

SOTE Gerontológiai Központ

Az idősödés testi-lelki egészségének kérdései

Prof. Dr. Iván László Ph.D.

Közlésre érkezett: 1998. november 20.

Kulcsszavak: pszichoszociális, sikeres és sikertelen öregedés, öregedési kockázati minták, holisztikus öregedési megközelítés, öregedés imázsa, humán-gero-ökológia, testi-lelki egészség, várható élettartam

Az öregedés többtényezős és többdimenziós életfolyamat, amelynek kialakításában és kimenetelében a pszichoszociális meghatározottság egyéni, korcsoport, korjárat és nemi különbségekkel egyértelműen meghatározó jelentőségű.

Az öregedés imázsa kultúrafüggő, alig és nehezen befolyásolható, de a következetes tudományos felvilágosítás és a nevelés pozitív hatása érvényesül. A közösségben élő idősök rendelkeznek az ún. „normatív életeményekhez és átmenetekhez” kapcsolódó életkihívások és stresszek leküzdéséhez szükséges adaptációs kapacitással. Ebben a személyiség pszichoszociális „kelléktára” meghatározó jelentőségű és megkülönböztethető: a „sikeres” és „sikertelen” öregedési stratégiák és az ezekkel kombinált „öregedés-kockázati minták” valamint az „időelőtti öregedés” és a „túlélő vagy hosszúéletű öregedés” folyamatai.

Mind a keresztmetszeti, mind a longitudinális kutatások igazolni látszanak, hogy egyéni és évjárat különbségek döntő hatást gyakorolnak az öregedés ún. „egységes értékelésére”, így egyaránt fontos szerepe van a modern tudományok együttműkö-

désének és a differenciál-gerontológiának.

A biológiailag, genetikailag megalapozott egyéni életprogram személyes pszichoszociális meghatározottsággal „fejlődik” az emberi fajra jellemző végső öregségi életpontig (élethatár). Ez a pszichoszociális meghatározottság kultúra-, társadalom-, személyiségfüggő rendszerben valósul meg. Az öregedés minősége és tartama a kihívásokkal való megküzdés eredménye.

Napjainkban, amikor az átlag életkilátás növekszik és az ember hosszabban él mint valaha, az emberiség tömeges gondjainak meghatározójává vált az öregedés és az öregkor.

Az öregedés rendszerszemléletű megközelítéshez és megértéséhez mind a világ, mind a magyar demográfiai jellemzők és előrejelzések adatai, pszichoszociális elemzése szükséges. Az öregedés mutatóinak meg-

határozásában közreműködik a relatíve változatlan genetikai háttérstruktúra és a folyamatosan változó társadalom vagy társadalmi környezet. A más-más évjáratban születettek eltérő mintáit nem lehet kifejteni és értelmezni csupán az emberi genom evolúciós változásaival, amely kohortról kohortra lényegében ugyanaz marad.

Az öregedést befolyásoló tényezők

Az öreggé válás útján azok a különbségek határozzák meg az egyéni öregedést, amelyek az állandó biológiai háttér és a dinamikus szociális változások között alakulnak ki. Ezek a társadalmi környezeti változások ugyanis megjelennek a szociális és kulturális szerkezetekben, a tudományban és technológiában, az akut és krónikus betegségek előfordulásában és a fizikális környezetben. Az emberi öregedés folyamatainak megértéséhez *Schaefer* meghatározása mellett fontos hangsúlyozni az individualitást és multidimenzionalitást. *Lehr* szerint az öregedés végzet és kihívás, amelynek rendszerében szociális biológiai és pszichológiai tényezők egyaránt hatnak (*Hafner, Moschel, Sartorius*, 1986 [8]).

Számos tanulmány hívja fel a figyelmet az inter-individuális különbségekre: azonos korcsoporton belül (*Thomae*, 1976 [9], 1983 [10], *Lehr*, 1972 [11], 1982 [12], *Birren és Schaie*, 1977 [13]). Az individuális különbségek azt is jelzik, hogy nincs általános és egyforma „hanyaglás-öregedés”. A tanulmányok bizonyítják az öregkori változások multifaktoriális meghatáro-

zottságát és rávezetnek a „differenciál-gerontológia” koncepciójára (*Thomae*, 1976 [9]). Bizonyítják, hogy az idősök magatartása flexibilis és befolyásolható, azok a fogalmak mint a „korfüggő hanyatlás”, „korfüggő normatíva” nagyon tág és relatív fogalmak. Az ember individuális különbözősége nemcsak az idős ember állapotának összehasonlításában tükröződik, hanem különbözik a magatartás különböző működéseiben észlelt folyamatok vagy változások összehasonlításában is, ezek csak a longitudinális vizsgálatokkal tárhatók fel. A kutatások igazolják azt is, hogy az öregedés egyben kohort-specifikus végzet is, mert a történelmi események – mint háborúk, gazdasági válságok vagy boom-ok és politikai forradalmak, kataklizmák, krízisek jelentős befolyást gyakorolnak az öregedésre és az öregek helyzetére egyaránt (*Palmore*, 1970 [14], 1974 [15], *Thomae*, 1976 [9], *Helander és Thomae*, 1982 [16]).

Minthogy azonban az öregedés olyan végzetszerű szükségszerűség, amelynek személyes résztvevői vagyunk, az öregedés „biográfiai végzet” is, meghatározza az élettörténetet, de nem olyan értelemben, hogy ebben az egyén passzív áldozat, hanem aktív szereplőként vesz részt: a kihívásokkal megküzd és a szerzett tapasztalatokat feldolgozva tanulja az új ismeretek alapján a megküzdés újabb módzatait, az előretervezés mintáit és a védekezés-támadás, elhárítás stratégiáit.

Összegezve megállapítható, hogy az öregedés többtényezős meghatáro-

zott. Minden tényező közvetlenül is hat és befolyásolja az öregedő egyén aktuális helyzetét, jövőbeni irányultságát. Minden öregedő egyén minden egyes életpontját úgy kell felfogni, mint meghatározó láncszemet, múltja, jelene és jövője rendszerében. Az öregedést és az ún. korstátust meghatározza az „objektív” és „szubjektív” egészség-állapot, valamint a személyiség-változók és az intellektuális működések (Thomae, 1976 [9]).

A személyiség fő dimenzióiként az aktivitás és a hangulat vizsgálata szükséges. Ez utóbbi, a vizsgálatok szerint erősen korrelált az életelégedettséggel. Ezekben észlelt változások az időfolyamat mentén "tipikus öregedési jellemzőknek" tekinthetők.

Intelligencia

Az intelligenciát leginkább idős kori hatóképességében befolyásolja:

- az iskolázottság,
- a foglalkozás,
- a gazdasági helyzet,
- bizonyos személyes események, hatások.

Az időskorban nincs „általánosan egységes hanyatlás” a kognitív működésekben (Baltes és Labouvie, 1973 [17], Baltes és Willis, 1979 [18], Labouvie-Vief, 1985 [19], Lehr, 1972 [4], Rudlinger, 1974 [20], Rudinger és Lantermann, 1980 [21], Thomae, 1968 [22], 1976 [9]). Keresztmetszeti vizsgálatok jelezték, hogy az intelligenciáműködéseket a kronológiai kor (az általános intelligenciában) csupán az össz-teljesítményt 4,5%-ban érintette

(a verbális teljesítményt 1%-ban, a performanciát 6-7%-ban), az egészség-állapotot 8-10%-ban, az iskolázottság 19%-ban (verbális teljesítményt 21%-ban, a performanciát 13-14%-ban). Az előző foglalkozás férfiaknál 20%-ban, a nemek 6 és 8,5%-ban befolyásolták idős korban.

Longitudinális vizsgálatokkal kimutatták, hogy idős korban az intelligenciát befolyásoló tényezőknek és feltételeknek „összetett szerkezete” van és a társadalmi-gazdasági feltételek, stimulatív vagy depriváló hatásúak. A krisztallizált intellektus a magasabb iskolázottnál öregkorra fokozódhat, a fluid intellektus az objektív egészségállapottal korrelált.

A vidéki öregeknél a teljesítményhanyatlás fokozottabb a kevesebb intellektuális és kulturális stimulus miatt. (Rudringer, 1974 [20], Charles, 1973 [23], Schoenfeldt, 1973 [24]). A magasabb társadalmi-gazdasági státusban lévők, 12-15 éves longitudinális vizsgálat során szignifikáns intelligencia hanyatlást nem mutatnak.

Aktivitás változás

A személyiség felől az aktivitás-változások fontos jellemzői az öregedésnek. Hogy az ember magát „fiatal”-nak vagy „öreg”-nek véli, egyik fontos jellemzője az aktivitás intenzitása és minősége. A századforduló körül (1890 és 1905 között) született nők, alacsonyabb társadalmi-gazdasági státusban, aktívabbak. Magasabb iskolázottsággal alacsonyabb aktivitás társul. A nyolc általános iskolát végzetek aktívabbak, mint a 16-18 éve-

sek és az idősebb nők alacsony iskolázottsággal aktívabbak, mint a magasabbban iskolázottak.

Ezeknek az eredményeknek az oka feltehetően a kohort-specifikus szocializációs gyakorlatban (iskolai és nevelési szokások, minták) rejlik, a szocializáló szerepek és motivációk sztereotípiáival magyarázhatóan.

Férfiaknál megállapítható, hogy ugyanazon kohort tagjainál a szülők magasabb társadalmi-gazdasági státusa, az apa neveltetési szintje és a anya iskolázottsági, valamint a vizsgálatkor észlelt nagyobb aktivitás között szoros és szignifikáns korrelációt lehetett kimutatni. Az aktív férfiak között többen voltak azok, akik fokozottabb gazdasági vagy foglalkozási stresszt éltek meg a II. világháború után, de foglalkozás-választásukkal elégedettek voltak. A longitudinális analízis azt mutatta, hogy a vizsgáltak 51,8%-a meglepő stabilitást és fokozott aktivitást mutatott a 12-15 éves vizsgálatok során.

A csökkenő aktivitás elemzésével a férfiaknál kifejezettebb csökkenés volt megállapítható, amelynek oka vélhetően a foglalkozási szerep elvesztése és a velejáró környezeti stimuláció csökkenése. Ez a csökkenés jellemző volt a nagyobb háztartásokban is. Ennek oka az, hogy a „szóló személyek” több érdeklődést és külső szociális kapcsolatot mutatnak. Jellemző, hogy a házas férfiak, családon kívüli kapcsolatai a 7. és a 9. évtized között hanyatlanak. *Fooken*, 1980 [25] kimutatta, hogy a nem házas, özvegy és elvált nők relatíve korai életkorban

kerülnek ezekbe a szerepekbe, a 60, 70 és 80 éves életkorban sokkal aktívabbak voltak, mint akik később váltak özvegyé (70 vagy 80 évesen). Gyakran korrelál ez az adat a rossz egészségállapottal és a rossz hangulattal, depressziós reakciókkal. Ezek a vizsgált nők kifejezetten családcentrikusak voltak, akiknél másféle érdeklődés nem alakult ki. Az ennek ellentétét képviselő, nem családcentrikus nők fordítva reagáltak, életük kitágult, megújult és jövő-perspektívájuk megnyílt.

A stabil és fokozódó aktivitású férfiaknál öregkorban csaknem mindig pozitív baráti kapcsolatok voltak a jellemzőek. Sokkal inkább mint egyéb szociális kapcsolatok (*Thomae*, 1983 [10]). Pozitív erkölcsi és emelkedett szellemi szintek mellett ugyancsak magasabb aktivitás volt kimutatható (*Lehr és Schmitz-Scherzer*, 1976 [26], *Lehr*, 1982 [27]).

Az életkilátás és pszichoszociális összefüggések elemzése során azt találták, hogy a fokozott aktivitás-szint az egyik legjobb túlélési előrejelzés és feltétel!

A hangulat

A személyiség, hangulat-jellemzője az aktivitás mellett a másik fontos öregedésindikátor. Jelentős megállapítás, hogy nem találtak szignifikáns korrelációt az eredeti családdal, a neveltetéssel és a szülői foglalkozással. A nők magasabb iskolázottsága rosszabb hangulattal járt (eltérően a férfiaktól). A régebbi kohortban ez jellemzőbb. Az 1900 előtt született nők,

akik az I. világháborút 14-24 évesen vésztették át, emancipáltabbak voltak, mint a 10-15 évvel fiatalabbak. Az 1920-as gazdasági válság következtében nem alakult ki, illetve nem hatott a "foglalkozási karrier", ezért problémásabb ez a kohort, mint a fiatalabb. A férfiak hangulata idős korban nem korrelál a neveltetés szintjével, de a jobb hangulattal összefüggött a jobb neveltetés, a választott foglalkozással való elégedettség korrelált a pozitív hangulattal.

A hangulatot kismértékben befolyásolja az eredeti család és a gyermekkori fejlődés. Ennél sokkal meghatározóbban pedig a későbbi ifjúkorban és a felnőttkorban átélt „specifikus tapasztalat”. Erős korrelációt találtak a II. világháború utáni helyzet-élmény és az időskori hangulat között. Férfiaknál a negatív hangulat több anyagi és foglalkozási stresszrel járt együtt, míg a nőknél a partnerkapcsolat volt jelentős! A „jelen élethez” elemzésével kimutatható volt, hogy a „negatív hangulat” jellemzően korrelált az erőhatású családi konfliktussal és a „nagy méretű családdal”. Semmiféle összefüggést nem találtak:

- az alacsonyabb szociális státusszal,
- a nagyobb anyagi stresszrel és
- a háztartással kapcsolatban.

A longitudinális analízis szerint a vizsgálati időtartam alatt (12 év) a vizsgáltak 45,6%-a jó hangulatban stabil maradt (54,4%-a romlott!), jellemzően inkább a nőknél. A negatív hangulat (depressziós) szorosán

kapcsolódott a „személyes helyzete változtathatatlanágának” megélésével. Meglepően nem volt korreláció az objektív egészségállapot stresszeivel, a környezetviszonyokkal és az anyagi helyzettel.

A kötött partnerségi kapcsolatviszony miatt tapasztalt stresszt leginkább a nagycsaládban élők és a partnerkapcsolatban gátoltak jeleztek. A fokozódóan pozitív hangulat egyértelműen korrelált:

- a szülőszerepbeli aktivitással,
- a szociális kapcsolatok hatékonyságával és a személyes érdeklődéssel.

Fooken szerint (1980 [25]) gyakoribb a hangulatzavar a házas nők között a magányosokhoz viszonyítottnak, továbbá fokozható az elégedetlenség a család-szerepen belüli stresszhatások mellett. Ez egyébként magyarázhatja, miért lehet több hangulatzavar jó anyagi feltételek között élő idősebb házas nőknél a rosszabb anyagi feltételek mellett élőkhez viszonyítottnak.

A fokozottan jó hangulat korrelált:

- a szóló-státusszal,
- a családon kívüli szerepaktivitással,
- a fokozottabb érdeklődéssel és
- a jó szubjektív egészségállapottal.

Sok szó esett már az egészségi állapotról, nem ok nélkül. Történetileg legrégebb időből ismert, hogy az életmód, a napi magatartás és a habitus meghatározza az öregkori jóllétet (Hippokrates, Kr. e. 460-377 [28], Galenus, Kr. u. 129-199 [29], Van Swieten,

1700-1772 [30] és *Hufeland*, 1762-1836 [31]). Újabb vizsgálatok megerősítik, hogy:

- az életstílus,
- az élet-minta,
- a magatartás jellemzők

befolyásolják az öregkori betegséget, a kóros öregedést és a beteg öregséget.

Életminőség

Megfogalmazható, hogy az egyén előző ún. „egészségadatai” és „egészségjellemzői” meghatározóan hatnak öregedésére és öregségére. A mindenkori jellemzők és események pedig befolyásolják a mindenkori „életminőséget” és „életkilátásokat”. Ezeknek pedig meghatározó szerepük van

- szociálisan,
- pszichológiailag és
- biológiailag.

Bizonyított (bonni longitudinális vizsgálatok, 1965-1985 [32]), hogy az objektív és szubjektív egészség külön kategóriák!

Az objektív egészség összefügg:

- az eredeti család alacsony anyagi-gazdasági státusával,
- nőknél a mindkét szülő alacsony iskolázottságával,
- a férfiaknál a II. világháború utáni stressz-élményekkel.

A szubjektív egészség vizsgálatánál azt találták, hogy orvosa véleményéhez viszonyítva a vizsgáltak 24,52%-a rosszabbnak 24,44%-a megegyezőnek és 49,4%-a jobbnak vélte egészségét (férfiak jellemzőbben).

Az objektív /szubjektív koefficiens:

- férfiaknál 0,31,
- nőknél 0,25 volt.

Ezeknek a longitudinálisan nyert adatoknak a segítségével *Lehr* és *Schmitz-Scherzer*, 1976 [33] két idősödő típust különített el:

1. a „túlélőt”,
2. a nem „túlélőt”.

A „túlélő” szerintük inkább az objektív egészséggel, míg a „nem túlélő” a szubjektív egészséggel függ össze.

Pszichoszociális tényezők

Az öregek mentálhigiéniájában a pszichoszociális tényezők meghatározó jelentőségűek. Míg a szociológusok eltekintenek a biográfiai adatok szocializációs jelentőségének általánosításától, a geropszichológia újabb vizsgálatai kimutatják, hogy identitás tényezők és események többféle következménnyel lehetnek az „élet-ív” kialakítására, fejlődésére, különösen a kohort csoportoknak megfelelően:

- fizikálisan és
- lélektanilag,

nagy inter-individuális különbözőségekkel. Ezeket a nemek szerinti különbségek még csak fokozzák. Így az „öregedésnormák” mellett pszichoszociális „öregedésformák” és „öregedés-minták” is megtalálhatók. Az „egyéni megoldási stílus és mód” az a szükséges feltétel, amelynek révén az egyén megmérkőzik azokkal az életviszontagságokkal, amelyek a körülményekből és történelmi meghatározókból zúdultak az emberre.

Furnham és *Argyle*, 1981 [34] a szociális helyzetek pszichológiai elemzésével kapcsolatosan felhívják a figyelmet arra, hogy ha kitöltjük a *Kurt Levin* féle híres formulát: $B = f(S, P)$, ahol a $B =$ magatartás (behaviour), $S =$ szituáció (situation), és $P =$ személyiség (personality) akkor a magatartás egészenek több, mint fele (0,52) a szituációnak és csak kevesebb, mint egynegyede (0,24) tulajdonítható a személyiségnek! Ez a formula beépíthető (ha nem is teljesen ezekkel a számadatokkal) újabb modellekre is. A „jóllét” („well-being”) és a „lelki egészség” (*Larson*, 1978 [35]), a település-változók, az idősek „jólléte” és „lelki egészsége” (*Scheidt* és *Windley*, 1983 [36]), az idősek lelkiegsége és környezete kisvárosi körülmények között (*Windley*, *Arch* és *Scheidt*, 1982 [37]). Összefüggés-vizsgálatok megalapozták a korszerű és praktikus *Lawton*-modellt (1983 [38]). Ez a „négy dimenziós környezet-magatartás” modell a következő dimenziókat tartalmazza:

1. a pszichológiai jóllét (well-being),
2. a magatartás kompetenciája,
3. a megélt környezet (szubjektív),
4. az objektív környezet.

A modellnek két nagy "tulajdonság meghatározója" van: a pszichoszociális és az ökológiai tulajdonságok.

Pszichoszociális tulajdonságok:

- közösségi autonómia
- közösségi bevontság
- közösségi megelégedettség
- közösségi eszmeiség
- közvetlen konszenzus
- izoláció-visszahúzóadás

Az ökológiai tulajdonságok:

- a lakberendezési elégedettség,
- a szenzoros stimuláció,
- közösségi öntudat,
- szolgáltatás-szükséglet,
- környezeti zsúfoltság,
- szolgáltatás-lehetőségek.

A négydimenziós modell jellemző és meghatározó tulajdonságaival természetesen fejlődött az öregedés rendszerszemlélete. A fejlődés főbb vonulatai:

- Környezet és öregedés interakciója (kisvárosi különbségekkel) (*Windley*, *Scheidt*, 1985 [39]).
- Az időskori szociális izoláció jelentősége a pszichiátriában (*Iván L.*, 1979 [40], 1980 [41]).
- Humán-gero-ökológia (*Iván* és *Kiss*, 1991 [42], 1993 [43]).
- Összehasonlító gero-mentálhigiénés településtanulmányok (*Iván*, 1993 [44], *Iván* [45], *Iván* és *Hovány*, 1993 [46], *Iván* és *Kiss*, 1993 [47]).

A nevelés, az edzés és a tanulás jelentőségét az öregedésben számos keresztmetszeti és követéses, valamint összehasonlító tanulmány bizonyítja (*Iván*, 1991 [48], *Iván*, 1992 [49]) és az adatok alapján praktikus és differenciált pszichoszociális öregedés-tréninget lehetett kialakítani és bevezetni személyre, csoportra és közösségre alkalmazhatóan (*Diamond* és társai, 1984 [50]). Lényegük a „szerkezet-funkció viszonyossági elv”, vagyis „használd vagy elveszted” (*Diamond* és *Connor*, 1981 [51]).

A „jólléti”-ség és a „szociális háló” kapcsolódásának vizsgálatai az öregek privatizmusát, szabadságát, függetlenségét és önállóságát vették célba a hovatartozás és társulás szempontjainak kiemelésével (Ehrlich, 1982). Megfogalmazták az SRO (Single Room Occupant) típusú öregeket, akik „én-hangsúlyosak”, aktív „követelők” és a maguk környezetét kívánják „belakni” – „egyedül egyszobában” jelszóval [52]. Míg a „privatisták”, a „liberalisták” és az „utilitaristák” szerint (Ehrlich és mások, 1982 [52]) az öregek „jóllétisége” nem a „társuláshovatartozás” érzelmi jellemzőivel írható le, addig az idősedők és öregek magánykutatói éppen a pszichoszociális szükséglet-igény frusztrációk folyamatait hangsúlyozzák (Iván, 1980 [53], 1988 [54], 1992 [55], 1993 [56], Hun, 1972 [57]).

Aktívnak megmaradni és „jóllétben” élni öregkorban, fizikailag és szellemileg egyaránt, a mai gerontológia és geriátria „pszichoszociális szölcma” egyben az öregedés pszichoszociális meghatározottságának kerete is (Lehr, 1983 [58], Mechanik, 1986 [59], Schaie, 1983 [60]). Gyakorlati terméke az a típus-képzés, miszerint vannak aktivitásuk szerint:

1. „Go-go”,
2. „Slow-go” és
3. „No-go” típusú öregek,

akik közül a „Slow-go” típusúak jólléti szintje a legmagasabb. Az öregedés pszichoszociális meghatározottságának fontos vizsgálódási területe az „öregedés és öregség attitűd” problémakör, amely markáns intergenerációs különbségeket tükröz. Az ún.

negatív-pozitív attitűdök a gerofilia és a gerofobia mechanizmusaival és az ageismus jelenségekkel alapvetően befolyásolják a társas-társadalmi „befogadás” (engagement) és „visszavonuló elzárkózás” (disengagement) kialakulásának mindenkori gyakoriságát (Mechanik, 1986 [59], Tibbits, 1978 [61]).

Ezek a tanulmányok a „negatív attitűd” és/vagy „stereotípiá” élet-hosszat befolyásoló jelentőségét is tárgyalják azon a dimenzionális megközelítésen keresztül, amelynek pólusai:

1. Az öregek nem kreatívak, terhet jelentenek és „csak jelen vannak”,
2. Az öregek többsége egészséges és működőképes, hatalmas tartalékkal rendelkeznek, kreatívak és produktívak.

Vannak, akik a negatív attitűdöt merőben gazdasági kérdésnek tekintik, vagy éppen nemzedéki-gazdasági és status újraelosztási polémiának (Lorenz, 1988 [63]). Mások a segítség nélküliség és reménytelenség depressziókéltő jelentősége mellett az egyén védekező-elhárító rendszerében az „emocionális egészséget” hangsúlyozzák (Diekstra és Staflen, 1986 [64], Vaillant, 1979 [65] és Lazarus, 1966 [66]).

Ma már nyilvánvaló, hogy a pszichoszociális meghatározottságon túl, annak befolyásolása kap prioritást. A befolyásoláshoz szükséges „lelki-egészség” és egyéb „pszichoszociális” jellemzők kutatása és feltárása „életút-elemzésen” keresztül valósítható meg. A cél azonosítani azokat az „ár-

talmas" vagy „hibás" feltételeket és meghatározókat, amelyek megzavarják vagy meggátolják az élet során a „jólléti egészséget", a „jólléti egyensúlyt". Velejáró feladat: létrehozni egy nemzetközileg elfogadott standardizált (egyértelmű) fogalomgyűjteményt (fogalomtárat) ezekre a kondíciókra (*Mechanik*, 1986 [67]). Nyilvánvaló, hogy a kondíciók felsorolásával együtt érdemes jelezni az öregedés pszichoszociális rizikócsoportjait is:

Ilyen rizikócsoportok lehetnek:

- 80 év felettiék,
- kórházból frissen elbocsátottak,
- minimum jövedelemmel vagy alatta élők,
- egyedül élő frusztráltak,
- szociálisan izolált magányosok,
- elváltak, különélők,
- frissen megözvegyültek,
- frissen és/vagy elköltözők,
- gyermektelenek,
- rokkantak, fogyatékosok,
- dependensek,
- „latens-betegek".

A rizikó-elemzés és megállapítás során olyan fogalmakat is tisztán kell használni, mint:

1. az állapot és 2. a folyamat, noha látványosan „egyszerűnek" tűnnek. Segítséget kínál ebben az értelmezésben *Walford*, 1984 [68]), szerinte az állapot szituatív determináltságú, a folyamat pedig biográfiai determináltságú. Ugyanő hangsúlyozza másokkal a normál és patológiás öregedés elválasztásának szakszerűségét és nehézségeit (*Walford*, 1984 [68], *Beregi*, 1984

[69], 1990 [70], *Walford*, 1984 [71] és *Iván*, [72, 73, 74]). Sokféle pszichoszociálismodell (deficit modell, kompetencia modell, *Lawton*-modell stb.) végül is összegezve a „holisztikus öregedés pszichoszociális modellje" alkalmas keretet jelenthet mind a kutatások, mind a praxis számára. (*Walford*, [68], *Iván*, [72], *Iván*, *Kiss*, [43], [47], [49], *Iván*, *Hoványi*, [46]). A longitudinális népesség-vizsgálatok közül is kiemelkedik a kísérletben végzett és a „normál öregedést" vizsgáló „*Duke* longitudinális tanulmány" (I. vizsgálat 1955-68, II. vizsgálat 1968-tól 1980-ig tartott). A *Duke*-tanulmány a Colorado Egyetemen (USA) *Busse* és munkatársai által végzett korfüggő agyműködés-vizsgálatokra épült azzal, hogy kimondták a „szociális előzmények" fontosságát és a *Duke*-tanulmányban már az általunk fogalmazott holisztikus pszichoszociális modellnek megfelelően a „személy-környezet interakció" valósult meg az öregedés követéses vizsgálatában és értelmezésében egyaránt (*Busse* és *Maddox*, 1986 [75]).

Ebben a vizsgálatban a személyiség pszichoszociális funkciói felértékelődtek, mivel a tanulmány tisztázni kívánta a „disengagement", mint adaptív folyamat szerepét a késői életszakaszban, valamint a korcsoportok egymásutániségének jelentőségét a társadalmi folyamatokban, végül pedig a normatív szerepváltások és szociális változások összefüggésében elmezte a lehető stresszkelő hatásokat, amelyek előrejelezhetik a sikeres adaptációt a mindenkor változásokhoz, vagyis a „sikeres öregedés" (*Palmore* és társai, 1985 [76]).

A „disengagement” értelmezése először és ebben a tanulmányban kap érték-szerepet mind az egyén, mind a közösség érdekeltiségében. (*Havighurst, 1973 [77], Maddox, 1964 [78], 1965 [79], Neugarten, 1964 [80], Atchley, 1972 [81].*) Segítségével különválaszthatóvá vált a korréteg és a kohort fogalma, funkciója és következménye az öregedésben. Ezzel került bevezetésre az „APC” azaz „Age-Period-Cohort” (kutatási) szemléletminta, amelynek a társadalmiság fejlettségének vagy más szóval „érettiségének” kifejezésében volt jelentősége. Az APC szerint különböző, eltérő rendeleteket, törvényeket, szabályokat lehet hozni a kor szerinti szerepek és források elosztásához, csoportosításához.

Miként a „szerepváltás” és „szerepvesztés” kiszámítható tapasztalatilag is az öregkorban, a 70-es évekre sikerült a tanulmány segítségével két szemléleti megközelítést kialakítani az öregedés pszichoszociális kutatásához:

1. Az „élet-esemény”-t (*Dohrenwend és Dohrenwend, 1974 [82]* és a
2. Stressz-szemlélet (*House, 1974 [83]*).

Olyan normatív életeseményekre terelődött a figyelem, mint a:

- nyugdíjazás,
- özvegyiség,
- családi változások és
- súlyos betegségek.

Az is megállapítást nyert, hogy az öregkor lehetőségeiben stresszkelte,

de nem szükségszerűen. Az öregedők és öregek befolyása a szociális integrációra és a befogadásra természetesen csökken ugyan az interakciók száma, de nem valamennyi idősnél (*Marladox, 1965 [84]*), miként egyéb fontos személyiség-szerepnél is hasonló a helyzet.

Az „általában vagy nagyrészt” de a „nem teljesen” vagy „mindenkinél” fogalmak kiegészülnek az ún. támogató aktivitásformákkal, mint pl. egészség, boldogság és hosszúéletűség (*Palmore és Jeffers [97], [85], Palmore és Luikart, 1972 [86]*). A legerősebb „szociális-aktivitás előjelző” a „SAP” (Social Activity Predictor) az „egészség” és „boldogság” érdekében: a folyamatos szabadidő, másodlagos csoport aktivitás és interakciók az embertársakkal és az ún. teljes szociális aktivitás.

Hosszúéletűség pl. azoknál a férfiaknál fordul elő, akiknél az egyéb meghatározó tényező mellett hangsúlyos volt a munkaelégedtség és a csoport-aktivitás. Ugyanakkor a családi változások hatására az egészség romlott, különösen a középkorúaknál, de kimutathatóan az idősebeknél is (*Palmore és mts., 1979 [87]*).

A szexuális aktivitás fennmaradása mindkét nemnél jobb egészséggel és boldogsággal járt, főleg az 50 éveseknél, míg a 60 éveseknél a hosszúéletűséggel kapcsolódott (*Palmore, 1981 [88]*).

A gyerekek távozása a családból csak „rövid-hatást” gyakorolt és az „utolsó” gyerek távozása kifejezetten fo-

kozta a szülők életelégedettségét és boldogságát. A „szomszédsági” gyerekek hatása kifejezetten érvényesül az asszonyoknál, fokozta életelégedettségüket, mivel így több baráti kapcsolatot is kialakíthatnak. A jóbarátok száma jellemzően összefüggött a jó egészséggel és mindkét nemnél a hosszúéletűséggel (*Palmore, 1981 [89]*).

Bizonyítható volt, hogy a „disengagement”-tel szemben az „aktivitás” megbízhatóan jelzi a jobb életelégedettség az egészség és a hosszúéletűség lehetőségét és valószínűségét.

Azok, akik relatív izolációban éltek éveken át, sokkal visszahúzóbbá váltak a korban előrehaladva és nem tudtak szociálisan jól integrálódni (*Maddox, 1970 [90]*). Ugyanakkor kimutatható volt, hogy azok, akik életük során valamikor „szociálisan folyamatos bevontságban” éltek a későbbi életük során jobban megtartották bevontságukat (*Maddox és Douglass, 1974 [91]*). A „disengagement”-magatartás lehetőségét a haladottabb korban az előző életút szociális magatartás-mintái jelentősen befolyásolják. A szociális viszonyulás így meghatározó „változó” a személyes életstílus és környezet közötti kongruenciában.

Adott társadalomban vagy adott miliőben különböző toleranciák, kilátások „disengagement”-et fokozó, valamint aktivitáshoz segítő tényezők találhatóak az öregek részére.

Az ún. „age satisfaction” vagy „öregési kor-tervezés” kell, hogy tartalmazza a társadalmi-gazdasági státu-

sokat, az iskolázottság időtartamát, a foglalkoztatottság milyenségét, a jövedelemszinteket, valamint a nyugdíjazási és rokkantsági jellemzőket (mint kohort-hatásokat). Nem volt kimutatható ún. „korfüggő hanyatlás” sem a jövedelemösszeg, sem a szociális státusz megfelelésének a megélésében.

Az ún. „teljes szociális aktivitásban” észlelt általános hanyatlás „elsődleges öregedés-hatást” tükröz. Az idősebb kohortok, akik házasok és gyerekeikkel élnek, elsődlegesen jobb egészséget és hosszúéletűséget várhatnak kohortjukon belül. A „kohort-effektus” a férfiaknál erősebben jelentkezik, mivel a hosszúéletűség valószínűsége fokozódik, így a hosszúéletűség gyakoribb a nőknél. Emiatt „a soha nem férjezett” nők száma növekszik és a fiatal-öreges kohortjában az elvált és a különélő nők számszerűleg is többen lesznek. Ez a változás az „életkor-effektus”. Longitudinális vizsgálattal kifejezett „kor-effektusok”-at lehetett kimutatni az „életelégedettség” és „boldogság” vonatkozásában (*Maddox, 1970 [90]*).

Az elégedettség gyakorisága a korrall összefüggésben kiegyenlített azzal együtt, hogy vannak nagyon elégedettek és kevésbé elégedettek. A keresztmetszeti vizsgálatok során észlelt korcsoport-különbségek összetett hatások következményei kor-életszakasz, kohort-hatások együtteseként. Az „életkor” hasonlóan a foglalkozáshoz, nemzedékiséghez és etnikumhoz, képezi az alapját az érték-szerepek csoportosításának. Néhány kutató társadalom-kritikájában éppen az

fogalmazódik meg, hogy az idősök „státusza” és „jólléte” romlik és az USA-ban az idősök mindinkább olyan „kisebbséget” képeznek, amelyhez, mint státuszhoz előítéletek és diszkrimináció kapcsolódik.

Így lett az öregkor „szereptelen szerep” és így kelt az öregség fogalma olyan asszociációkat, mint:

- betegség,
- izoláció,
- szegénység (*Palmore, 1978 [92]*).

Longitudinális vizsgálatok

A Duke-longitudinális kutatás tanulmánya a következőket állapította meg:

1. Az idősebbek karakterisztikumai nagy változatosságot tükröznek és az észlelt variációk a korrallal előrehaladva nem csökkennek. (*Maddox és Douglass, 1974 [91]*).

2. Az adatok jeleznek egy relatíve pozitív korrallal-kapcsolt idős imázst a középosztálybeliek és szakmunkások vonatkozásában, míg a legalacsonyabb társadalmi státusbeliek alul-reprezentáltak (a középosztálybeliek és szakmunkások képezik az idősök többségét).

Az „átlag idős” profilja „normál-öregedést” jelez, jó egészség, szociális bevontság és idős korban is elégedettség. Fontos megállapítás, hogy *betegség nélkül a kognitív működések kielégítően stabilak* maradnak vagy csak kismértékben csökkennek a korrallal.

Az általában mérséklődő szexuális aktivitással szemben sok idős házaspár

marad szexuálisan érdeklődő és aktív még 70 éves kor körül is.

A stresszírozó események gyakorisága ellenére kimutatható longitudinális vizsgálatokkal a nyugdíjazáshoz, az özvegységhez, a gyerekek eltávozásához és súlyos betegségekhez szükséges sikeres adaptáció kapacitása.

3. A 65 évet elérő felnőtt kohortok fizikális, pszichés és szociális profiljai (jövőbeni kilátásai) javuló tendenciát mutatnak. A felnőtt népességben belül a „tanulási” évek száma növekszik és a szegénység mérséklődik. Csökkenőben van a dohányzás, a sófogyasztás, koleszterindús táplálkozás. A fizikális aktivitás fokozódott és az egészségügyi gondozás elérhetőbbé vált. Mindez még nem törölte ki a kultúrában rögzült „negatív öregezés-kép”-et, ugyanakkor a tudományos kutatások eredményeinek népszerűsítése a hosszúéletűség és egészséges öregezés vonatkozásában ezt a negatív képet kezdi már átalakítani. Megfogalmazható, hogy a nyugdíjazás eseménye önmagában nem okoz „kezelhetetlen élet-stresszt”. Jellemzőbb a sikeres adaptáció és nem jelez a nyugdíjazás fokozódó morbiditást vagy akár mortalitást, tehát több ember megy nyugdíjba jó egészségben.

Érdekes megállapítás az is, hogy a pszichés betegségek gyakorisága nem nő jellemzően és nem csökkent az életelégedettség meghatározóan. Hangsúlyozható azonban, hogy a nem szándékolt és nem óhajtott nyugdíjazás negatív hatású az életelégedettségre, az adaptációra és az aktivitásra,

ugyanakkor a nyugdíjazás utáni viselkedés a munkába egyértelműen pozitív hatást jelent.

Összevetve a nyugdíjazást a megélt jövedelmi helyzettel, betegséggel vagy rokkantsággal, markánsan kimutatható, hogy a nyugdíjazás az elégedettség csökkenésével jár. A házaspár nyugdíjazása szignifikáns negatív hatást nem mutat. A későbbi életkorban bekövetkező özvegyesség stresszhatása nagyobb és súlyosbítja az alacsonyabb elégedettség, az alacsonyabb jövedelem, az intézeti tényező, valamint a megbetegedés és halálestek száma.

Az özvegyesség hosszútávú kihatásokat ritkán eredményez. Nem okoz tartós negatív hatást a gyermek távozása a családból, az „utolsó gyermek” kikerülése inkább örömet, megnyugvást eredményez, valamiféle büszke elégedettséget, apánál, anyánál egyaránt.

Olyan egészség-események, mint kórházi kezelés, egészségbeli változás, aktivitás-csökkenés, érdekes módon hosszútávú hanyatlást nem okoz bármely adaptációs jellemzővel összevetve sem.

Többféle életesemény együttese azonban okozhat negatív stressz-effektust. Kifejezetten segítséget jelentenek az életeseményekhez való adaptációban: a pszichológiai tényezők, mint az intelligencia és a lelki egészség, valamint a szociális tényezők, mint a magasabb társadalmi-gazdasági státus és a kiterjedtebb szociális kapcsolatok.

A betegséget megelőző jobb egészségi szint sokat jelent a betegség utáni egészség-helyreállításához, de nem segíti a szociál-pszichológiai adaptációt. Ami az idősök homogenitását és heterogenitását illeti: megállapítható, hogy a vizsgálati szempontok szerint különbözik, mind az aktivitás, mind az életstílus elemzéseknél. A 60-as évek körül kevesebben, a 60-as évek végén lényegesen többen mennek nyugdíjba és így megállapítható bizonyos homogenitás-fokozódás, a nemek között kimutatható különbséggel. A férfiak anyagi helyzete kedvezőbb, mivel a nők közül sokan nem teljes munkakörben dolgoznak. A szociális aktivitásban sem volt egyértelmű homogenitás vagy heterogenitás nemek szerint, de az kimutatható, hogy a nőket az özvegyesség jelentősen visszafogja.

A nyugdíjazáshoz hasonlóan a szexualitás aktivitás is két szakaszban zajlik. 60 év körül fokozódik a heterogenitás és egyeseknél csökken, másoknál fokozódik a szexuális aktivitás. 70-80 év körül pedig a homogenitás válik jellemzővé, a szexuális aktivitás csökkenésével. Fokozódik a nemek közötti különbség is. A 60-as férfiak fokozottabb érdeklődést és aktivitást mutatnak. A korral előrehaladva a nemek közötti ilyen irányú különbség is csökken.

Az életelégedettséget vizsgálva a homogenitás-heterogenitás érdemi, eltérő tendenciát nem mutatott. Többségében mindkét nembeliéknél relatíve magas szinten megmaradt, karakterisztikumai longitudinálisan homogének (*Maddox és Douglas, 1974 [91]*).

A Duke-kutatás eredményei alapján tisztázni lehetett néhány problémát és kérdést a gerontológiai kutatások irányára vonatkozóan: a szociális integritás, a kor-stratifikáció, az életese-mények összefüggései, a stresszek és az időskori adaptáció témakörökben, keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatok segítségével (*Palmore, 1978 [92]*).

IRODALOM

- [1] *Schaffer, H.*: Pladoyer für eine Medizin. Piper, München, 1979.
- [2] *Platon*: Politicia (Kr. E. 427-347).
- [3] *Cicero, M.T.*: Cato maior de senectute (Kr. E. 106-43).
- [4] *Lehr, U.*, *Aging: A challenge for psychology and psychologist. We are living in a graying world.* *Aging Clin, Exp. Res.* 1991, 4: 3-12.
- [5] U.S. Department of commerce: Economics and Statistics Administration Burceu of the Census: Global Aging: Comparative Indicators and Future Trends. 1991.
- [6] Organization for Economic Cooperation and Development, *Aging Populations. The Social Policy Implications*, Paris, 1988.
- [7] *Fraternité R.T.*: Jelentés a Társadalombiztosításról, 1991.
- [8] *Hafner, H., Moschei, G., Sartorius, N.*: Mental health in the elderly. Springer Verl. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1986.
- [9] *Thomar, H. (Ed.)*: Patterns of aging - findings from the Bonn - Longitudinal study on aging. Karger, Basel, 1976.
- [10] *Thomae, H. (Ed.)*: Altersstile and altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Huber, Bern, 1983.
- [11] *Lehr, U.*: Psychologie des Alterns. Quelle und Meyer, Heidelberg, 1972.
- [12] *Lehr, U.*: Socialpsychological correlates of longevity. *Ann. Rev. Gerontol. Geriatr*, 1982, 3: 102-114.
- [13] *Birren, J.E., Schaie, K.W.*: Handbook of the Psychology of Aging. Van Nostrand, New York, 1977.
- [14] *Palmore, E. (Ed.)*: Normal aging. Vol. 1. Duke Univ. Press. Durham, N. C., 1970.
- [15] *Palmore, F. (Ed.)*: Normal aging. Vol. 2. Duke Univ. Press Durham N. C., 1974.
- [16] *Helander, J., Thomae, H.*: Aging and society, contributions of behavioral and social gerontology. In: *H. Thomae and G. Maddox*: New Perspectives on Old Age. New York, Springer Publ., 1982.
- [17] *Baltes, P.B., and Labouvie, G.V.*: Adult development of intellectual performance. In: *Eisdorfer, C. and Lawton, M.P. (Eds.)*: The Psychology of Adult Development and Aging. APA, Washington, D.C. 1973, pp. 157-219.
- [18] *Baltes, P.B., Willis, S.L.*: The critical importance of appropriate methodology in the Study of Aging. In: *Hoffmesitmeisterer, F. and Muller, C. (Eds.)*: Brain Function in Old Age. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, pp. 164-187.
- [19] *Labouvie-Vief, G.*: Intelligence and cognition. In: *Birren, J.E. and Schaie, K.W. (Eds.)*: Handbook of the psychology of aging. Van Nostrand, Rheinhold Comp., New York, 1985.
- [20] *Rudinger G.L.*: Eine Querschnittsuntersuchung in Altersbereich 20-90 Jahre. *Z. Gerontol*, 1974, 7: 323-333.
- [21] *Rudinger, G., Lantgermann, E.D.D.*: Soziale Bedingungen der Intelligenz im Alter., *Z. Gerontol*, 1980, 13: 433-441.
- [22] *Thomae, H.*: Psychische und Soziale Aspekte des Alterns. *Z. Gerontol.*, 1968, 1: 43-55.
- [23] *Charles, D.C.*: Explaining intelligence in adulthood. The Role of Life History. In: *Baltes, P.B. (Ed.)*: Life-Span Models of Psycholo-Social Aging. A Symposium. *Gerontologist*. 1973, 13: 483-488.

- [24] Schoenfeldt, L.F.: Life history subgroups as moderators in the prediction of intellectual change. In: Jarvik L.F., Eisdorfer. C. and Blum, J.E. (Eds.): Intellectual Functioning in Adults, Springer, Berlin, Heidelberg., New York, 1973.
- [25] Fooker I.: Frauen im Alter. Eine Analyse intra und interindividueller Differenzen. Lang, Frankfurt, 1980.
- [26] Lehr, U., Schmitz-Scherzer, R.: Survivors and non survivors - two fundamental patterns of aging. In: Thomae, H.: Patterns of Aging (5, 137-146), Basel Karger, 1976.
- [27] Lehr, U.: Psychologie des Alterns. Quelle und Meyer. Heidelberg, 1982.
- [28] Hippokratesz: Prognostikon. (Translated by H. Diller: Hippokrates Schrihben, 1962 In: Lehr, U.: 30 Jahre Gerontologie. Rückblick und Ausblick. Pentinger-Institute, Heidelberg, 1987.
- [29] Galen, Pergamon, P.U.: Zit in Stendel, J.: Alter Altersveränderung und Alterskrankheiten - historischer Abriss. In: H. Kaiser (Hrsg.). Der Mensch im Alter. (S. 9-12), Frankfurt, Umschau, 1962.
- [30] Swieten, G. Van: Rede über Erhaltung der Gesundheit der Greise, Wien, 1778. Cit. In U. Lehr: 30 Jahre Gerontologie - Rückblick und Ausblick. Pentinger-Institute, Heidelberg, 1987.
- [31] Hufeland. C.W.: Makrobiotik oder die Kunst, das Menschliche Lebensspanne seit dreihundert Jahren. Beck, München, 1796.
- [32] Thomae, H.: (Ed.) Patterns of aging - Findings from the Bonn longitudinal study on aging. Karger, Basel, 1976.
- [33] Lehr, U., Schmitz-Scherzer, R.: Survivors and non survivors, two fundamental patterns of aging. In: H. Thomae (Hrsg.): Patterns of aging (S. 137-146), Basel, Karger, 1976.
- [34] Funham, D., Argyle, M.: The Psychology of Social Situations. Pergamon, London, 1981.
- [35] Larson, R.: Thirty years of search on subjective well-being of older Americans. J. Gerontol, 1978, 33: 109-125.
- [36] Scheidt, R.J., Windley, P.G.: The mental health of small town. Rural elderly residents and expanded ecological model. J. Gerontol. 1983, 38: 472-478.
- [37] Windley, P. G., Arch, D., Scheidt, R.J.: An ecological model of mental health among small-town rural elderly. J. Gerontol. 1982, 37: 235-242.
- [38] Lawton, M.P.: Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 1983, 23: 349-357.
- [39] Windley, P.G., Scheidt, K.J.: Taxonomy and environment - aging interaction: A case for small town diversity. J. Rural Stud., 1985, 1. (4.): 297-305.
- [40] Iván L.: A korszerű gerontopszichiátria igényei. Orvosképzés. 1979, 54: 115-179.
- [41] Iván L.: Az időskori szociális izoláció jelentősége a pszichiátriában. MTA Kandidátusi Értekezés. Budapest, 1980.
- [42] Iván L., Kiss T.: A humán ökológia fogalmáról és feladatairól. Martineum Alapítvány, Szombathely, 1991.
- [43] Kiss T., Iván L.: Human-gero-ecology in Hungary: The Big Reposte. Abstract Papers, World Congress of Gerontology (XV. Congr. of Int. Assoc of Gerontology. Budapest, Hungary, July 4-9. 1993, Pp. 283.
- [44] Iván L.: Healthy aging, (Implications for Urban Arcas. WHO). "Facts, Challenge and Possibilities in Hungary: The Big Dilemma." Abstract Papers. World Congress of Gerontology. (XV. Cong. of Int. Assoc of Geront., Budapest, Hungary, July 4-9, 1993, Pp. 49.
- [45] Iván L.: Personality and Longevity, Abstract. Papers. World Congress of Gerontology. (XV. Cong. of Int. Assoc of Geront., Budapest, Hungary, July 4-9, 1993, Pp. 191.
- [46] Iván L., Hoványi E.: Comparative Geromentalhygienic Field Analysis in Hungary. Abstract Papers. World Congress of Gerontology. (XV. Cong. of Int. Assoc of Geront., Budapest, Hungary, July 4-9, 1993, Pp. 256.
- [47] Iván L., Kiss T.: Human-Gero-Ecology in Hungary: The Big Reposte. Abstract Papers. World Congress of Gerontology. (XV. Cong. of Int. Assoc of Geront., Budapest, Hungary, July 4-9, 1993, Pp. 283.
- [48] Iván L.: Aktivitás és geromentalhigiéné. Egészségnevelés. 1991, 32: 276-280.

- [49] *Iván L.*: A személyiség és öregedés összefüggéseinek vizsgálata. In: Válogatott fejezetek a gerontopszichiátriában. Ed.: *Simkó A.*: Magyar Pszichiátr. Társ. Budapest, 1992, 35: 47.
- [50] *Diamond, M.C.*: A love affair with the brain. *Psychology Today*, 1984, 62-73.
- [51] *Diamond, M.C., Connor, J.R.*: A search for the potential of the aging brain. In: *Enna, S.J.* et al. (eds.). *Brain neurotransmitters and age-related disorders*. Raven, New York, 1981.
- [52] *Ehrlich, P.F.I., Ehrlich, J.F.*: SRO-Elderly: A Distinct Population in a Viable Housing Alternative. In: *Lesnoff-Caravaglia, G.* (Ed.): *Aging and the Human Condition*. Human Sciences., New York. 1982.
- [53] *Iván L.*: Az időskor mentálhygiénés problémái. *Egészségnevelés*. 1980, 21: 196.
- [54] *Iván L.*: 100 évesek neuropszichiátriái vizsgálata. In: Legidősebb korúak körülményeinek összefoglaló ismertetése. Budapest, 1988, 80: 26-31.
- [55] *Iván L.*: Teljesítményváltozások pszichológiai mutatói idős korban. In: Válogatott fejezetek a gerontopszichiátriában. Ed.: *Simkó, A.*: A Magyar Pszichiátriái Társaság Kiadványa, Budapest, 1992, 109-119.
- [56] *Iván L.*: Healthy Aging. (Implications for Urban Areas. WHO. "Facts, Challenge and Possibilities in Hungary: The Big Dilemma." Abstract papers. World Congress of Gerontology. (XV. Cong. of Int. Assoc. of Geront., Budapest, Hungary, July 4-9, 1993, Pp. 39.
- [57] *Hun, N.*: Bevezetés a szociális gerontológiába. Medicina, Budapest, 1972.
- [58] *Lehr, U.*: Objective and subjective health in longitudinal perspective. In: *A. Agnoli* et al. (Eds.) *Aging brain and ergot*. Alkaloids. Raven Press, New York, 1983, Pp. 139-145.
- [59] *Mechanic, D.*: Social factors affecting the mental health of elderly. In: *Hafner, H., Moschel, G., Sartorius, N.*: Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1986, Pp. 68-78.
- [60] *Schaie, K.*: Longitudinal studies of human development. Phinchart and Winston. New York, 1983.
- [61] *Tibbits, C.*: Can we invalidate negative stereotypes of aging? *Gerontologist*, 1978 19: 1
- [62] *Atchely, R.C.*: Culture and aging. In: *Lesnoff-Caravaglia, G.* (Ed.): *Aging and the human condition*. Human Sciences, New York, 1982.
- [63] *Lorenz K.*: A civilizált emberiség nyolc halálos bűne. IKVA-SZÁMALK, Budapest, 1988.
- [64] *Diekstra, R.F.W., Stafien, G.*: Psychological and social aspects of mental health in the elderly: A summarizing co-lecture. In: *Hafner H., Moschel G., Sartorius, N.* (Eds.): *Mental health in the elderly*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, pp. 1986, 110-113.
- [65] *Vaillant, G.E.*: Natural history of male psychologie health. *N. Eng. J. Med*, 1979, 301: 1249-54.
- [66] *Lazarus, R.S.*: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, New York, 1966.
- [67] *Schaie, K.*: Longitudinal studies of human development. Phinehart and Winston, New York, 1983.
- [68] *Walford, R.L.*: Maximum Lifespan. W. W. Norton, New York. 1984.
- [69] *Beregi E. (Szerk.)*: Az öregedés. Akadémia Kiadó, Budapest, 1984.
- [70] *Beregi, E. (Ed.)*: Centenarians in Hungary. Karger, Basel, 1990.
- [71] *Walford, R.L.*: Maximum Lifespan. W. W. Norton, New York, 1984
- [72] *Iván L.*: 100 évesek neuropszichiátriái vizsgálata. In: Legidősebbkorúak körülményeinek összefoglaló ismertetése. KSH, Budapest, 1988, pp. 26-31.
- [73] *Iván L.*: A személyiség és öregedés összefüggéseinek vizsgálata. In: Válogatott fejezetek a gerontopszichiátriában. Ed.: *Simkó, A.*: Magyar Pszichiátriái Társaság, Budapest, 1992, 35-47.
- [74] *Iván L., Kiss T.*: Human-Gero-Ecology in Hungary: The Big Reposte, (Abstract papers. World Congress of Geront, Budapest, Hungary, July 4-9. 1983, 1993. Pp. 283.
- [75] *Busse, E.W., Maddox, G.I.*: The duke longitudinal studies of normal aging. 1955-1980, Springer Publ. Co. New York, 1986.
- [76] *Palmore, E.P., Nowlin J.B., Busse, E.W., Siegler, I.C., Massox, G.L.* (Eds.): *Normal Aging III*. Durham, N.C., Duke Univ. Press, 1985.

- [77] *Havighurst, R.*: Social roles, work, leisure and education. In: *C., Eisdorfer* and *M. Lawton* (Eds.): *The psychology of adult development and aging*. Washington. APA. 1973.
- [78] *Maddox, G.L.*: Disengagement theory: A critical evaluation. *Gerontologist*. 1964, 4: 80-83.
- [79] *Maddox, G.L.*: Fact and artifact. *Human Development*, 1965, 8: 117-180.
- [80] *Neugarten, B.*: *Personality in middle and late life*. New York, Atherton Press, 1964.
- [81.] *Atchley R.*: *Social forces in later life*. Belmont, Ca., Wadsworth, 1972.
- [82] *Dohrenwend, B.J., Dohrenwend, B.P.* (Eds.): *Stressful life events*. New York, John Wiley, 1974.
- [83] *House, J.*: Occupation stress and coronary heart disease. *J. Health Soc. Behav.* 1974, 15: 12-27.
- [84] *Maddox, G.L.*: Fact and artifact. *Human Development*, 1965, 8: 117-180.
- [85] *Palmore E., Jeffers, F.*: *Prediction of life span*. Lexington, Mass. D., Heath., 1971.
- [86] *Palmore E., Luikart, C.*: Health and Social factors in life satisfaction, *J. Health. Soc. Behav.*, 1972, 13: 236-242.
- [87] *Palmore E.P. Nowlin, J.B., Busse, E.W., Siegler, I.C., Maddox, G.L.* (Eds.): *Normal Aging III*. Durham, N.C. Duke Univ. Press, 1985.
- [88] *Palmore, E.*: *Social patterns in normal aging*. Durham, N.C., Duke Univ Press. 1981.
- [89] *Maddox, G.L.*: Persistence in lifestyle of the elderly. In: *Palmore, E.* (Ed.) *Normal aging*. Durham, N.C. Duke Univ. Press, 1970.
- [90] *Maddox, G.L., Douglass, E.*: Aging and individual differences, *J. Gerontology*, 1974, 29 (3): 555-563.
- [91] *Palmore, E.*: Are the aged a minority group? *J. Am. Geriatr. Soc.* 1978, 26(6): 214-217.

Prof. L. Iván M.D., Ph.D.

Somato-psychoic health-problems of the ageing

According to the increasing of human life expectancy and because of the proportion of the elderly in the population are changing the „ageing and the aged” became definite holistic problem of the research and the forecasting of the global future.

The rate of the elderly in the population indicates a demographic explosion all over the world but half of the sixties and over-sixties are living in four countries: China, India, FAK (the former Soviet Union) and USA. In the last three decades, both the number and the rate of the aged living alone, increased rapidly in Europe and also in North-America. In Hungary the rate of the elderly living alone is approximately 25% of the over-sixties population. Today there are the new slogans: the healthy ageing and the quality of life but the big challenge for policy and the science are equally: how can we make it possible?

The author tries to analyse the correlation between the personality and life events – the environmental factors and healthy ageing –, the „human-gero-ecology” and the quality of life during all the life periods – the „successful and non-successful” perspective of ageing –, the psycho-social determinants and the personality oriented ageing. By the explored date it can be stated the human ageing processes are psycho-socially determined both in the „hardware” and the „software” programmes of the structuralized personality-entity.

Prof. Dr. Iván László
1539 Budapest, Pf 661.