkozó

Szomatoform: testi tünetben kifejezett

Tanatológia: a halált kutató biológiai tudományág

Telomér: a kromoszóma vége, amely minden sejtosztódásnál rövidül

Terrén: tér, terület (átvitt értelemben is)

Territoriális: területi, térbeli, térbeli helyzetre vonatkoztatott

Transzcendens: értelemmel fel nem fogható, elképzelt anyagi világon túli, megismerés határán túli, érzékfeletti, felsőbbrendű

Zoon politikon: „társadalmi állat”

(A fenti szavak latin, ógörög, illetve vegyes eredetűek)

Kifejezések, szakmai rövidítések

ADL (activities of daily living): a mindennapi élet tevékenységei (angol)

Ageing-in-place: öregedés saját otthonban („helyben”)

DEP (description, evaluation, placement): leírás, értékelés, elhelyezés (angol)

EPICS (Elderly Person Integrated Care System): idős személyek integrált gondozási rendszere (angol)

Gnóti szeauton: ismerd meg önmagad (delfoi jósva felirata) (ógörög)

Morte certa, ora incerta: a halál biztos, az órája bizonytalan (olasz)

No story, no identity: ha nincs történet, nincs személyiség (angol)

Non mortem timemus, sed cogitationem mortis: nem a haláltól félünk, hanem a halál gondolatától (latin)

Nordic walking: skandináv gyaloglás.

Senectus ipsa morbus: az öregség maga betegség (latin)

Smart house: „intelligens ház”

TEMSED-modell (Technology, Ergonomics, Medicine, Society, Economics, Deontology): technológiát, ergonómiát, orvostudományt, társadalomtudományt, gazdaságtant, szakmai kötelezettséget egyesítő elméleti, gyakorlati modell

UFOV (Useful Field of View): a látótér használható (kontrolálható) része

—
(Többségében Bakos Ferenc: Idegen szavak és kifejezések szótára, Akadémiai Kiadó (2006))

szómagyarázatainak felhasználásával állította össze a szerző, a könyv témájának megfelelő értelmezésben.)

NÉV- ÉS TÁRGYMUTATÓ

- A tanulás céljai, 293
 A. Blake), 314
 A. H. Maslow, 247
 A. Marengoni, 87, 88
 AADL- kategóriák, 216
 Ábrahámné, 439
 abúzus, abuse, 184
 ADL, 42, 230, 430
 Adler, 357
 ADRQL, 178
age-dependent, 83
age-irrelevant, 295
ageismus oeconomicus, 168
age-izmus, 162, 166, 167, 170, 179, 180
age-locked, 295
age-related, 83
aging, 69
agresszív magatartás, 187
 akkomodáció, 361
 akmé, 65
 aktuális családi „védőháló”, 58
 akut betegségek, 85
 altruista, 58
 altruisztikus, 183
 Alzheimer-kór, 41, 82, 86, 302
 Ancsel, 337, 339, 340, 341, 348
 andragógia, 258
 André Gide, 344
 Antonin Roquentin, 346
 Antonucci, 369
 apostoli funkció, 150
 Arisztotelész, 81, 193, 330
 Aschoff, 51, 82
 assent, 175
 asszimiláció, 361
 atherosclerosis, 41
 atípia, 42, 89
 Atkinson, 351
 attribútum, 55
 Avicenna, 81
 axiológiai, 233
 Az aktivitás szerepe, 313
azonos szövet diffúz elváltozása, 92
 B. J. Vellas, 86
 B. Mirman, 348
 Baars, 52, 332
 Bálint Mihály, 136, 137, 141, 145, 148, 152
 bálintoid, 153
 Baltes, 54, 196, 320, 322, 360
 Bánlaky P.), 374
 Barthel, 75
 Bauer, 341
 Beauchamp, Childress, 169
 Beauvoir, 331, 340

- benignus memóriazava,
267
- Beregi Ed, 37
- Beregi Edit, 44, 73
- Bergman, 383
- Berman, 396
- Biggs, 58
- biotop, 211, 212
- Bíró István, 37
- biztonság, 245, 247, 249
- Bock, 91
- Boga, 469
- Boggs, 299
- Bohlmeijer, 344, 458
- Bouma, 236
- Boyd, 85
- Brody, 83, 184, 215
- Bromley, 422
- Bron, 424
- Brown és Stouder-nire,
419
- Bruner, 351
- Bullington, 60
- Burston, 185
- Bussche, 95
- Butler, 162, 180, 350,
370
- C. G. Jung, 437
- Canghilem, 51
- Caplan, 355
- Carstensen, 360
- Catalano, 184
- Cattel és Horn, 320
- Ch. Bühler, 52, 71, 357
- Ch. W. Hufeland:, 36
- Chittister, 454
- Chochinov, 181
- Cicero, 464
- cirkuláris időélmény,
457
- citokinek: transzferrin,
IL-1, IL-6:
interleukinok, 84
- CNAM, 263
- co-existentia
morborum, 89
- cognitive image, 210
- Cohler, 59, 347
- CO-LIVING, 223
- Comenius, 262
- Comprehensiv Geriatric
Assesment, 75
- Conche, 469
- Conche illúziók, 469
- consent, 175
- Cooley, 339, 362
- Covey, 54, 164, 370
- Cowgill, 54
- Crites, 331
- Cumming, 367
- Cummins, 299
- családdal kapcsolatos
kritikus helyzetek,
381
- Császár Gyula, 139
- Csehov, 410
- Csíkszentmihályi, 350
- D. Riesman, 438
- DCM, 178
- degeneratív izületi
betegség, 93
- dehumanizáció, 177
- demencia, 213
- Demencia progresszió,
175
- Dénes Zs., 373
- dependencia, 213

- deperszonalizáció, 177
 DEP-rendszer, 129
 depresszió, 265
 Descartes, 140
 diabetes mellitus, 87
 diakron viszony, 182
 Diogenes, 143
 disengagement, 54
 Disse-tér, 73
 diszciplína fogalma, 34
 diszkrimináció, 165
 Dittmann-Kohli, 457
 dolus directus, 185
 dolus eventualis, 185
 domino-effektus, 142
 dominó-lánc, 91
 domoti-kumok, 240
 Draaisma, 59, 332
 Durkheim, 211, 357
 Durkó, 265
 Durkó Mátyás, 309
 Duvall, 381
 dyadic pattern, 184
 E. Hall, 219
 E. Hall proxémik, 219
 E. Shanas, 184
 e-ADLRS, 241
 economic ageism, 168
 egy kombinációs teória,
 67
 egyed, mint entitás, 50
 egységes énkép, 346
 életminőség (quality of
 life, 193
 életminőségnek, 194
 élettér, 208
 Eliade, 447
 élő szervezetek
 univerzális
 (általános) jelensége,
 65
 embodied age-izmus,
 163
 emocionális
 érzékenység, 266
 endogén, 67
 endokrin (hormonális)
 megbetegedési
 arány, 87
 Engel, 136, 140
 Engel-féle bio-pszicho-
 szociális
 megközelítés, 136
 EPICS (Elderly Person
 Integrated Care
 System), 130
 epigenetikus, 66
 epigenetikus krízis-
 elmélet, 143
 Epikurosz, 193
 Episztemológia, 52
 Erikson, 56, 297, 305,
 340, 363, 367, 441
 erontológia, 159
 érzelmi állapot, 268
 etika, 160
 EUMS, 42
 Európa Tanács 1988
 projekt, 285
 evidence based
 medicine, 122
 exogén, 67
 exogén progériának, 84
 experimentális, 35
 exploratív és depresszív
 öregedés, 265
 exterioritás, 48
 fallen tyrant, 183

- Featherstone, 60, 343
 Feinstein, 90
 felnőttoktatás, 257
 fenomenológia, 209
 Field, 269, 362
 filobata, 145
 filogenezis, 246
 Flink, 356
 fluid, 320
 fluid intelligencia, 265
 folyamat ontológiai
 szempontból, 49
 formal/informal mix,
 131
 frail, 102
 frailty, 100, 102
 Frankl, 340, 341, 453
 Franz Alexander, 141
 Freeman, 334
 Freud, 347, 357
 Fries, 107
 Frolkisz, 71
 Funkcióváltozások, 72
 Fülöp M., 372
 G. Bogard, 250
 G. Day, 36
 G. I. Stieglitz, 36
 G. M. Mead, 357
 G. Zerbi, 36
 Gail Shehy, 371
 Galénosz, 51, 82, 139
 Gauss, 69
 genetikai
 meghatározottság, 50
 Gergen és Gergen, 348
 Gergen, Gergen, 453
 geriátria, 36, 40, 42, 43
 Geriátriai Depressziós
 Skála, stb.). Meg kell
 említeni, hogy a
 teljes emberi
 igénykörhöz, 77
 Geriátriai Kollégium, 44
 geriátriai stroke-egység,
 123
 geriátriai szakápoló,
 127
 geriátriai szindróma, 99
 Geriátriai szindrómák,
 97
 geriatric assessment
 unit, 125
 geriatric condi-tion, 98
 geriatric giants, 100
 geroeducáció, 165
 geroginekológia, 43
 geron, 35
 gerontagógia, 258
 gerontechnológia, 229
 gerontológia, 33, 404
 gerontológia fogalma,
 35
 gerontológiai etika, 162
 gerontológiai
 rizikószemélyek, 120
 gerontológiát, 44
 Gerontopszichiátria,
 125
 gerontopszichológia,
 404
 Giczi Julianna, 198
 globális deficit-állapot,
 103
 glomerulus-filtráció, 41
 Golgi-tartalom, 73
 Golovics, 450
 Grundtvig-program,
 279

- Gullette, 326
 Gyakorisági spektrum, 86
 H. Bouma, 231
 H. Gardner, 314
 H. Lefebvre, 209
 Hankiss, 340, 343
 Hankiss Elemér, 55
 Haranghy László, 33, 37, 44, 81
 hateful patient, 150
 Hayflick, 67
 Heidegger, 331, 447
 Heller Ágnes, 460
 Henry, 367
 hepatitis B, 86
 Hepworth, 60, 343
 Herakleitosz, 49
 Hermeneutika, 53
 heterochron, 71
 heterogenitás, 70
 heterokinetikus, 71
 heterotop, 71
 heterotrop, 71
 heutigológia, 275
 HGCS (Homogén gondozási Csoport), 130
 Hill, 375
 Hippokratész, 139
 Hodgkin-kór, 83
 holisztikus, 37, 159
 Holisztikus, 233
 holisztikusan végző, 137
 Holmes, 54
 homeosztázis, 72
 Howell, 93
 humán triász, 136
 Hun Nándor, 37, 82
 Husserl, 220, 331
 Huszár Ákos, 201
 Hutchinson-Gilford, 68
 Hyde, 347
 hypertonia, 93
 I. L. Nascher, 36
 IADL, 430
 IAGG, 43
 identitás, 331, 338
 identitás-krízis, 145
 idős házaspárok, 376
 idősgyógyászat orvosi szakág, 121
 Időügyi Tanács, 44, 203
 Ignatz Leo Nascher, 38
 IKT, 232
 immobilizáció, 99
 immobilizáció, 95, 100
 immobilizációs állapot, 221
 immunrendszer, 67
 inaníció, 100
 independenci, 213
 indirekt következmény, 92
 individuumok, 69
 infantilizáció, 177
 inkontinencia, 98, 100
 inkurá-bilis, 86
 INNOS, 241
 instabilitás, 100
 inszanábilis, 86
 intellektuális zavarok, 100
 interdiszciplináris mátrix, 236
 interferencia
 morborum, 91

- Interindividuális, 69
 interioritá, 48
 Intermedier ellátási
 forma, 126
 International
 Association of
 Gerontology and
 Geriatrics, IAGG, 43
 internet-használat, 242
 intézetbe kerülés
 pszichológiai hatásai,
 436
 intraindividuális, 51, 71
 int-rinzik, 101
 involúció, 66, 89
 inzulin-rezisztencia, 83
 irreverzibilis, 65
 ischaemiás
 szívbetegség, 93, 94
 Ivo Andrics, 369
 izoláció, 100
 J. D. Porteous, 435
 J. M. Charcot, 36
 James, 359
 Jaques Delors, 290
 John Updike, 461
 Johnson, 382
 K. Lynch, 211, 217
 K. Mannheim, 367
 Kadam, 96
 Kahn, 360, 369, 375, 453
 Kalish, 167
 kardiovaszkuláris-
 anyagcsere-betegség,
 94
 Karnofsky, 76
 kaszkád-vonulat, 99
 Katz, 76, 215
 Katz-féle skála, 76
 keleti (távol-keleti) tí, 59
 Kenyon, 326
 késői életszakasz nyolc
 ciklusa, 364
 Kettenpathologie, 91
 kibernózisnak, 72
 kiegyenlítés eszközei,
 252
 King, 342
 kiterjesztett én, 329
 Klebelsberg Kunó, 260
 Kollbrun-ner, 154
 komorbid folyamat, 94
 komorbiditás, 93
 Komorbiditás, 90
 komparatív tudomány, 37
 kompre-henziv oktatási
 koncepció, 273
 kompre-henziv)
 oktatási koncepció,
 273
 konceptuális én, 329
 Kondratowitz, 70
 konstruktív öre-gedés,
 298
 kontinuitás és disz, 58
 Kopp M., 368
 Kopp Mária, 140
 Korányi Sándor, 37, 72
 kor-korcsoport-
 periódus, 52
 korrelációs patológia,
 91
 környezeti faktor, 250
 közös pathológiai háttér,
 92
 köztes távú memória,
 267

- kristályosodott intelligencia, 66
 krisztallizált, 320
 krisztallizált intelligencia, 265
 krízis, 355, 358
 Krónikus beteg, 85
 krónikus betegsége, 119
 krónikus fen, 39
 krónikus inkontinens, 39
 krónikus, de kontinens, 39
 Kungsholm Projekt, 87
 Kuypers-Bengston, 143
 labilisabb biológiai egyensúly, 88
 Larchinski, 148, 163
 Laslett, 143
 Lawton, 215, 431
 Lawton-Brody, 76
 Levinson, 59, 363
 Lifton, 469
 Lindem, 260
 Lindemann, 419, 423
 lineáris idő, 59
 Litwak, 382
 logosz, 35
 Losonczi, 445, 465
 Losonczi Ágnes, 59, 207, 248
 Louis-Ferdinand Céline, 411
 Lozanova, 299
 Lukács György, 51
 luxuria, 185
 M. Hudson, 187
 M. Mead, 52, 367
 Maan, 342
 Magyar Gerontológiai (most: és Geriátriai) Társaság, 44
 malnutríció, 100
 Marcel, 325
 Marjory Warrent, 39
 Markowitsch, 58
 Marko-witsch, 336
 Maróti, 269
 Marton L., 60
 Massey, 209
 Max Bürger, 36
 Max Frisch, 343
 McAdams, 326, 331, 342, 347
 McClusky, 261, 282
 McCubbin, 375
 McEwen, 329
 McIntyre, 326, 331
 Mecsnyikov, 35
 Medicina gerontocomica, 36
 medikális-szociális hibrid, 38
 menopauza, 41
 mentális aktivitásra, 316
 Mérei F., 437
 Michel, 103
 Michel Pacaud, 404
 Millsap, 269, 362
 Mitchel Bon, 61
 mobil team, 124
 mobilitás, 217
 mobilitás és a mentális állapot, 99
 Montaigne, 454
 Montessori-metódus, 179

- Moody, 54, 312, 326,
341, 360
morbidity
következményei, 101
morfológiai és
funkcionális
változásokat, 73
Morgan, 362
Móricz Zsigmond, 412
Mortalitás, 105
Morton Deutsch, 357
msej Imre, 72
multifaktoriális, 68
multimorbid, 124
multimorbidity, 41, 95,
105
Multimorbidity, 89
Murrell, 420
Müller, 439
narráció, 325, 330, 339,
349
narratív én, 57
narratív identitás, 327,
332
narratív idő, 59
Nascher, 81
negatív kórházi attitűd,
177
negligentia, 185
Neisser, 328, 342
Németh László, 452
Netcarity, 241
Neugarten, 364
neurohumorális, 67
neuroplaszticitás, 302
neuropszichiátriai
kórképek, 94
non-maleficentia, 169
noogén neurózis, 144
normális és a kóros
öregedés folyamata,
265
normális és a kóros
öregedés folyamatát,
265
Norris, 420
Norris és Murrell, 425
Novack, 154
Nyunova, 84
oestrogén, 85
oknofil, 145
onkogén
(daganatképző)
hatások, 84
ontogenesis, 50
ontológiai, 48
Oscar Newman, 254
Osler, 371
osteoarthrosis, 95
Ovidius, 404
ökológiai én, 329
önreprezentációs
funkciót, 60
öregedés fogalma, 49
öregedés kettős
értelmével, 53
öregedési hatások
interakciója, 57
összegzett együttthatás,
104
öt időtényező, 451
P. Jarvis, 274
P. Ricoeur, 368
Pacaud, 391, 404
Palmore, 164
Pals, 347
Paneth G., 146
Parhon, 81

- Park, 59
 Parsons, 357, 365
 Pataki, 331, 332, 337,
 342, 347
 Pataki Ferenc, 304
 patogenetikai, 98
 Patterson, 375
 pedagógia, 258
 Pennebaker, 336
 Pennebaker és Chung,
 349
 Pieper, 232
 Pintér, 332, 333
 Plath, 369
 Plátó, 193
 Polcz, 447
 polifarmakológia, 41
 Polkinghor-ne, 351
 poly-morbiditás, 89
Polypathia, 90
Post, 386
 poszttranszlacionális
 hatás, 66
 poszttraumás stressz,
 189
 Powel, 58
 primer motiváció, 55
 progéria, 68
 progresszív, 65
 Prokruszesz-ágyként,
 435
 Proust, 57, 338
 proximális öreged, 69
 pszichológiai és
 szociális redukció, 52
Pszichoszociális
 hospitalizmus, 395
 pszichoszomatika, 135
 Pszichoszomatika, 139
 pszichoszomatikus, 128
 pszicho-szomatikus
 hospitalizmus, 145
 pszichoszomatikus
 medicina, 140
 pszichoszomatikus
 váltás, 143
 QEduSEN projekt, 281
 R. N. Butler, 146
 R.N. Butler, 170
 Rainwater, 216
 Randall, 326, 330
Raspe, 395
 rectangularization, 107
 refusal, 175
 regeneráció, 72
 rehabilitáció, 42
 Reichar, 438
 Reichard, 367, 373
 retrospektív időtudat,
 59
 Ricoeur, 57, 326, 336,
 338, 469
 Riemann, 453
 Rilke, 55
 Robert Butler, 454
 Rogoff, 52
 Roland Barthes, 346
 Ronald Ingelhart, 194
 Rosenmayr, 261, 382
 Rosenzweig, 425
 Roth, 329
 Rousseau, 398
 Rowe, 360, 453
 Rowe és Kahn, 312
 Rowlands, 364
 Rózsay József, 36
 S. Carmel, 57
 S. de Beauvoir, 48

- S. Hase, 275
 Saint-Jean, 91
 Sámuel 19, 1, 406
 Sandelowski, 330
 sarcopenia, 41, 82
 Sartre, 57
 Saul-Paul, 348
 Schachter, 342
 Schaie, 50, 369
 Schapp, 338
 Scheler, 470
 Schleifer, 424
 Schneider, 83
 Schnell Endre, 137
 Schroots, 57
 Schubert, 93
 Schwarczmann Pál, 37
 Seagal, 336
 self és a memória, 336
 Selye, 356
 Selye János, 140
 Semsei, 68
 Seneca, 61, 81, 409
 senectus ipsa morbus,
 81
 senilis, 265
 Sheppard, 168
 Shneidman, 468
 Sigmund Freud, 413
 Simkó, 385
 Smith, 457
 Smuts, 137
 Sobel, 393
 social breakdown, 163
 SOC-modell, 322
 Somers, 339
 Sommer, 209
 sorsunknak hét
 összetevője van, 55
 spirituális biztonság, 58
 Steinmetz, 185, 384
 stroke, 86, 176, 221
 SWR, 241
 szektorok szerepe, 199
 szekunder memória,
 267
 személyes én, 329
 személyközi én, 329
 szenilis, 39
 szenilis, demens, 39
 Szente, 465
 szociális gerontológia,
 38
 szociálpszichológia, 212
 szociálpszichológiai,
 139
 szociológia, 212
 szociotop, 212
 Szokrá-tész, 193
 szomatikus, 52
 szomatikus funkciók
 entitást fenntartó
 képesség, 50
 Szomatikus-testi
 tényezők, 116
 szomato-pszichés
 jelenségek, 142
 Szondi Lipót, 55
 szövődmény, 92
 sztereo-behatás, 146
 szubjektív életminőség,
 195
 szubjektív
 interperszonális tér,
 219
 tailoring, 129
 társuló betegségek, 96
 teljes életminőség, 196

- TEMSED-modell, 233
 Tengelyi, 331
 Terentius, 81, 450
 terminális állapot, 42
 testi-lelki-szociális
 triász zavara, 358
 Th. Morus, 193
 Thoits, 332
 Thomas Mann, 410
 Torns-tam, 56
 több szerven sértő
 hatás, 92
 TQOL, 196
 transzdiszciplinális, 159
 Trencsényi-Waldapfel,
 404, 405
 tudatos öregedés
 konceptiója, 54
 U. Sambamoorthi, 97
 ukorbetegség, 93
 Ulrich Beck, 250
 V. Frankl, 55, 144, 304,
 368
 V. Kast, 418
 Verdi, 412
 Verzár Frigyes, 35, 72
 viktimizáció, 177
 viktimológia, 186
 Virtuális tér, 224
 Visser, 52
 vizitabilitási koncepció,
 222
 W. P. Wilson, 372
 Wechssler, 463
 Welzer, 58, 336
 Werner, 68, 84
 why(miért)- és who(ki)-
 teóriák, 68
 Wink, 465
 Wittgenstein, 60
 Wolff, 93
 Wong, 360, 453, 465
 Wong és Moody, 453
 Wong és Watt, 350
 Woodhouse, 102
 Woodman, 386
 Yates, 57
 Yeaxfee, 260
 Zdenkowski, 254

Dr. Boga Bálint könyve sokoldalúan mutatja be az időskor sajátos problémáit a velük foglalkozó tudományos eredményekkel együtt. Elméleti fejtegetései sokoldalúak, az egészségügy biológiai, pszichológiai, szociális tárgyalása segíti az összefüggések megértését. Nem véletlenül: az emberi életet egészében (holisztikusan) nézi, ezért tudja meggyőzően feltárni a változásával járó tünetegyütteseket (szindrómákat). Könyve nemcsak az idősekkel foglalkozó orvosoknak, szakápolóknak és szociális dolgozóknak ad hasznos tájékoztatást, de azoknak a már idős, vagy még csak idősödő embereknek is, akik úgy érzik, érdekeltek e korosztály problémáinak alaposabb megértésében, és azoknak, akik családtagként vagy egy társadalmi szervezet tagjaként állnak kapcsolatban idősekkel

Maróti Andor – Részlet az előszóból.

ISBN 978385438807-4



7.250 Ft

Dr. Boga Bálint Pillantás a domboról