

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION
CREANGĂ”
FACULTATEA: PSIHOLOGIE ȘI PSIHOPEDAGOGIE
SPECIALĂ
CATEDRA : ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

DUMITRU CARATA

GERONTOLOGIA SOCIALĂ

CHIȘINĂU 2020

Gerontologia socială (Suport de curs)

Autor:

Dumitru Carata, doctor în medicină, conferențiar universitar. Catedra Asistență Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, Moldova

Recenzenți:

Victoria Plămădeală, dr. în psihologie, șef int. catedra „Asistență Socială”, UPS „I.Creangă”.

Inga Platon, dr. în psihologie, lector universitar, Universitatea de Stat din Tiraspol.

Suportul de curs a fost aprobat pentru editare la ședința Senatului Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău din 17.12.2020. Proces-verbal №5

Carata D.

Gerontologia socială: (Suport de curs) / D.Carata; Univ.Pedagogică „Ion Creangă”, Fac: Psihologie și Psihopedagogie specială, Catedra: Asistența socială. – Ch.: S. n., 2020 (Tipogr. UPS „I.Creangă”). 71 p.

Bibliogr.: p.70-71 (20 tit).- 200 ex.

ISBN 978-9975-46-417-8.

613.98(075.8)

C 23

CUPRINS:

1. Gerontologia – știința despre procesul îmbătrânirii.....	4
2. Modificările generale și fizice caracteristice vârstei a treia.....	11
3. Modificările psihice și sociale caracteristice vârstei a treia.....	16
4. Efectele îmbătrânirii asupra sistemului nervos.....	21
5. Îmbătrânirea perceptivă. Efectele vârstei asupra diferitelor modalități senzoriale și activității perceptivă. Percepția echilibrului.....	27
6. Efectele vârstei asupra sistemului vizual și auditiv.....	35
7. Efectele psihologice ale schimbărilor auditive și vizuale legate de vârstă.....	41
8. Tulburările psihice la vârsta înaintată.....	45
9. Psihigiiena vârstei a treia.....	53
10. Îmbătrânirea reușită.....	60
11. Bibliografia.....	70

GERONTOLOGIA – ȘTIINȚA DESPRE PROCESUL ÎMBĂTRÂNIRII

Gerontologia ca ramură a științelor experimentale studiază procesele normale, universale și progresive. Ea are menirea rezolvărilor fundamentale a mecanismelor, proceselor de îmbătrânire și a esențelor - scăderea capacității de adaptare.

Multă vreme bătrânețea a fost considerată o boală și nu o etapă firească în programul vieții. Începând cu anul 1988, Organizația Mondială a Sănătății a inclus senescența între primele cinci probleme prioritare de sănătate ale populației lînga bolile cardiovasculare, cancer, SIDA și alcoolism.

Bătrînețea este considerată simbol de înțelepciune și virtute. O caracteristică a bătrînilor care se remarcă la prima vedere o constituie părul alb și barba albă. Albul, prin simbolica sa complexă, atingînd totalitatea zonelor ontologiei și gnoseologiei, este culoarea prin excelență a submisivității de natură a stopa sau atenua comportamentele agresive. Acesta este și motivul pentru care, în cadrul conflictelor armate, pentru întreruperea ostilităților și desemnarea atitudinii binevoitoare, este folosită flamura albă.

În limba română, cuvîntul „bătrîn” are ca etimon cuvîntul latin „veteranus” care desemna soldatul imperial după împlinirea vârstei pînă la care trebuia să aducă servicii Romei. Aceste servicii erau răsplătite prin dreptul la liniște și viață prosperă, garantate prin proprietățile agricole pe teritoriul imperiului acolo unde doreau să se stabilească. Acesta este și sensul vechi al expresiei românești „lăsarea la vatră”.

Îmbătrînirea - reprezintă un proces natural și iminent și există un șir de teorii privind cauzele îmbătrînirii. Pentru ca îmbătrînirea să fie o schimbare de vîrstă biologică naturală, aceasta trebuie:

- să se desfășoare lent;
- să aibă loc în interiorul organismului;
- să fie prezentă la toți cei care îmbătrînesc;
- să fie constantă;
- să influențeze în mod negativ capacitățile funcționale.

Îmbătrînirea în sine nu este o boală, dar, din păcate, deseori îmbătrînirea și

boala sînt văzute ca un întreg. Din cauza ignoranței uneori modificările firești ce vin cu avansarea vîrstei sînt interpretate ca o boală și sînt tratate, iar uneori bolile sînt percepute ca un proces normal de îmbătrînire și nu sînt tratate. Din aceste considerente, cunoștințele despre îmbătrînire sînt foarte importante.

Există diverse teorii, deoarece nu există un răspuns concret la această întrebare. Un exemplu este teoria care susține că procesul de îmbătrînire este programat în genele noastre (genetica) sau că aceasta are loc din cauze de ordin biochimic, celulele acumulînd elemente de descompunere, ceea ce duce la diminuarea capacității funcționale a lor.

Diferiți autori, atît din țară, cît și pe plan mondial, au încercat să definească bătrînețea și să-i stabilească limitele. Astfel s-au elaborat mai multe definiții, mai mult sau mai puțin contestate:

- 1) Criteriul cronologic a fost printre pimele criterii de definire; el a fost însă intens criticat, deoarece poate exista o îmbătrînire precoce și pot exista persoane în vîrstă la care majoritatea funcțiilor sunt asemănătoare omului adult.
- 2) Noțiunea de vîrstă înaintată se utilizează pentru perioada din viața omului care urmează după maturitate și ține pînă la sfîrșitul existenței sale. Această perioadă mai este numită și vîrsta a treia, perioada de involuție, perioada de bătrînețe sau senescență.
- 3) Dicționarul Larousse de psihiatrie definește bătrînețea ca fiind ultima perioadă a vieții corespunzînd rezultatului normal al senescenței. Termenul se opune celui de senilitate care ar fi aspectul patologic, dar în același timp precizează că bătrînețea extremă nu se distinge prin nimic de senilitate.

Tot Dicționarul Larousse definește îmbătrînirea ca fiind ansamblul de transformări ce afectează ultima perioadă a vieții și care constituie un proces de declin, semnele îmbătrînirii fiind: slăbirea țesuturilor, atrofie musculară cu scăderea funcțiilor și performanțelor, toate acestea concurînd la limitarea progresivă a capacității de adaptare. În acest sens, precizează Dicționarul, îmbătrînirea oferă în mod vădit imaginea inversă a dezvoltării și a putut fi descrisă ca o involuție.

Sunt 2 aspecte ale îmbătrînirii: (Neamțu G. „Tratat de asistență socială”; Ed. Polirom,

2003)

- 1) Îmbătrânirea individului – se caracterizează prin modificări fiziologice;
- 2) Îmbătrânirea populației – se referă la creșterea numărului de persoane vârstnice.

Organizația Mondială a Sănătății consideră:

- a) persoane în vârstă: între 60 și 74 ani;
- b) persoane bătrâne: între 75 și 90 ani;
- c) marii bătrâni: peste 90 de ani.

Cea mai uzuală formă de clasificare a bătrâneții cuprinde:

- a) stadiul de trecere spre bătrânețe: de la 67 la 75 ani;
- b) stadiul bătrâneții medii: 75-85 ani;
- c) stadiul marii bătrâneți: peste 85 de ani.

Știința ce studiază toate aspectele îmbătrânirii (sanitar, sociologic, economic, comportamental, de mediu) e definită ca gerontologie. Geriatria este o ramură a gerontologiei și a medicinei ce se ocupă de sănătatea bătrânilor din toate aspectele: profilaxia, tratament, recuperare, supraveghere, pornim de la specificul relației medic-pacient-vârstnic și mai ales de la caracteristicile bio-psiho-socio-culturale ale vârstnicului.

Gerontologia este știința despre procesul îmbătrânirii, firești. Toți oamenii îmbătrânesc. Există diverse teorii ce „încearcă sa explice cauzele acestui proces. Teoriile biologice, adică cele ale științelor naturale, consideră că durata vieții și îmbătrânirea noastră este programată în celulele noastre, sau că aceasta depinde de unele dereglări ale sistemului imun. Posibil că îmbătrânirea are loc din câteva motive. „Geron” înseamnă bătrîn, iar „logos” - știință, însă gerontologia este știința care analizează îmbătrânirea biologică și cea psihologică, precum și influența mediului ambiant asupra acestui proces.

Astfel, îmbătrânirea depinde de factori biologici (noi îi numim ereditari), precum și de mediul ambiant.

B. Constantin relatează teoriile de bază ale senescenței: (Constantin B. „Geriatrie”; București, 1997)

1. Teoria „catastrofelor prin acumulare de erori” propusă de Orgel în 1963, care ia în considerare producerea și apoi acumularea progresivă de proteine alterate, ca un rezultat al erorilor survenite în cursul transcripțiilor și traducerilor (la nivel ADN ȘI ARN) ce asigură proteino-sinteza celulară.
2. Teoria „proteinelor degradate”, în care se ia în considerare apariția continuă a unor proteine alterate după sinteza lor (post traducere – deci după „fabricarea” lor – prin alte procese endocelulare).
3. Teoria *degradării și reparării ADN-ului*, despre care se cunoaște că este factorul prim al biosintezei proteice.
4. Teoria „radicalilor liberi” propusă de Harman, care constituie un mecanism endocelular ce alterează genele ADN și cele proteice, proces specific mai ales mamiferelor, pentru care oxigenul are rol deosebit.
5. Teoria *sistemelor și cea a fiabilității* elaborată de Bălăceanu – Stolnici și Angel.
6. Teoria *pace-makerilor*: a) rolul ficatului, b) rolul țesutului colagenos, c) rolul sistemului imunologic, d) dintre toate sistemele ce pot fi considerate pace-makeri ai îmbătrânirii, cel mai de seamă este incontestabil cel neuroendocrin.

Perioada de bătrânețe aduce cu sine numeroase schimbări importante în modul în care individul care se percepe pe sine și lumea din jur, respectiv au loc schimbări în viața profesională, în relațiile cu familia și prietenii. Unele din aceste schimbări au loc într-o perioadă specifică de timp și necesită o adaptare imediată. În contemporanitate, indivizii aflați în perioada de trecere spre bătrânețe sunt în general într-o stare psihofectivă mai bună, într-o condiție de sănătate superioară și cu siguranță financiară mai bună decât generațiile anterioare. Ei tind să semene mai mult cu adulții de vârstă mijlocie decât cu cei bătrâni. De exemplu majoritatea indivizilor între 65 și 75 de ani sunt într-o condiție de sănătate, asemănătoare celor de vârstă mijlocie cu toate că unele abilități sunt afectate evident, dar totuși sunt capabili de o bună funcționare.

Cunoașterea îmbătrânirii ca proces bio-psiho-social își are originile în urmă cu mai bine de două milenii, dovadă fiind tratatele filozofilor și medicilor din antichitate. O veche maximă spune „Cine nu are bătrâni să-și cumpere”. Considerând bătrânețea în cadrul mentalității arhaice și tradiționale, remarcăm că bătrânii se bucură

în sînul acestor comunități de maximum autoritate și respect, și implicit, protecție. Aceasta se datorează faptului că bătrîneța este un simbol al înțelepciunii și virtuții. Putem considera că marea strălucire în evoluția simbolului bătrîneții este atins odată cu religia creștină, cînd Dumnezeu „îmbracă” forma bătrînului. Plecîn de la figura lui Dumnezeu bătrîn, trebuie menționat faptul că toți Sfinții Părinți ai Bisericii sunt vîrstnici.

În țara noastră, cultul moșilor și strămoșilor reprezintă o realitate cultică, prelungită pînă în zilele noastre sub imaginea unui creștin de tip popular. Din această perspectivă este cu atît mai greu de înțeles fenomenul instituționalizării bătrînilor.

Atitudinea negativă față de aceștia e datorată fenomenului îmbătrînirii demografice, prin care se înțelege creșterea relativă a populației vîrstnice de 60/65 de ani și mai mult în total unei populații date ca proces ferm și de lungă durată.

Într-un studiu realizat din anul 1989 despre îmbătrînirea populației și sănătate, autorii arată că nu numai proporția persoanelor vîrstnice crește, dar ele însele înaintază în vîrstă. Actualmente, marii bătrîni dețin o pondere de 16% din totalul persoanelor de vîrsta a III-a, iar în țările comunității umane, în 1991 o persoană din cinci, aveau peste 80 ani, iar majoritatea cazurilor de deces au loc după vîrsta de 65 ani. Modernizarea societății contemporane, profilactica unor boli infecțioase cît și alte performanțe ale medicinei au adus în țările europene la înaintarea vîrstei de deces, adică a populației tinere și a copiilor. Persoanele cu vîrsta de peste 60 de ani au devenit mult mai mulți, iar specialiștii ne asigură că numărul lor va spori considerabil și în perioada a următorilor 20 de ani. În Japonia de exemplu un sfert din populație va fi constituit din persoane care au vîrsta de peste 65 de ani, iar în SUA fiecare al șaselea cetățean va avea aceeaș vîrstă. În lume durata vieții a persoanelor este de peste 65 de ani se va mări cu 10-12 ani în timpul apropiat, iar numărul persoanelor care au vîrsta de peste 80 ani se va majora, aceste fapte sunt specifice mai ales pentru SUA și Japonia. Conform datelor furnizate de ONU, numărul absolut al populației de vîrsta a treia, care trăiește astăzi pe glob, a atins cifra de peste 500 de milioane, comparativ cu numai 200 de milioane în 1950. (Mereuță I. „Sistemele sănătății în Țările Uniunii Europene”; Chișinău, 1996, pag.78)

Potrivit acelor-aș surse, în anul 2025, ponderea populației vârstnice va spori de la 16,8% la 23,6%, cât și pentru cele în curs de dezvoltare, unde ponderea populației vârstnice va spori de la 6,75 la 11,9%. Creșterea populației vârstnice este stimată la un ritm mediu anual de 2,9%, net superior față de cel al populației totale, care va fi de 1,1%. (Mereuță I., colab. „Spre mileniul III. Dezvoltarea umană durabilă și problemele medico-sociale în R. Moldova”; Chișinău, 1999)

Potrivit Biroului Național de Statistică (BNS), la începutul anului 2007 în Republica Moldova locuiau 491 mii de persoane în vârstă de 60 de ani și peste. Dintre acestea mai mult de jumătate (61%) sunt femei. Fiecare a patra persoană în etate are între 60 și 64 de ani, iar 12,8% sunt persoanele care au mai mult de 80 ani. Îmbătrânirea populației R. Moldova are loc și ca o consecință a reducerii natalității. Potrivit statisticilor, până în anii 90 erau înregistrate circa 150 mii de nașteri anual. La ora actuală cifra este de 50-70 mii nașteri anual. Multe cupluri amână nașterea primului copil pentru mai târziu. Dacă numărul nașterilor va scăde sub 50 mii anual, R. Moldova se va afla într-un dezastru de reproducere a populație, menționează demografii naționali.

Criza demografică va fi condiționată parțial de creșterea esențială a numărului pensionarilor, care se va majora cu 30 la sută, prognozează demograful Valeriu Sainsus. Potrivit lui Valeriu Sainsus, există riscul ca persoanele apte de muncă să fie nevoite să facă efort dublu la locul de muncă pentru a întreține persoanele în etate, lucru care poate duce la conflicte sociale. Fenomenul de îmbătrânire este condiționat de creșterea duratei medii de viață, ceea ce înseamnă că populația care este la vârsta de pre-pensionare va crește. Acest fenomen va contribui la scăderea productivității muncii, fapt ce vine în contradicție cu nivelul de dezvoltare a economiei unui stat, spune Valeriu Sainsus.

Experții propun mărirea treptată a vârstei de pensionare cu câte o lună pentru următoarea generație. Astfel, generația anilor 50 să iasă la pensie nu la vârsta de 62 ani, ci la 62 de ani și o lună. Această întârziere va aduce economii în bugetul de stat de circa 300 mln lei, estimează Valeriu Sainsus. Pentru a evita conflictele între generații, se propune ca o bună parte din populația cu vârstă de pensionare să rămână

angajată în câmpul muncii, fiind excluși treptat. Este un aspect pozitiv și din perspectiva că pe piața muncii vor rămâne cadrele cu un înalt grad de calificare.

La ora actuală cel mai „vârstnic” continent este Europa, pentru care vârsta medie a populației e de 75 de ani, menținându-se de 1,3 – 1,4 ori mai ridicată decât cea restul lumii, iar cel mai tânăr continent este Africa. (Trebici „Populații terrei, demografie mondială”; VI, Ed. Științifică București, 1991)

Anul 1999 a fost declarat anul internațional al persoanelor de vârstă a treia în încercarea de a sensibiliza comunitatea asupra valorii acestei categorii de populație în lume. Dar aceste preocupări s-au manifestat odată cu accelerarea fenomenului de îmbătrânire a populației la nivel global. Europa este considerată ca fiind cel mai bătrân continent, iar Moldova se înscrie și ea în acest proces. În anul 2005, statisticile arată că, în țara noastră, populația peste 60 de ani este de 19,30% din totalul populației

Preocuparea pentru nevoile și interesele vârstnicului a suportat modificări și o evoluție continuă de-a lungul timpului. În țara noastră asistența socială, care a cunoscut un declin în perioada comunistă, a revenit după 1998 și și-a extins preocupările și asupra persoanelor vârstnice dintr-o viziune cosmopolită pătrunsă odată cu finanțările externe de care a beneficiat acest domeniu social. Astfel, accepțiunea asupra vârstei a treia s-a schimbat radical și devine mai profundă și umanitară așa cum este ea percepută la nivel mondial în epoca noastră.

Totodată, percepția asupra îngrijirii vârstnicului s-a modificat radical și s-a nuanțat. Calitatea îngrijirii persoanei vârstnice a devenit parte integrantă a politicilor de bunăstare și a fost conștientizat faptul că problematica vârstnicilor este complexă și trebuie privită dintr-o dublă perspectivă: demersul specialiștilor trebuie suplinit de o formație caritabilă, umanistă, asociată cu sentimente de respect, afecțiune și empatie.

MODIFICĂRILE GENERALE ȘI FIZICE CARACTERISTICE VÂRSTEI

A TREIA

Perioada bătrâneții este și cea în care crește numărul neuronilor care ies din funcție iar greutatea creierului scade și ca urmare scade și mobilitatea proceselor de excitație și inhibiție și crește latența emiterii de răspunsuri la excitanți complecși. În declinul funcțiilor psihice un rol major îl joacă diminuarea funcționalității SNC începând cu scleroza celulelor din receptori. Degradarea sistemului nervos este legată și de reducerea capacității organismului de a satisface cerințele de irigare, oxigenare și alimentare a creierului.

Aspectele esențiale privind procesul îmbătrânirii sunt clasificate de către Ministerul Protecției Sociale în felul următor: (Ghid de asistență socială, 2005, pag. 10)

1. Îmbătrânirea generală.

Îmbătrânirea aduce cu ea schimbările biologice de vârstă:

Parul: devine tot mai cărunt și mai rar. Încărunțirea depinde de înlocuirea pigmentului din foliculul de păr cu niște bule mici de aer.

Mușchii: masa musculară se reduce și persoana are mai puțină forță. Are loc înrăutățirea coordonării mușchilor. Aceasta se întâmplă din cauza micșorării fibrelor musculare și din cauza că țesutul conjunctiv înlocuiește celulele musculare, ceea ce duce, la rândul său, la corpul" la reducerea forței musculare. Masa corpului se reduce la vârsta de 70 ani, din cauza că pierde mușchii. Greutatea femeii se micșorează de asemenea, însă ea pierde celulele adipoase. O persoană de 60 de ani bine antrenată este într-o formă mai bună decât una de 20 de ani care nu este antrenată.

Articulațiile - scheletul: Masa osoasă se micșorează la ambele sexe. Femeile suferă mai des de osteoporoză decât bărbații, deoarece acestea au un țesut osos mai mare. Femeile de la oraș au oasele mai fragile decât cele de la țară. O persoană care bea sau fumează are consistența osoasă cu 30% mai mică. Imobilitatea articulațiilor și durerile de articulații sunt frecvente și depind de gradul de uzură și de

neregularitățile suprafeței cartilajelor. Poți reduce riscul de a avea osteoporoză prin consumul de cașcaval, lapte, plimbări la aer și soare și, în primul rând, dacă renunți la băutură și la fumat.

Plămâni: Potențialul plămânilor scade din cauza slăbirii mușchilor Respiratori și a diminuării mobilității cutiei toracice și a coastelor. Devine mai greu să expiri aerul din plămâni din cauza reducerii elasticității plămânilor. De asemenea, se înrăutățește schimbul gazos dintre oxigen și bioxid de carbon, deoarece se micșorează numărul și dimensiunea alveolelor pulmonare. Aceasta duce la oboseală și la dispnee. O persoană de 75 de ani poate inspira 1,5 - 2 l de oxigen pe minut. Pentru a face cumpărături, a face curățenie și a merge e nevoie de 1 litru pe minut. Poți face față tuturor activităților cotidiene, dar în caz de răceală poate fi greu să expectorezi mucusul.

Inima: În 24 de ore inima pompează circa 8000 l de sânge. Inima este un mușchi important al organismului nostru. Pereții inimii devin tot mai rigizi și atunci are loc pomparea unei cantități mai mici de sânge. Inima compensează acest lucru mărindu-se în volum. De asemenea, inima pompează cu fiecare bătaie o cantitate mai mică de sânge, însă frecvența bătăilor nu crește. Mărirea tensiunii arteriale este încercarea organismului de a compensa micșorarea volumului de sânge. Aceasta înseamnă că o persoană în vârstă este normal să aibă hipertensiune. Persoanelor în vârstă le vine mai greu să ridice tensiunea, prin intermediul măririi frecvenței bătăilor inimii, căci li se face negru în fața ochilor dacă ci se ridică brusc. De asemenea, se deteriorează și funcția valvulelor (a vaselor sangvine), iar slăbirea mușchilor are drept, consecință faptul că multe persoane în vârstă au picioarele umflate (edem).

Buze/ unghii vinete: o circulație mai proastă în vasele sangvine de suprafață din cauza reducerii elasticității duce la aceea că unghiile și buzele pot să arate vineții.

Tractul digestiv: Persoanele în etate au nevoie de 2/3 din cantitatea de calorii necesară persoanelor tinere. Consumul de alimente trebuie să fie distribuit în mod uniform pe parcursul zilei: dejun, prânz și cina. Intre mese se recomandă o gustare din fructe, jeleu cu lapte sau o tartină.

În Suedia personalul îngrijitor la domiciliu are sarcina de a fi mai atent cu persoanele văduve, deoarece acestea încep să mănânce mai prost. Insuficiența de lichid în organism poate duce la tulburarea gândirii. Starea dinților este foarte importantă. Dacă dinții sunt în stare rea, este mai dificil consumul de alimente. Dinții trebuie spălați cel puțin de 2 ori pe zi. Constipația este o problemă obișnuită la oamenii în vârstă.

Rinichii: La 60 de ani rinichii cântăresc în jur de 250 grame, iar la 80 de ani - 190 grame. Numărul și mărimea neuronilor se micșorează, ceea ce duce la diminuarea capacității rinichilor de a curăța sângele de substanțe reziduale.

Obișnuite sunt cazurile de incontinență urinară. Aproximativ fiecare a doua femeie și fiecare al treilea bărbat au astfel de probleme. Există diverse metode de soluționare a acestei probleme. Una din acestea este antrenarea mușchilor bazinului, pentru a întări mușchii. În cazuri grave singura soluție poate fi operația.

Pielea: Pielea se acoperă cu riduri din cauza micșorării stratului de grăsime sub piele. Pielea devine uscată și palidă din cauza că se micșorează eliminarea grăsimii.

Vederea: Schimbări în organele de văz. Capacitatea cristalinului ochiului de a gera claritate în vedere se diminuează. Cristalinul devine mai puțin mobil și capacitatea de a fi flexibil se reduce. Devine dificilă citirea unui text chiar la distanța unei mâini întinse.

Pupila care reglează pătrunderea luminii în ochi, se micșorează ca mărime, ceea ce duce la insuficiență de lumină. S-a calculat că o persoană de 60 de ani are nevoie de 3 ori mai multă lumină decât o persoană de 30 de ani.

Auzul: Înrăutățirea auzului depinde de auz și de mediul înconjurător. Receptorii auditivi, care recepționează sunetele înalte, își pierd funcțiile. Aceasta ține de vârstă. Dar o dată cu reducerea auzului din motive legate de mediul ambiant pot fi afectate și alte părți ale urechii. În orice caz, diminuarea auzului duce la apariția unor probleme precum:

1. Se recepționează mai greu vocile feminine, deoarece sunt mai înalte decât cele bărbătești.

2. E mai greu să distingi vorbirea într-un mediu gălăgios.
3. Poate fi dificilă receptarea unei vorbiri rapide și neclare.

Echilibrul: Multe persoane în etate suferă de probleme cu echilibrul și de amețeli. Are loc micșorarea celulelor receptoare în aparatul vestibular, ceea ce duce la amețeală. Aceste celule receptoare înregistrează, printre altele, unghiul, rotirea și schimbarea de viteză. În momentul nașterii avem circa 20 000 de astfel de celule, iar la vârsta de 40 de ani numărul lor începe să se reducă. Totuși dispunem de o rezervă destul de mare, astfel încât va trebui să treacă ceva timp până va apărea o astfel de problemă.

Gustul - mirosul: Opiniile despre modul în care se schimbă simțurile - gustul și mirosul - sunt împărțite. Unii savanți consideră că mirosul se pierde complet la o vârstă foarte înaintată, iar alții susțin că nu se produc mari schimbări, însă importanți sunt factorii de mediu ambiant. Aceasta înseamnă că este important ca personalul îngrijitor la domiciliu să fie atent față de modul de alimentare a clientului, dacă persoana a devenit văduvă.

Simțul tactil: Noi simțim durerea, atingerea, frigul și căldura. Această capacitate poate să se diminueze și aceasta se întâmplă din cauza micșorării mobilității pielii și înrăutățirea circulației sângelui. Capacitatea de a simți frigul și căldura nu se deosebește de cea pe care o au cei tineri, atâta doar că la persoanele în etate odată cu vârsta se reduce capacitatea de a controla și regla temperatura corpului.

2. Îmbătrânirea fizică

Fizic bătrânețea este o stare distrofică de involuție și se poate agrava cu anumite boli cronice. Unii vârstnici își pot păstra în bună stare funcțiile intelectuale până după 80 de ani dar pot să apară și stări de involuție. Principalele modificări organice caracteristice îmbătrânirii cuprind sistemul nervos, locomotor, cardiovascular, respirator, renal și reproductiv. De asemenea apar modificări exterioare, riduri, pielea uscată, scăderea vederii, auzului, forței musculare, capacității de efort, tulburări digestive.

Savanții susțin că îmbătrânirea poate fi divizată în diverse etape:

- etapa de maturitate, când organele noastre obțin putere și capacități funcționale;

- etapa „platou”, adică vârsta medie, care poartă amprenta stabilității și a menținerii capacităților funcționale;
- etapa de regres, atunci când funcțiile majorității organelor încep să se reducă cu 1% pe an;
- etapa finală, când funcțiile se deteriorează și mai repede.

Această evoluție are loc în mod diferit la diferite persoane. De aceea trebuie întotdeauna să reieșim din faptul că fiecare persoană este unică și luate în considerare necesitățile ei.

Există și modificări exterioare, care sunt ușor de remarcat, precum părul cărunt și ridurile. Alte schimbări nu sunt vizibile, însă noi trebuie să le cunoaștem în munca noastră cu persoanele în etate. De exemplu, are loc o diminuare a volumului de apă în organism, ceea ce influențează modul în care noi reacționăm la diverse medicamente și la solicitările în caz de boală sau febră.

MODIFICĂRILE PSIHICE ȘI SOCIALE CARACTERISTICE VÂRSTEI

A TREIA

Îmbătrânirea psihologică

În Suedia circulă un proverb:

„Dacă copilul uită ceva, aceasta e din cauza neatenției, iar dacă o persoană de vârstă medie uită ceva, aceasta e din cauza stresului, iar dacă o persoană în etate uită ceva, aceasta e din cauza vârstei”.

Este adevărat că oamenii în vârstă au nevoie de mai mult timp pentru a lua decizii rapide, dar aceasta nu înseamnă că odată cu avansarea vârstei are loc înrăutățirea memoriei. Există cercetări care au demonstrat că odată cu vârsta oamenii devin mai inteligenți.

Personalitatea denotă ceea ce persoana simte și crede, modul în care gândești, se adaptează și reacționează la diverse situații.

Aceasta are loc în mod diferit la persoane diferite și depinde de educație, de impresiile noastre, de experiența și de relațiile pe care le avem. O persoană este introvertită, iar alta, dimpotrivă, poate fi extrovertită, cineva este fricos, iar altcineva curajos. Unul este devotat obiceiurilor sale, altul se adaptează ușor.

Modificările psihologice sunt rezultatul modificărilor induse de vârstă la baza lor stau factorii interni cum ar fi ereditatea, modificări hormonale și factori externi: pensionarea, scăderea potențialului biologic, patologia asociată, scăderea numărului de membri ai familiei, decesul unor rude sau prieteni de vârstă apropiată. Pe scala evenimentelor celor mai stresante, pierderea partenerului de viață are un scor foarte ridicat indiferent de vârsta persoanei care traversează această situație. Cu cât persoana este mai în vârstă însă adaptarea la noua situație de viață este mai dificilă și cu atât pare să fie mai dureroasă și mai plină de consecințe pentru starea psiho-fizică a individului (B.F. Skinner și M.E. Vaughan, WW.Norton &co, 1983). Problema cu care se confruntă partenerul rămas în viață este singurătatea chiar dacă acesta are suportul și compania familiei și prietenilor.

Soțul rămas singur pierde o sursă primară de suport material, de ajutor în activitățile zilnice, de companie și de asemenea pierde și un partener sexual. În timp ce majoritatea indivizilor se adaptează pierderii partenerului după o perioadă de durere un număr de semnificativ de persoane văduve experimentează o depresie de lungă durată. Această depresie rezultă nu doar din pierderea partenerului ci și datorită altor pierderi ce sunt frecvente în perioada bătrâneții.

În anii bătrâneții depresia apare din episoade scurte de tristețe. Melancolia sau pierderea bruscă a energiei poate evolua spre o serioasă și îndelungată condiție depresivă. Caracteristicile acestei depresii include o durere continuă, lipsa de interes, lipsa de speranță, reducerea încrederii în sine, o evaluare deformată a prezentului și viitorului. Persoanele vârstnice depresive se confruntă deseori cu dificultatea în a lua decizii și devin mai încete în gândire, mod de a vorbi și mișcări. Unii indivizi totuși trăiesc un nivel înalt de activitate găsind că este foarte dificil să se mai odihnească sau să rămână tăcuți.

Simptomele psihice ale depresiei ar putea include pierderea apetitului, pierderea în greutate, oboseală severă, lipsa de somn, constipația sau diareea. Crește tensiunea și anxietatea care poate contribui la construirea unor stări de agitație. Unii indivizi pot traversa unele probleme psihice deoarece refuză tristețea sau deprimarea. Depresia severă este deseori acompaniată de gânduri de suicid. Suicidul poate apărea în anii bătrâneții ca urmare a evenimentelor stresante cum ar fi pensionarea, văduvia, bolile sau sentimentul eșecurilor anterioare (B.H Shulman și R. Berman, 1988).

Îmbătrânirea psihologică se referă la modificarea atenției voluntare, capacității de concentrare, modificările gândirii, scăderea flexibilității, tulburări de adaptare rapidă, creșterea forței de sinteză și schematizare.

Caracterul: se produce intensificarea unor trăsături dizarmonice precedente sau la unele trăsături caracteristice psihopatiilor dar nu e vorba de psihopatii. Sentimentul de autoapreciere coboară, se observă trăsături depresive, apatie, răceală sufletească, comportamentul este labil, persoana se simte incapabilă, inutilă, bătrânii devin apatici, triști, totul este „negru” și dominat de dorința de a

muri.

Învățarea: parțial este posibilă, pentru stimularea adecvată a învățării este necesară o motivație permanentă.

Vorbirea devine mai greoaie din cauza îmbătrânirii fiziologice la nivelul organului fonator, odată cu deteriorarea gândirii, memoriei, atenției.

Cauzele schimbării de personalitate sunt: Acestea sunt variate, pot și niște așteptări negative, probleme de sănătate, micșorarea contactelor cu cei din jur, lipsa banilor sau altceva. Modul în care va fi soluționată problema depinde de persoană, dar sporirea influenței și a responsabilității asupra propriei situații de viață poate constitui o transformare.

Îmbătrânirea socială

Îmbătrânirea socială presupune schimbări în relațiile cu cei din jur, precum și situația individului în societate în legătura cu vârsta. Acestea sunt relații cu oamenii din jur, precum și situația individului în societate. Aici sunt incluse și condițiile de trai, precum și locuința și starea financiară. Din aceste considerente, îmbătrânirea socială se deosebește în diverse culturi, țări și medii. În aceeași țară se pot deosebi între generații și clasele sociale, deoarece acestea au trăit și trăiesc în condiții diferite.

Îmbătrânirea socială are loc prin intermediul interacțiunii dintre om și societate. Sănătatea fizică și psihică este deosebit de importantă pentru adaptarea în societate. O sănătate compromisă sau slabă este deseori însoțită de probleme sociale.

Această interdependență poate fi marcată prin:

- o sănătate precară sau boala împiedică contactul cu cei din jur, cu alte cuvinte persoanele în vârstă devin pasive sau izolate;
- transformările sociale și „presiunea din partea societății” pot duce la îmbolnăvire.

Fiecare dintre noi are diverse roluri în diverse situații sociale. Dacă persoana își joacă rolul bine, aceasta se consideră deja o adaptare bună.

Tu însuși joci rolul de student, un alt rol acasă, și un alt rol când ești cu prietenii tăi. Pe parcursul vieții, aceste roluri se schimbă. Rolul părinților își pierde semnificația atunci când copiii devin și ei părinți. Când încetezi să lucrezi, părăsești rolul profesional. Cu vârsta, cineva din cei apropiați va muri, atunci devin mai puține roluri de contact.

Astfel de transformări de roluri pot avea următoarele consecințe:

- se mărește numărul persoanelor singure - ceea ce duce la o mai mare necesitate de îngrijire în viitor;
- crește riscul de izolare pentru persoanele ale căror colegi de vârstă decedază.

Este mai ușor să-ți faci prieteni printre cei de o vârstă cu tine. Singurătatea este un fenomen subiectiv și obiectiv. Poți să te afli în mijlocul la 100 de oameni și să te simți singur, sau poți sta pe o buturugă în pădure și să nu te simți singur.

Singurătatea poate depinde de diverse cauze:

- schimbarea relațiilor intime;
- despărțirea de familie, de persoane intime și de prieteni-modificarea rolului social;
- schimbarea calității relațiilor avute.

Atitudinea celor din jur față de persoanele în vârstă este astfel încât se consideră că persoanele bătrâne trebuie să fie bolnave des și serios. Diverse indicii din societățile din lumea întreagă arată că persoanele în vârstă sunt adeseori excluse din comunitatea socială. Se consideră că ele au fost utilizate pe deplin, sunt mai puțin cunoscătoare și sunt demodate. Se consideră că ele creează obstacole în calea dezvoltării sociale. În viața profesională persoanele în vârstă sunt supuse unor presiuni disimulate, pentru a elibera locul de muncă în favoarea unei persoane tinere, deoarece aceasta „are mai mare nevoie de lucru”. Societatea actuală suferă niște modificări rapide. Am trecut de la societatea industrială la o societate de servicii și informații. Lucrul manual dispare, fiind înlocuit de o activitate care necesită competențe mai mari. Aceasta necesită adaptare și o dezvoltare continuă, în paralel are loc o fixare pe tinerețe. Trebuie să fii tânăr, bine educat și să te adaptezi ușor tehnicii moderne. În multe țări se consideră bătrâne, persoanele care

au deja 40 de ani.

Dacă oamenii își manifestă atitudinile negative față de cei vârstnici, atunci este ușor să demonstrezi persoanelor în vârstă ca ele sunt rele. Aceasta creează neîncredere și o mai mare sensibilitate față de diverse influențe. În acest caz cei din jur se conving că atitudinile lor negative față de cei vârstnici sunt întemeiate. Persoanele în etate cedează și acceptă viața în afara hotarelor societății. O altă reacție poate fi amărăciunea și agresivitatea față de cei din jur, ceea ce este o confirmare în plus a atitudinii negative pentru cei din jur.

Viziunea pozitivă presupune faptul că trebuie să vedem resursele de care dispune persoana în vârstă. Trebuie să utilizăm părțile forte, în loc să remarcăm și să exagerăm părțile slabe ale oamenilor în vârstă. Pentru a stimula dezvoltarea e nevoie de un mediu care le oferă într-adevăr persoanelor în etate posibilitatea de a se dezvolta.

Dar pentru ea persoana să se poată dezvolta, aceasta trebuie să fie înconjurată de oameni care cunosc capacitățile ei și cred în acestea!

EFECTELE ÎMBĂTRÎNIRII ASUPRA SISTEMULUI NERVOS

Îmbătrânirea populației este observată în toate țările, în special în cele mai industrializate. Îmbătrânirea individuală nu este o stare, ci un proces diferențial de degradare. Indivizii îmbătrânesc în moduri foarte diferite și, din acest punct de vedere, se poate vorbi de vîrstă biologică, vîrstă socială și vîrstă psihologică, ce pot fi foarte diferite de vîrstă cronologică.

Indiferent dacă este vorba despre consecințe ale erorilor de copiere în diviziunile celulare sau despre expresia fenotipică a unor „gene clandestine”, procesele de senescență sînt observabile la nivelul tuturor organelor. Deși comportamentul individului influențează semnificativ acest proces, el nu-l poate totuși nici opri, nici inversa. Studiul îmbătrînirii revine astfel la examinarea interacțiunii cauzelor endogene și exogene. Dintre toate organele, psihologul este în special interesat de sistemul nervos, care elaborează comportamentele și reprezentările noastre. Sistemul nervos nu se sustrage regulii, suferind modificări importante în cursul îmbătrînirii. O înțelegere a mecanismului de îmbătrînire a structurilor nervoase este deci una dintre condițiile unei mai bune interpretări a modificărilor comportamentale observate odată cu înaintarea în vîrstă.

Numeroase cercetări au stabilit că unele patologii (afazie, apraxie, amnezie etc.) sînt legate de disfuncțiile anumitor zone cerebrale. Cu toate acestea, trebuie constatat că unele zone cerebrale, în special zonele frontale, nu sînt destinate unei activități psihologice anume. Ele joacă mai degrabă un rol de coordonare și de gestionare a activităților multor altor zone cerebrale. Ar fi mai degrabă vorba de centre de control al activității psihologice, care intervin în special în gestionarea atenției.

Creierul este așadar o mașină bine echilibrată între specializarea unor structuri cerebrale și corelarea activităților acestor zone diferite. Cu cît activitățile cerebrale sînt mai complexe, cu atît numărul zonelor cerebrale care intervin este mai mare și, în consecință, cu atît gestionarea coordonării lor devine preponderentă. O tulburare de origine neurologică poate deci să țină de

o deficiență a unei anumite zone cerebrale sau de o deficiență a zonelor ce gestionează coordonarea dintre zone specializate.

În plan general, trebuie subliniat faptul că cercetările din acest domeniu se confruntă cu probleme metodologice dificile. Ele se realizează pe eșantioane de țesuturi nervoase extrase din diferite zone ale creierului. Pe de altă parte, autorii subliniază adesea că există foarte mari diferențe interindividuale. Modificările nervoase descrise în literatura de specialitate sînt următoarele :

- atrofia creierului (pierdere de greutate și diminuarea volumului);
- apariția de plăci senile;
- degenerescenta neurofibrilară;
- diminuarea neuroplasticității;
- mortalitatea neuronală;
- rarefierea și aglomerarea dendritică.

Creierul suferă global o *atrofie* în cursul îmbătrînirii. Volumul său se reduce. Potrivit lui Miller și colaboratorilor săi (1980), această reducere ar fi de ordinul a 2% pe deceniu, începînd cu vîrsta de 50 de ani. Trebuie totuși subliniat că de un secol înapoi dimensiunea creierului crește în țările industrializate. Aceasta înseamnă că, într-o anumită măsură, volumul cerebral se află sub controlul unor factori de mediu, ceea ce face dificile comparațiile între grupuri de persoane aparținînd unor generații diferite sau trăind în contexte de mediu foarte diferențiate. Fenomenul, descris în literatură prin noțiunea de *efect de cohortă* sau de *generație*, face dificilă evaluarea atrofiei cerebrale ce însoțește îmbătrînirea.

Atrofia cerebrală pare să fie provocată mai ales de reducerea substanței albe, în timp ce grosimea corticală (cortexul este stratul superficial al emisferelor cerebrale care conține exclusiv corpi neuronali) nu pare să fie afectată de vîrstă. Efectul acestei atrofii asupra activității psihologice nu mai poate fi abordat global, așa cum presupusese Wechsler (1956), ci în manieră diferențiată, în funcție de natura activităților psihologice vizate. Wechsler stabilise un paralelism între atrofia cerebrală și scăderea tendențială a IQ (coeficientul de inteligență) începînd din al treilea deceniu de viață în opinia lui, ar exista o corelație

puternică între greutatea creierului și IQ. Atrofia ar avea așadar o influență asupra tuturor activităților psihologice. Cercetările ulterioare au demonstrat că îmbătrânirea nu este un fenomen omogen, ci diferențial, în funcție de activitățile psihologice.

Apariția de plăci senile în cursul îmbătrânirii a fost evidențiată în unele regiuni cerebrale. Plăcile senile sînt leziuni ce apar între celulele neuronale. Ele sînt constituite dintr-un centru ce conține o proteină și o coroană alcătuită din prelungiri nervoase anormale, care sînt neurite în degenerescentă. Genele codifică această proteină ar fi situată pe cromozomul 21 (Goldgaber *et al.*, 1987). Se pare că, la persoanele vîrstnice normale, plăcile senile apar în principal în hipocamp și în neocortex, cu o densitate slabă. Potrivit lui Kemper (1984), ele sînt prezente la 65% dintre persoanele de peste 70 de ani. Degenerescenta *neurofibrilară* apare, de asemenea, în cursul îmbătrânirii. Este vorba despre o leziune care, spre deosebire de placa senilă, apare în interiorul corpului celular al neuronului. Fascicule de filamente anormale invadează corpul celular, ceea ce poate provoca o distorsiune și o deplasare a nucleului, parazitînd astfel buna sa funcționare. În cazul îmbătrînirii normale, degenerescentele neurofibrilare au fost observate din abundență în special la nivelul lobului temporal anteromedial (cornul lui Ammon și nucleul amigda-lian). Se pare că aceste leziuni sînt prezente la peste 60% dintre persoanele trecute de 70 de ani.

Neuroplasticitatea tinde să scadă odată cu îmbătrînirea. Marele psiholog din Montreal, Hebb, a publicat în 1949 o lucrare intitulată *The Organisation of Behavior*, în care a dat prima definiție a neuroplasticității ca echivalentă în plan neurologic a fenomenului de deprindere observat în plan comportamental. Foarte multă vreme, teoriile asociaționiste ale deprinderii au exercitat o veritabilă fascinație asupra psihologilor. Mari teoreticieni și-au legat numele de această teorie (Pavlov, Skinner). Ideea centrală era că *orice deprindere rezultă din asocieri*. Hebb a transferat acest postulat la nivel neurologic, afirmînd că orice deprindere se traduce prin întărirea sau crearea de noi dendrite și noi sinapse (sinapsa stabilește o joncțiune între doi neuroni și permite astfel circulația influxului nervos). Ipoteza lui Hebb a fost confirmată de

numeroși neuropsihologi (Rose, 1994). Îmbătrânind, această neuroplasticitate pare să fie mai puțin activă și eficientă, ceea ce ar trebui să se traducă printr-o scădere a capacităților de deprindere. Ea pare să dispară complet în maladia Alzheimer. Bolnavul devine în acest caz incapabil să realizeze noi deprinderi.

În fine, numeroase cercetări raportează existența unei *mortalități neuronale* (moartea neuronilor), importantă odată cu înaintarea în vârstă. Structurile vizate ar fi: cortexul cerebral; cortexul cerebelos (stratul superficial ce îmbracă cerebelul); *putamenul, locus niger, locus coeruleus*, care sînt toți trei nucleii cenușii centrali; și motoneuronii medulari (neuroni situați în măduva spinării), în schimb, numeroși nucleii cenușii centrali păstrează aceeași densitate neuronală (Kemper, 1984). Mai precis, regiunile afectate în mod deosebit ar fi circumvoluțiunile frontală superioară, temporală superioară și frontală ascendentă, precum și cortexul vizual, în timp ce circumvoluțiunile parietală ascendentă și temporală inferioară și-ar păstra integritatea. Pierderea ar putea atinge 10% din populația neuronală a unor zone frontale și parietale, precum și a hipocampului. Pe de altă parte, ansamblul cercetărilor lasă să se presupună că zonele asociative sînt mai vizate decît zonele primare. Acestei pierderi neuronale pare să i se asocieze o atrofie a corpurilor celulare. Astfel, Terry și colaboratorii săi (1981) au descris o atrofie a neuronilor de dimensiuni mari din cortexul temporal, fără modificarea densității neuronale, în cazul îmbătrînirii normale.

Pe de altă parte, de cîțiva ani (Hauw *et al.*, 1983), a fost descrisă o *rarefiere a arborizării dendritice* pentru anumite regiuni ale creierului. Este vorba despre o diminuare medie a numărului de dendrite posedate de neuroni. Zonele vizate în mod special ar fi cortexul prefrontal și unele zone ale hipocampului.

Trebuie însă subliniat și că alți autori (Buell și Coleman, 1981; Flood *et al.*, 1987) au observat o arborizare dendritică mai bogată la persoanele vîrstnice în anumite regiuni, precum *girus dentatus* din hipocamp. În cursul îmbătrînirii, unele zone cerebrale ar suferi deci o degenerescentă, în timp ce altele ar manifesta o creștere. Totuși, acest fenomen ar dispărea la persoanele de peste 90 de ani. Flood și colaboratorii săi (1987) au observat o degenerescentă dendritică la toate

persoanele de peste 90 de ani din eșantionul studiat, la nivelul zonelor cerebrale ce par să se îmbogățească în cursul îmbătrînirii. Aceasta ar putea însemna că îmbătrînirea ia o formă patologică în cazul întreruperii compensărilor dintre zonele ce degenerază și zonele care cresc. Compensarea ar caracteriza îmbătrînirea normală, iar ruptura ar fi semnul unei senilități, ceea ce ne conduce la o concepție dinamică a îmbătrînirii cerebrale.

Rezumat:

Ce se poate conchide cu privire la problema „pietrei de la Rosetta” pe care am pus-o la începutul capitolului? Îmbătrînirea cerebrală apare ca un fenomen complex. Am văzut că, deși toți indivizii îmbătrînesc, profilurile de îmbătrînire sînt foarte diferite de la un subiect la altul. Efectul senescenței asupra sistemului nervos nu este mecanic și omogen. Îl vom rezuma sub forma a șapte enunțuri.

Șapte enunțuri referitoare la efectul îmbătrînirii asupra sistemului nervos:

1. Studiul îmbătrînirii pune probleme metodologice dificile în constituirea eșantionărilor și în controlul efectului de cohortă.
2. Îmbătrînirea este un proces de degradare generală a organismului și deci și a sistemului nervos. În plan psihologic, ne putem aștepta așadar la o scădere tendențială a performanțelor intelectuale și la modificări generale ale comportamentelor.
3. Îmbătrînirea cerebrală pare să afecteze preferențial anumite structuri cerebrale, în plan psihologic, va trebui deci să ne așteptăm ca unele activități psihologice să „reziste”, iar altele să „nu reziste” la îmbătrînire.
4. Îmbătrînirea cerebrală este un proces diferențial care se manifestă cu severitate variabilă de la un individ la altul. Ne putem deci aștepta, în plan psihologic, să observăm diferențe interindividuale importante.
5. Îmbătrînirea cerebrală pare să se afle și sub controlul mediului. În plan psihologic, va trebui deci să ne așteptăm să observăm profiluri de îmbătrînire diferite, în funcție de modurile de viață și de istoriile vieții indivizilor.

6. Neuroplasticitatea, oricât de puțin eficientă, este observată la subiectul vârstnic, iar arborizarea dendritică a unor zone cerebrale se dovedește chiar mai abundentă la subiecții vârstnici. Ne putem deci aștepta să observăm efecte pozitive ale programelor de optimizare (ameliorarea performanțelor cognitive) a resurselor cognitive la persoanele vârstnice.
7. Distincția dintre îmbătrânirea normală și îmbătrânirea patologică este vagă. Ne putem aștepta la o distincție la fel de vagă și în plan psihologic.

Îmbătrânirea cerebrală se exprimă la toate nivelurile ierarhice ale organizării nervoase, de la nivelul molecular, cu apariția plăcilor senile, până la nivelul structural, cu rarefierea dendritică și mortalitatea neuronală. Severitatea îmbătrânirii este variabilă de la un individ la altul și în zone cerebrale diferite. Efectul îmbătrânirii cerebrale este deci în primul rând diferențial. În sfârșit, neuroplasticitatea pare să păstreze un bun nivel de eficiență la persoana vârstnică. Aceasta conduce la ideea că, într-o anumită măsură, declinurile observate sunt reversibile.

ÎMBĂTRÂNIREA PERCEPTIVĂ. EFECTELE VÂRSTEI ASUPRA DIFERITELOR MODALITĂȚI SENZORIALE ȘI ACTIVITĂȚI PERCEPTIVE. PERCEPȚIA ECHILIBRULUI.

A. Noțiuni generale.

1. Introducere

Lieury (1990) definește percepția ca „ansamblul mecanismelor fiziologice și psihologice a căror funcție generală este preluarea de informații din mediu sau din organismul însuși”. Unii autori disting percepția de senzație. Aceasta din urmă ar fi de fapt etapa de receptare a semnalelor provenite din mediu și transformarea lor în influxuri nervoase. În fapt, între senzație și percepție există continuitate, încât ar trebui să vorbim mai degrabă de un proces de tratare a informației ale cărei prime etape sânt activități perceptive.

Percepția nu este deci o receptare pasivă a mesajelor provenite din mediu, ci un ansamblu de activități complexe de recepție și analiză. Pe de altă parte, doar în mod excepțional se întâmplă să avem o cunoaștere perceptivă a unei situații prin intermediul unui singur canal senzorial. Percepțiile noastre sânt polisenzoriale : ele sânt produsul unei integrări de mesaje senzoriale diverse. De exemplu, auzul participă împreună cu văzul la percepția spațiului. Doar în condiții experimentale creăm situații monosenzoriale. Modificările legate de vârstă se pot deci situa la diferite niveluri ale acestui proces de integrare: receptarea mesajului (modalitate senzorială) sau tratarea și analiza lui.

2. Conceptul de *prag*.

Conceptul de *prag* a fost dezvoltat de către psihofizicieni. Psihofizica este studiul relațiilor matematice existente între caracteristicile fizice ale unui *stimul* și senzația pe care o provoacă. Trăsătura fizică esențială fiind intensitatea *stimulului*, un concept deosebit de important este cel de *prag*.

Se disting noțiunea de *prag absolut* și cea de *prag diferențial*. Pragul absolut este intensitatea minimă pe care trebuie să o posedă un stimul pentru a provoca o senzație. O intensitate inferioară pragului este numită *infraliminală*, iar o

intensitate superioară se numește *supraliminală*. Să numim S pragul absolut pentru o stimulare și un individ dat. Există o intensitate $S + D$, astfel încât stimulările S și $S + D$ să fie percepute distinct. Valoarea cea mai mică a lui D , adică diferența minimă percepută între S și $S + D$, este numită *prag diferențial*. În tabelul 4.1 sânt prezentate câteva praguri absolute.

Tabelul 1. *Pragul absolut al unor stimuli, exprimat în unități din viața cotidiană*
(după Smith *et al.*, 1982)

Modalitate senzorială	Stimul
Vizuală	Flacăra unei luminări la 30 de metri într-o noapte senină
Auditivă	Tic-tacul unui ceas de mână plasat la 6 metri într-o încăpere în care
Gustativă	O linguriță de zahăr în 7,5 litri de apă
Olfactivă	O picătură de parfum într-un apartament vast
Tactilă	O pană căzându-vă pe obraz de la o înălțime de 1 centimetru

Pragurile reprezintă măsuri riguroase ale activității perceptive. Ele sânt deci unul dintre instrumentele interesante de măsură a efectului îmbătrânirii asupra activităților perceptive.

3. Diferitele modalități senzoriale

Au fost propuse diferite clasificări ale modalităților senzoriale. Nici una dintre ele nu a antrenat un consens al specialiștilor. Sânt posibile diverse criterii de clasificare: natura *stimulului* (electromagnetic pentru văz, chimic pentru miros etc), receptorii (ochi, ureche etc), proximitatea *stimulului* (la distanță pentru văz, la contact pentru gust etc), localizarea corporală a receptorilor (periferic pentru ochi, în interiorul corpului pentru vestibul), criteriul afectiv (agreabil sau dezagreabil). În tabelul 2, propunem o clasificare inspirată din scrierile lui Pieron (1955).

Tabelul 2. Diferitele modalități senzoriale (după Pieron, 1955)

Receptori	Impresii	Stimul	Specificitate
Aparat vizual	Luminoase, cromatice	Energie	Foarte fină
Aparat auditiv	Tonale	Undă vibratorie	Fină
Aparat olfactiv	Olfactive	Molecular	Grosieră
Aparat gustativ	Gustative (dulce, sărat, acru, amar)	Chimic	Mediu fină
Aparate tactile	Mecanice (atingere, înțepătură)	Presiune externă	Fină
	Termice (cald, rece)	Temperatură	
	Kinestezice (poziție, deplasare, forță, rezistență musculară)	Mișcări ale articulațiilor	Destul de fină
Aparate labirintice	Statice (direcția greutateii)	Gravitație	Foarte fină
	Dinamice (sens: înainte-înapoi, dreapta-stînga, sus-jos)	Accelerație	Medie
	Afective (agreabil-dezagreabil)	Voluptate, mîncărime, gîdilătură, arsură	Grosieră sau foarte grosieră

Nici una dintre aceste modalități senzoriale nu suferă efectul vârstei. Consecințele unor modificări sînt foarte variabile în plan psihologic și social, în funcție de modalități.

B. Efectele vârstei asupra diferitelor modalități senzoriale și activități perceptivă.

Deși nici o activitate perceptivă nu se dovedește mai performantă la persoana vîrstnică decît la persoana tînră, se observă totuși o mare diferență în funcție de modalitățile senzoriale. Se poate spune că unele rezistă vârstei, iar altele nu. Tabelul 3 prezintă o imagine sintetică a îmbătrînirii perceptivă.

Tabelul 3. Efectele vârstei asupra diferitelor modalități senzoriale

Modalitate	Efectul vârstei
Gust	Foarte slab
Miros	Foarte slab
Kinestezie	Foarte slab
Pipăit	Important
Temperatură	Important
Durere	Important
Echilibru	Foarte important
Văz	Foarte important
Auz	Foarte important

Gustul, mirosul, kinestezia

1. Gustul

Efectul vârstei asupra gustului fiice obiectul doar al câtorva cercetări, ale căror rezultate sunt contradictorii. Simțul gustativ se bazează pe o combinație de patru gusturi fundamentale: dulce, sărat, acru și amar. Receptorii sunt situați pe limbă și în cavitatea bucală. Din punctul de vedere al sensibilității la gusturi, se pare că odată cu îmbătrânirea se manifestă o anumită creștere a pragurilor perceptive. Aceasta înseamnă că aceeași senzație este provocată la vârstnic de o concentrație mai mare a gustului respectiv. Probabil că de aceea numeroase persoane vârstnice își sărează și își îndulcesc un pic mai mult alimentele (Murphy și Whithee, 1987).

2. Mirosul

Simțul olfactiv sau odoratul, spre deosebire de simțul gustativ, care nu se bazează decât pe patru gusturi fundamentale, este un simț ce permite detectarea unui număr nelimitat de mirosuri. Receptorii sânt situați pe mucoasa nazală. La om, numărul lor este de circa zece milioane (față de 100 de milioane, la cânele ciobănesc german). Există un consens al cercetătorilor în a recunoaște că pragurile sensibilității olfactive rămân stabile până la 60 de ani (Murphy et al., 1987). După această vârstă, pare să se observe un declin slab, dar semnificativ, declin foarte variabil în funcție de indivizi și de mirosurile testate. Totuși, se pare că această

modalitate este mai sensibilă la îmbătrânire decât gustul (Stevens și Cain, 1987).

3. Kinestezia

Kinestezia este percepția pe care o avem asupra mișcărilor noastre. Ea este permisă de niște captatori conținuți în mușchii și în tendoanele noastre. Aceștia sânt numiți corpusculi Golgi și sunt sensibili la presiune și mai ales la întindere. Specialiștii disting mișcările pasive (mobilizarea uneia sau mai multor părți ale corpului de către o altă persoană) și mișcările active (mobilizarea de către individul însuși a părților sale corporale). O diferență semnificativă pare să se manifeste între tineri și vârstnici pentru unele mișcări pasive - de exemplu, cele care mobilizează genunchii și șoldurile ; în schimb, nu s-a evidențiat nici o diferență pentru mișcările active (Ochs et al., 1985).

Pipăitul, temperatura, durerea

1. Pipăitul

Diferiți receptori conținuți sub piele ne permit să percepem o presiune. Pragurile absolut și diferențial cresc odată cu vârsta, ceea ce se traduce printr-o scădere a sensibilității tactile la nivelul palmei (Cauna, 1965). Pentru cea mai mare parte a restului corpului, sensibilitatea rămâne neschimbată până la vârste foarte înaintate (Kenshalo, 1977).

2. Temperatura

Percepția temperaturii este permisă grație prezenței unor receptori specifici (chemoreceptori) conținuți sub piele. Nu există decât foarte puține cercetări consacrate efectului vârstei asupra acestei modalități senzoriale. Potrivit lui Clark și Mehl (1971), pragurile absolut și diferențial ale senzației de căldură ar crește semnificativ la subiectul vârstnic. În schimb, perceperea frigului s-ar caracteriza printr-o foarte slabă creștere a pragurilor (Hensel, 1981). Aceste rezultate par să contrazică observația cotidiană a comportamentului persoanelor vârstnice în raport cu vremea. Este o constatare clasică aceea că persoanelor în vârstă le place mai mult decât celor tinere să trăiască într-o locuință mai bine încălzită. În realitate, această contradicție este doar aparentă, pentru că nu trebuie confundată perceperea

temperaturii cu termoreglarea. Aceasta din urmă se referă la faptul că toate animalele așa-numite cu sânge cald dispun de mecanisme fiziologice care mențin temperatura corporală într-un interval foarte stabil - la ființa umană, între 36,6 °C dimineața și 37,5 °C seara. Febra este un simptom de disfuncție a acestor mecanisme și dovada unei boli infecțioase. Termoreglarea este mai puțin eficace odată cu îmbătrânirea, ceea ce se traduce la vârstnici printr-un comportament de compensare, fie prin creșterea temperaturii locuinței, fie prin îmbrăcarea de haine călduroase. Asta nu înseamnă că la nivel senzorial pragurile absolut și diferențial scad odată cu îmbătrânirea.

3. Durerea

Sensibilitatea la durere este un domeniu de cercetare în plină expansiune. Este vorba despre o dimensiune terapeutică apreciată ca fiind din ce în ce mai importantă de către pacienții care doresc în același timp să fie îngrijiți, dar și să se vindece fără ca tratamentul să fie dureros. Îmbătrânirea este însoțită de o creștere foarte semnificativă a prezenței bolilor cronice. Aceasta antrenează în plan clinic o înmulțire a acuzelor de dureri din partea persoanelor vârstnice. În schimb, rezultatele sânt atât de contradictorii, încât e greu să se afirme cu toată certitudinea că pragurile de percepere a durerii scad odată cu înaintarea în vârstă. Unele rezultate evidențiază acest aspect, altele nu (Corso, 1987). Dificultățile metodologice sânt cele mai importante în studiul acestei modalități senzoriale.

Percepția echilibrului

1. Echilibrul - o funcție esențială

Gravitația terestră este forța pe care o exercită Pământul asupra tuturor corpurilor, făcându-le să cadă spre centrul său. Orice organism trebuie deci să dispună de mecanisme care să-i permită să lupte împotriva efectului gravitației și, astfel, să-și păstreze echilibrul și să-și controleze orientarea în spațiu în cursul deplasărilor sale. Această necesitate este deosebit de importantă la om, care este un biped permanent și trebuie, prin urmare, să-și păstreze poziția ortostatică. Învățarea mersului la copil dovedește complexitatea proceselor senzoriomotorii puse în

funcțiune în această activitate. Înainte de a stăpâni total mersul și poziția ortostatică, bebelușul trebuie să învețe să lupte împotriva gravitației, controlându-și echilibrul și orientarea.

În plan evolutiv, originea mersului biped rămâne un mister. De la Darwin încoace, obișnuim să considerăm că o caracteristică fenotipică (fiziologică, anatomică sau comportamentală) esențială pentru o specie are un sens adaptativ. Cu alte cuvinte, mersul biped, caracteristică esențială a speciei umane, trebuie să fi fost în istoria omului un răspuns vital la o solicitare a mediului. Aici e dificultatea. Mersul biped este o tehnică de locomoție ce pare să prezinte mai mult inconveniente decât avantaje (figura 1): el este sursa foarte multor patologii, precum problemele de circulație sangvină sau problemele spatelui (lumbago, hernie de disc etc). Îmbătrânind, suntem tot mai expuși acestor boli legate de poziția ortostatică. În plus, aceste probleme sânt însoțite de dificultăți din ce în ce mai frecvente de control al echilibrului ce le provoacă vârstnicilor numeroase căderi și accidente. Aceste probleme sânt semnificativ atenuate la animalele patrupede. Unii cercetători au avansat ipoteza unei origini acvatice a omului. Ar fi vorba de o maimuță pe care hazardurile geografice au obligat-o să trăiască în mediul acvatic. Or, într-un asemenea mediu, statul în picioare nu mai este un handicap, pentru că apa antrenează un fenomen de microgravitație.

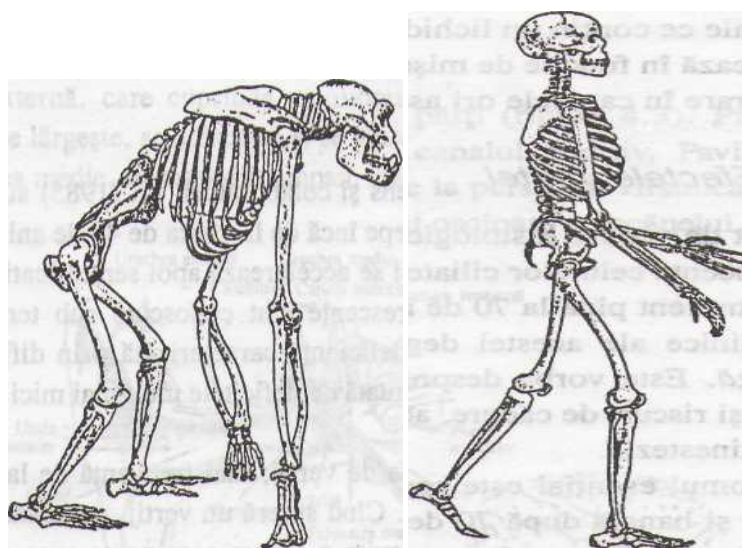


Figura 1. Posturi comparate: a gorilei (stînga), care este un patruped, și a omului (dreapta), care este un biped

„De altfel, cosmonauții se antrenează adesea în piscine, deoarece mediul acvatic, datorită microgravitației sale, este mult mai apropiat de imponderabilitatea spațială decât mediul terestru. Morgan (1988, 1994), mare jurnalist științific britanic, a publicat lucrări de sinteză pe această temă.

2. Aparatul senzorial și efectele vârstei

Organul senzorial atașat funcției de echilibrare este sistemul vestibular conținut în urechea internă. El este constituit din canalele semicirculare, utriculă și saculă. Canalele semicirculare sânt în număr de trei, câte unul pentru fiecare plan al spațiului. Așa cum indică și numele lor, este vorba despre niște canale ce conțin un lichid. Pereții lor sânt căptușiți cu cili sensibili care se deplasează în funcție de mișcările corpului. Ei sânt cei care ne dau senzația de accelerare în carusele ori ascensoare sau pe cea de pierdere a echilibrului.

Din punct de vedere histologic, Qchs și colaboratorii săi (1985) au arătat că degenerescenta celulelor ciliate începe încă de la vârsta de 40 de ani, continuă într-un ritm lent până la 70 de ani și se accelerează apoi semnificativ. Consecințele clinice ale acestei degenerescente sânt cunoscute sub termenul de *prezbistază*. Este vorba despre o deficiență caracterizată prin dificultăți de echilibru și riscuri de cădere, accentuată de deficitele mult mai mici observate la nivel kinestezic.

Simptomul esențial este senzația de vertij, mai frecventă de la vârsta de 40 de ani și banală după 70 de ani. Când suferă un vertij, persoana în cauză trebuie să se așeze rapid pentru a evita o cădere care poate avea consecințe foarte grave. Pe de altă parte, în mod mai cronic, persoana vârstnică se caracterizează printr-o oscilare a corpului mult mai accentuată. Corpul este readus în poziție ortostatică prin compensări permanente la axa verticală, ceea ce are drept consecință oscilarea sa permanentă în jurul axei verticale. Amplitudinea acestei oscilații crește semnificativ după vârsta de 60 de ani, fapt ce provoacă numeroase căderi și accidente (Ferne *et al.*, 1982 ; Overstall *et al.*, 1978).

EFECTELE SCHIMBĂRILOR AUDITIVE ȘI VIZUALE LEGATE DE VÂRSTĂ.

Efectele schimbărilor auditive legate de vârstă

1. Noțiuni generale

Ține de observația curentă faptul că auzul este foarte sensibil la efectul îmbătrânirii. Se glumește adesea pe seama vârstnicilor imitând persoana surdă căreia cei de alături trebuie să-i repete la nesfârșit niște cuvinte ca să le înțeleagă. Numeroase scheciuri umoristice au preluat această temă ca subiect de ridiculare. Numărul persoanelor purtătoare de proteză auditivă crește semnificativ odată cu vârsta. Acest deficit este provocat de o degenerescență a aparatului auditiv și de dificultăți de auz numite *prezbiacuzie*.

2. Aparatul auditiv

Aparatul auditiv uman este constituit din trei părți. Prima este urechea externă, care cuprinde pavilionul și canalul auditiv. Pavilionul se întărește, se lărgeste, se adâncește și se alungește la persoana vârstnică. A doua este urechea medie, formată din timpan, cele trei oscioare (ciocănelul, nicovala și scărița), fereastra ovală și trompa lui Eustachio. Modificările observate la nivelul timpanului și al celor trei oscioare sunt importante, dar par să fie în mică măsură legate de fenomenul de prezbiacuzie. A treia parte este urechea internă, care conține sistemul vestibular (deja descris) și receptorii celulelor auditive și vestibulare. Receptorii celulelor auditive constituie o structură numită cohlee (sau melc membranos), plină cu un lichid care se deplasează sub efectul vibrațiilor sonore. Aceste deplasări excită terminațiile ciliate ale celulelor constitutive ale peretelui intern al melcului, numit organul lui Corti. La acest nivel, vibrațiile sonore sunt transformate în influxuri nervoase. Se pare că degenerescența progresivă odată cu vârsta a acestor celule ciliate este responsabilă de scăderea auzului la persoana vârstnică (Whitbourne, 1985).

3. Efectele vârstei asupra aparatului auditiv

Pragurile absolute de percepție, în special sunetele pure (frecvențe înalte), cresc începând cu vârsta de 40 de ani (Corso, 1984). Fenomenul este mai important la bărbați decât la femei, probabil din cauza condițiilor de viață și profesionale (expunere la medii zgomotoase). În schimb, pragurile diferențiale par să fie puțin afectate de vârstă.

Mai precis, prezbiacuzia se produce printr-o scădere în percepția sunetelor pure. Ea este provocată de patru tipuri de schimbări în urechea internă (Olsho et al., 1985):

- senzoriale: atrofia și degenerescenta (evaluată la 12 %) ca celulelor ciliate;
- nervoase: pierdere neuronală (evaluată la 31 %) în circuitul nervos auditiv;
- metabolice: disfuncție metabolică în celulele cohleare (evaluată la 35 %);
- mecanice : atrofia și lărgirea structurilor vibratorii ale melcului.

Fiecare dintre aceste schimbări provoacă o prezbiacuzie, dar severitatea simptomelor este diferită: schimbările senzoriale au efecte minore; schimbările nervoase afectează percepția limbajului; schimbările metabolice provoacă o scădere a auzului pentru toate tonalitățile; iar schimbările mecanice afectează auzul pentru toate tonalitățile și în special pentru cele înalte.

4. Perceperea limbajului

Perceperea limbajului este o necesitate socială fundamentală. Persoana vârstnică afectată de o prezbiacuzie severă are tendința de a trăi într-un mediu zgomotos. Ea dă mult mai tare sonorul la televizor sau la radio, le cere celor din anturaj să-i repete ce au spus. Toate acestea sfârșesc prin a incomoda anturajul și, astfel, se observă frecvent la persoana vârstnică un fenomen de retragere socială. Aceasta nu mai ascultă și nu mai comunică.

Două tipuri de teste sânt utilizate pentru măsurarea nivelului de percepere a limbajului: testul de recunoaștere și testul de discriminare. În cadrul celui dintâi, persoana trebuie să recunoască o serie de cuvinte curențe pronunțate cu o voce obișnuită. În cel de-al doilea, persoana trebuie să diferențieze cuvinte cu sunete corespunzând frecvenței lor în limba maternă. Cele două teste relevă o scădere a

performanțelor în special după vârsta de 50 de ani (Olsho *et al.*, 1985). Acest declin este accentuat în situațiile în care mesajul ce trebuie perceput se află în concurență sonoră cu un zgomot sau cu alte mesaje lingvistice (Stine *et al.*, 1986).

5. Remedierea

Există tehnici de remediere ce vizează compensarea efectelor prezbiacuziei la persoana vârstnică. Ele se bazează pe o dublă antrenare, cea a lecturii labiale și cea a auzului. Prima tehnică este utilizată inconștient de toți adulții. Într-adevăr, este inexact să credem că percepem exhaustiv mesajele lingvistice. Această percepție este în realitate parțială, ceea ce nu ne împiedică să avem sentimentul unei percepții totale. Compensăm fie completând sunetele auzite cu sunetele lipsă (nu trebuie uitat niciodată că percepția este o activitate, și nu o receptare pasivă), fie inferând prin citirea pe buze a conținutului mesajului emis de interlocutorul nostru. A doua tehnică antrenează persoanele vârstnice să-și fixeze percepțiile auditive pe sunete-cheie. Combinarea celor două tehnici provoacă o ameliorare semnificativă a perceperii limbajului. Din păcate, puține persoane în vârstă urmează o astfel de cale de remediere, care este adesea considerată plicticoasă sau chiar obositoare. În schimb, mulți dintre vârstnici poartă proteze auditive, ceea ce permite o relativă compensare în anumite registre auditive.

Efectele schimbărilor vizuale legate de vârstă.

1. Aparatul vizual

Ca și auzul, văzul este o modalitate senzorială deosebit de importantă pentru specia umană și totodată sensibilă la efectul vârstei. Ochiul este în același timp un sistem optic și o structură nervoasă și retiniană. Conceptul de *activități perceptivă* este cât se poate de adecvat pentru a descrie vederea. Koffka, în cartea sa despre psihologia formei, pune întrebarea următoare: „Seamănă lucrurile cu ceea ce par pentru că sânt ceea ce sânt?”. Răspunsul lui Koffka este „nu”, percepțiile noastre sânt construcții mentale declanșate de stimulări fizice (unde electromagnetice, în cazul văzului) care nu reprezintă o realitate în sine; de altfel, ce e realitatea?

Exemplul flagrant este cel al fenomenului de inversare a imaginilor. Celebrul astronom Kepler demonstrase că imaginile care ajung la retină sânt inversate. Totuși, noi percepem lumea în aspectul ei firesc. Prin urmare, căile nervoase optice tratează această imagine astfel încât perceptul nostru reasează „lumea cu picioarele în jos”.

Marele specialist american Hubel (1994) explică faptul că ochiul este adesea comparat cu un aparat de fotografiat, dar ar fi mai corect să-l comparăm cu o cameră de televiziune fixată pe un trepied conectat la un sistem de urmărire automată (mușchii oculari); această cameră ar avea un reglaj automat (mușchii oculari, cristalinul), un control al deschiderii diafragmei în funcție de intensitatea luminii (irisul) și o lentilă autolavabilă (cristalinul) (ansamblul ar constitui sistemul optic); în plus, ea ar fi legată la un computer foarte elaborat, capabil să trateze paralel informațiile (ansamblul ar reprezenta căile nervoase optice și retina).

2. Efectele vârstei asupra sistemului vizual

Efectele vârstei asupra sistemului vizual apar începând cu vârsta de 40 de ani pentru structura optică și de la 60 de ani pentru structura retiniană. Declinurile nu au deci aceeași semnificație înainte și după 60 de ani.

Structura optică (corneea, cristalin, mușchi oculari, umoare sticloasă) are drept funcție producerea unei imagini focalizate și clare a lumii exterioare pe retină. Un prim tip de modificări legate de vârstă afectează transmisivitatea ochiului și capacitatea sa de acomodare. Aceasta se traduce prin probleme în perceperea obiectelor îndepărtate, a profunzimii, în sensibilitatea la lumină foarte puternică și la culori. Apar modificări în cele patru structuri optice:

- corneea se opacizează și se rigidizează, ceea ce provoacă o accentuare a astigmatismului și a vederii tulburi. Astigmatismul este o tulburare vizuală legată de o proastă refracție a imaginii pe retină, unul dintre efectele sale specifice fiind dificultatea de a recunoaște anumite litere. De exemplu, persoana va recunoaște perfect un E, dar se va dovedi incapabilă să recunoască un H. Aceasta se datorează faptului că astigmatismul său se traduce printr-o incapacitate de a percepe liniile

verticale, esențiale în perceperea literei H, în timp ce perceperea liniilor orizontale, esențială în percepția E-ului, nu este afectată în acest exemplu;

- mușchii oculari, legați de cristalin, se atrofiază. Această atrofiere provoacă o scădere a capacității de acomodare a ochiului și, astfel, o dificultate în perceperea obiectelor apropiate;
- cristalinul, care este o lentilă ce permite proiectarea imaginilor pe retină, se rigidizează, ceea ce se traduce printr-o scădere a capacității sale de acomodare, se îngălbenește, ceea ce modifică compoziția luminii proiectate pe retină, și se opacizează adesea la persoana vârstnică, ceea ce antrenează o patologie numită „cataractă”. În forma sa severă, cataracta necesită o intervenție chirurgicală ce constă în ablațiunea cristalinului. Pacientul va trebui să poarte lentile corectoare care să atenueze această lipsă a cristalinului;
- camera posterioară plină cu un lichid, umoarea sticloasă, ce conține substanțele nutritive necesare cristalinului, se lichefiază, adică are tendința ca, odată cu înaintarea în vârstă, să se limpezească și să devină mai puțin gelatinoasă. Consecința este o creștere a sensibilității la lumină puternică. Acest fenomen este supărător îndeosebi în conducerea automobilului.

Un al doilea tip de schimbare este legat de sistemul retinian. Retina conține în straturile sale profunde celule receptoare numite conuri și bastonașe. Ele suferă alterări chimice prin excitare luminoasă, care generează influxuri nervoase și care, prin nervul optic, ajung la zonele vizuale occipitale din creier. În locul unde nervul optic părăsește ochiul, se constată o absență a celulelor receptoare, ceea ce creează un punct orb. Majoritatea conurilor sînt grupate în jurul foveii. Este vorba despre partea centrală a unei regiuni numite maculă, unde se concentrează fasciculul luminos. Bastonașele sînt observate exclusiv în partea periferică a retinei. În fine, bastonașele permit vederea în alb și negru, în timp ce conurile permit vederea în culori. Cu vârsta, crește probabilitatea unei degenerescențe a celulelor receptoare ale maculei. Rezultă o pierdere a vederii fine a detaliilor. Lectura devine o activitate dificilă, iar imaginile televizate sînt percepute estompat. Pe de altă parte, această degenerescență antrenează dificultăți în perceperea culorilor.

3. Rezumat

Schimbările în percepția vizuală pot fi rezumate prin șase fenomene :

1. Pragurile absolute și diferențiale cresc odată cu vârsta (Kline și Schieber, 1985 ; Corso, 1981);
2. Sensibilitatea la lumină puternică crește începând de la 40 de ani (Kline și Schieber, 1985);
3. Perceperea culorilor pare să fie afectată de vîrstă. Apar dificultăți în distingerea între anumite culori (Kline și Schieber, 1985);
4. Acuitatea, care se referă la capacitatea de rezoluție și de discriminare (măsurată prin celebrul test, aplicat la oftalmolog, de percepere a unor litere de la o anumită distanță), este afectată de timpuriu. Încă de la 20 de ani, acuitatea începe să scadă lent până la 60 de ani. După această vîrstă, declinul se accentuează (figura 4.6);
5. Adaptarea, care este sensibilitatea ochiului la schimbarea intensității luminoase (adaptare la întuneric și adaptare la lumină), scade cu vîrsta. Aceasta se traduce printr-o creștere a timpului necesar pentru a ne adapta la schimbarea de luminozitate (Wolf, 1960);
6. Câmpul vizual, adică aria totală acoperită printr-o privire constantă, cu un punct de fixare constant, se modifică odată cu înaintarea în vîrstă. Câmpul periferic se îngustează cu câteva grade începînd de la 40-45 de ani (Kline și Schieber, 1985). La 20 de ani, el este în medie de 170 de grade, în timp ce la 50 de ani este de doar 140 de grade.

EPECTELE PSIHOLOGICE ALE SCHIMBĂRILOR AUDITIVE ȘI VIZUALE LEGATE DE VÂRSTĂ

Am văzut că printre zonele cerebrale deosebit de afectate de vârstă nu figurează zonele primare de recepție ale auzului și vederii. În schimb, zonele asociative care stabilesc corelații între diferitele zone cerebrale par să fie afectate de vârstă. În consecință, este logic să constatăm, așa cum o dovedesc mai multe cercetări (Horn, 1980; Schaie *et al.*, 1964; Raz *et al.*, 1990), că nu există o legătură semnificativă între deficiențele senzoriale de natură auditivă și vizuală și funcționarea cognitivă generală (memorie și inteligență). În schimb, unele lucrări lasă să se presupună că lucrurile ar putea sta altfel după vârsta de 60-70 de ani. Este evident că acest interval de vârste nu are decât o valoare statistică. Deficiențele auditive și vizuale ce apar la vârstnic nu ar fi doar de natură periferică, așa cum e cazul de cele mai multe ori la subiectul tânăr, ci și de natură centrală, adică legate de deteriorări neuronale (Werner *et al.*, 1990; Fozard, 1990). Pe de altă parte, unele cercetări (Thomas *et al.*, 1983) au evidențiat o legătură între deficiențele senzoriale auditiv și vizual și diverse teste cognitive. În sfârșit, boala Alzheimer este asociată cu o degenerescență a nervului optic și cu o acuitate vizuală foarte deficitară.

O cercetare a lui Lindenberger și a colaboratorilor săi (1994) merită să fie menționată pentru a ilustra această schimbare de semnificație a deficitelor auditive și vizuale la vârstnicul de peste 60-70 de ani. Finalitatea experimentului era de a studia dacă acuitățile vizuală și auditivă constituie niște buni predictorii ai nivelului intelectual la persoanele de peste 70 de ani. Se știe că la adultul tânăr nu există o corelație între aceste acuități și nivelul intelectual. Altminteri, aceasta ar însemna că purtătorii de ochelari - 56 de subiecți cu vârste de peste 70 de ani, împărțiți în două grupe, de peste sau sub 85 de ani, și ale căror caracteristici sânt reprezentate în tabelul 1. au un IQ (coeficient de inteligență) mai scăzut decât al celorlalți!

Tabelul 4. Caracteristici ale subiecților experimentului lui Lindenberger și al colaboratorilor săi (1994)

Variabile	Grupe de vîrstă					
	70-84 de ani		85-103 de ani		Total	
	Medie	Deviație	Medie	Deviație	Medie	Deviație
Vîrstă	77,3	4,6	92,6	4,7	84,9	9,0
Nivel de	11,6	3,1	10,4	2,6	11,0	3,0
Sănătate	2,9	1,1	3,0	1,1	2,9	1,1
Sănătate	8,1	3,3	9,1	2,9	8,6	3,1
Acuitate	0,42	0,16	0,25	0,16	0,33	0,19
Acuitate auditivă	41,2	15,2	51,4	13,6	46,3	15,3

Fiecare subiect a trecut printr-o baterie de 14 teste cognitive care măsurau cinci mari dimensiuni cognitive: viteza (trei teste), raționamentul (trei teste), memoria (trei teste), cunoștințele (trei teste) și fluiditatea (două teste).

Sănătatea subiectivă a fost apreciată cu ajutorul unei scale pe care subiectul trebuia să-și autoevalueze starea de sănătate. Sănătatea obiectivă a fost măsurată prin numărul de boli diagnosticate la subiect. Acuitatea vizuală a fost măsurată cu testul clasic al literelor, iar acuitatea auditivă, prin pragurile în decibeli și în înălțimi tonale. Tabelul arată că diferențele semnificative dintre cele două grupe apar la variabilele „vîrstă”, „acuitate vizuală” și „acuitate auditivă”.

Autorii au realizat atunci o analiză structurală pentru a determina natura relațiilor statistice, deci corelațiile dintre vîrstă, acuitatea vizuală, acuitatea auditivă și inteligență. O corelație este o măsură a legăturii ce poate exista între două serii de măsurători. Ea este cuprinsă între -1 și +1. Să ne imaginăm că un cercetător vrea să știe dacă există o legătură între IQ (coeficientul de inteligență) și înălțimea unui individ. Pentru aceasta, el va stabili pentru o populație dată două serii de măsurători, prima referitoare la înălțime, iar a doua la IQ. Simplificând, se poate prezice că el ar putea observa trei tipuri de legături între cele două serii de

măsurători. În primul caz, cercetătorul constată că, cu cât individul este mai înalt, cu atât IQ-ul său este mai mare. Va deduce de aici că indivizii înalți sânt mai inteligenți decât cei scunzi. Corelația măsurată va fi atunci apropiată de valoarea „+1”. El poate însă observa, în al doilea caz, și legătura inversă: cu cât indivizii sânt mai scunzi, cu atât IQ-ul lor este mai mare. Corelația măsurată va fi atunci apropiată de valoarea „-1”. În sfârșit, în ultimul caz, iar acesta este cel pe care l-ar observa în realitate, nu apare nici o legătură între înălțime și IQ. Corelația va fi atunci apropiată de valoarea „0”. Pe de altă parte, o corelație măsoară o legătură statistică, dar nu stabilește o legătură de cauzalitate. Să ne imaginăm că se constată o corelație pozitivă între evoluția temperaturii în Brazilia și evoluția moralului francezilor. Statisticianul va constata existența unei legături statistice, dar cercetătorul va trebui să dea un sens acestei legături, stabilind un model cauzal care să permită trecerea de la meteorologia braziliană la moralul francezilor. Fără elaborarea unui astfel de model, corelația nu va fi decât un număr lipsit de interes științific. Analizele structurale, numite uneori analize în piste cauzale, le permit cercetătorilor să-și testeze modelele teoretice pentru a da un sens legăturilor statistice pe care le observă. Rezultatele cercetării lui Lindenberger și a colaboratorilor săi (1994) apar sub forma unei diagrame structurale (figura 1.).

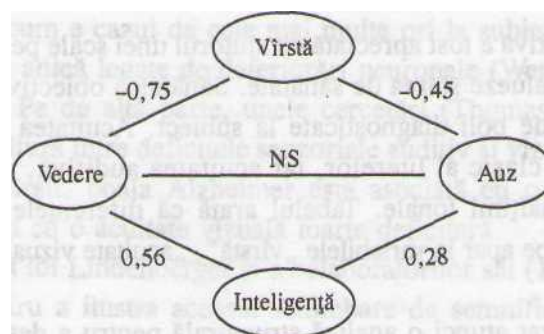


Figura 2. Model structural al relațiilor existente între vîrstă, acuitatea vizuală, acuitatea auditivă și inteligență (după Lindenberger et al., 1994)

Notă : *NS înseamnă nesemnificativ.* Corelația este prea slabă pentru a permite considerarea ipotezei unei legături cauzale între vîz și auz.

Această diagramă arată că acuitatea senzorială mediatizează efectul vîrstei asupra performanțelor intelectuale. Altfel spus, scăderea capacităților senzoriale auditive și vizuale este una dintre cauzele importante ale declinului intelectual odată cu

înaintarea în vârstă. Absența unei corelații semnificative între vedere și auz conduce la presupunerea că declinul vizual și cel auditiv sânt independente.

Se poate avansa ipoteza că scăderea acuității vizuale și auditive legată de îmbătrânire are drept consecință un fel de privare senzorială ce limitează stimulările din mediu necesare activităților cognitive. Acesteia îi urmează o scădere generală a activităților intelectuale, care sânt astfel din ce în ce mai puțin solicitate. Persoana vârstnică este în acest caz victima unui fel de „autism intelectual”.

Concluzie

Unele modalități senzoriale, precum mirosul, nu sânt decât foarte puțin afectate de vârstă, în timp ce altele, ca auzul, sânt sever atinse. Trei modalități senzoriale sânt vizate în principal de senescență: echilibrul, auzul și vederea. Îmbătrânirea lor are consecințe importante, uneori grave, atât la nivel psihologic, cit și social. În fine, deficitelc senzoriale de natură auditivă și vizuală apar ca niște cauze importante ale unui declin general în funcționarea activităților intelectuale.

TULBURĂRILE PSIHICE LA VÂRSTA ÎNAINȚATĂ

Studierea tulburărilor psihice la vârsta de involuție are o mare importanță medico-socială. În prezent se constată creșterea procentuală a populației de vârstă înaintată, de aceea numărul bolnavilor cu tulburări psihice, psihopatologia cărora ne este elucidată definitiv.

Cu vârsta se schimbă starea organelor interne și a encefalului. În această perioadă apar tulburări ale funcțiilor compensatorii și de apărare ale organismului, pot apărea diferite dereglări psihice.

Cunoașterea tabloului clinic al unor manifestări psihopatologice legate de vârsta înaintată orientează asistentul social în stabilirea unei corecte atitudini medico – sociale.

Perioada de involuție presenilă se constată de la vârsta de 50-60 ani, iar senilă de la 65-70 ani.

1. Etiopatogeneza psihozelor de involuție

Etiopatogeneza este destul de complicată și încă nu este suficient de cercetată. Mulți autori consideră că la o vârstă înaintată dereglările psihice sunt legate de următorii factori:

- Dereglări endocrine datorate climaxului. La această vârstă apar dereglări ovarice, totodată se observă și la bărbați disfuncția pancreasului insular și tulburarea secreției de adrenalină.
- Modificarea funcțiilor sexuale, și diencefalului
- Modificări în întregul sistem somatic
- Modificări tisulare, celulare, biochimice și moleculare.

T. Pirozinschi, V.Chiriță, P.Boișteanu consideră că o mare însemnătate au modificările biochimice care apar sub forma scăderii apei intracelulare iar în țesuturi se constată o creștere a sodiului, clorului, kaliului cu scăderea potasiului, magneziului și fosforului. Variația electrolică este mai puțin însemnată în creier față de celelalte organe. Activitatea enzimatică scade, îndeosebi activitatea lipidică. Prin scăderea consumului de oxigen în creier și a oxidării tisulare, metabolismul

bazal coboară, de asemenea scade sinteza proteinelor, țesuturile suferind un proces atrofie.

O mare însemnătate în etiologia psihozelor presenile și senile au factorii somatogeni: infecțioși, psihogeni și factorii morfologici. S-a dovedit că demența senilă apare în urma atrofiei celulelor scoarței cerebrale, mai ales prin distrugerea celulelor ganglionare.

Tabloul Clinic al dereglărilor psihice la vârsta înaintată are aspectul de :

- Anxietate și fobii
- Inhibiție motorie parțială
- Predominarea ideilor delirante de reacție, autoacuzare, automutilare, jaf.
- Stări depresive au o amprentă de apatie, astenie, supărare, cu o nervozitate inadecvată
- Ideile delirante sunt lipsite de volum. În starea de involuție este caracteristic delirul de dimensiuni mici. Delirul este îndreptat către persoane concrete din anturajul apropiat.
- Adeseori la vârsta înaintată apar halucinații olfactive și tactile.

2. Clasificarea dereglărilor psihice la vârsta înaintată

1. Sindroamele neurastenice și astenice
2. psihozele presenile
3. psihozele senile
4. psihozele atrofice

Clinica sindroamelor neurastenice și astenice

În perioada de involuție apar tulburări endocrine însoțite de diabet, hipertirioide, artroze, osteohondroze, și alte fenomene somatice de îmbătrânire. Trebuie subliniat că menopauza poate avea un caracter patologic care se desfășoară cu variate forme clinice. În primul rând la aceste persoane apare nervozitatea, labilitatea emoțională cu hiperemotivitatea, și iritabilitate însoțită de astenie, tristețe, cefalee, vertije, călduri. În sindromul neurastenic, și astenic pot să se includă simptome isteriforme cu tendințe spre crize dramatizate. Alături de

astenia fizică apar reacții paroxistice cu teatralizarea suferinței. La bărbații de vîrstă înaintată apar simptomele nevrotice, obsiv-fobice cu dereglări vegetative. Sindroamele neurastenice și astenice odată cu vîrsta se agravează și pot ajunge la o stare psihotică.

Clinica psihozelor prezenile

Psihozele prezenile pot fi împărțite în :

- melancolia prezenilă
- psihozele delirante de prezenilitate

Melancolia prezenilă

Debutul melancoliei prezenile deseori se manifestă după o traumă psihică. Boala începe cu o astenie sau ipohondrie. Tabloul clinic se caracterizează prin depresie, anxietate și fobii. Bolnavii nu-și găsesc locul, sunt agitați pierd pofta de mîncare, nu dorm. Starea depresivă și anxietatea se agravează seara. Bolnavii cred că în curînd se va produce o mare catastrofă pe pămînt, vor fi distruse orașe , case, și ei poartă vina pentru acestea. Pe fondul depresiv apare delirul de autoacuzare, autoumilitare.

Deseori la acești bolnavi apar simptome ipohondrice cu delir de negație, cu aspect caracteristic sindromului Cotard. În acest caz bolnavii afirmă că toate organele interne putrezesc, că ei nu au stomac, inimă , plămîni și sînge.

În cazul acesta melancolia prezenilă apare după o traumă psihică îndelungată și tabloul clinic este caracterizat de depresie și anxietate. Clinic pot fi diferențiate următoarele forme de melancolie prezenilă:

1. Forma acută malignă se manifestă prin frică , delir acut, depresie anxioasă și agitație psihomotorie . La acești bolnavi apar boli somatice. Evoluția este pînă la cîteva luni , pronosticul este grav.
2. Forma stuporoasă se caracterizează prin inhibiție motorie , mimica este depresivă. Bolnavii nu răspund la întrebări, tot timpul se află în pat, refuză să mănînce.
3. Forma maniacală se caracterizează prin simptomatologie polimorfă. Apare o stare hipomaniacală cu agitație psihomotorie asociată cu

dezinhibiție instinctuală, cu tendință spre vulgarități. Starea euforică și fuga ideilor este variabilă și apare în faze de scurtă durată.

Clinica psihozelor delirante de presenilitate

Psihozele delirante de presenilitate sunt însoțite de sindroamele paranoid și paranoic. Paranoicul presenil se desfășoară lent pe neașteptate. Bolnavii devin nervoși „caută pricină” la orice pas. Nu le place ce se petrece în familie, în societate devin suspicioși, deseori li se pare că vecinii intră în casă și fură, de aceea intră în conflict cu ei. Bolnavii pun la ușă mai multe lacăte, noaptea stau la pîndă sau schimbă locuința, dar și la locul nou de trai observă „că furtul se prelungește”. La acești bolnavi treptat se formează delirul de jaf și apare delirul de relație, influență și otrăvire. Stările delirante sunt susținute de un fond depresiv cu elemente de anxietate. Apar și dereglări de percepție: halucinații auditive, vizuale, chinestezice.

La unii bolnavi apar și dereglări psihosociale. Trebuie subliniat că ideile delirante și halucinațiile apar episodic, au un sens concret, apropiat de adevăr. Totodată la bolnavii cu delir de involuție, poate să apară și un delir paranoic de gelozie sau ipohondric. De menționat că psihozele delirante de presenilitate au o evoluție cronică. Cu timpul delirul devine mai redus, dar nu dispare complet. Bolnavii sunt permanent anxioși și suspicioși.

Psihozele senile

Psihozele senile pot fi împărțite în următoarele forme:

Demența senilă

Sindromul maniacal senil

Sindromul halucinator –delirant senil

Sindromul depresiv senil

Presbiofrenia(forma Vernike).

Demența senilă

Apare mai frecvent la vârsta de 65-70 ani, și se caracterizează prin regresie psihică globală. Boala începe cu regresie intelectuală și dereglări comportamentale. La început este afectată memoria. Bolnavii cu greu rețin evenimentele recent

petrecute, apare amnezia progresivă, în astfel de cazuri la bolnavi apare dezorientarea temporo-spațială. Treptat se distruge capacitățile funcției memoriei, evenimentele prezente nu pot fi fixate în schimb se păstrează datele din viața trecută(legea lui Ribot). Treptat bolnavii pierd totalmente capacitatea de a memoriza și la întrebarea pusă răspund cu unul și același cuvânt . Deseori bolnavii răspund alături. Totodată degradează și limbajul, el devine mai sărac sau stereotipic, iar gândirea pierde sensul și logica și apar asociații întâmplătoare. Comportamentul se caracterizează prin agitație motorie care deseori apare noaptea. Bolnavii nu dorm, vorbesc fără rost, strâng totul din casă ca să pornească la drum , neavând vre un scop. La acești bolnavi este afectată starea emotivă. La început bolnavii sunt nervoși , deprimați, ulterior apare o euforie inadecvată, lent, în stadiul terminal, dispar emoțiile, bolnavul devine dement total, păstrându-se doar reflexele de hrană.

Sindromul maniacal senil

Se caracterizează prin agitație psihomotorie cu euforie pronunțată, cu o stare expansivă lipsită de critică. Bolnavii afirmă că sunt tineri și trebuie să se căsătorească, că pot ocupa un post în guvern. Acestea repede ajung într-o stare de puierilizm.

Sindromul halucinator delirant senil

Se caracterizează prin halucinații și idei delirante pe fondul unei hipomnezii, cu neliniște și agitație. Deseori la acești bolnavi apar halucinații vizuale și auditive . Totodată se dezvoltă sentimentul de jaf, ipohondrie, care sunt legate de halucinații. Poate apărea așa numitul Delirium fals sau Delirium senil(S.Jislin), când bolnavul este dezorientat în spațiu și își amintește fals ambianța din trecut.

Sindromul depresiv senil

Poate debuta după o dramă psihică sau boală somatică și se manifestă prin apariția unor tristeți cu apatie, delir cu autoacuzare, sau prejudiciu care are un caracter de absurditate și evoluează spre o demență totală.

Evoluția bolii este destul de gravă. Bolnavii se află permanent în spital .

Presbiofenia(forma Vernike)

Presbiofenia poate fi acută sau cronică. Prima se caracterizează prin debut

brusc , cînd apar stări halucinatorii și delirante pe fondul unei agitații psihomotorii. Forma cronică se caracterizează prin scăderea memoriei, apare dereglări de gîndire. Se formează sindromul amnezo- corsacov.

Psihozele atrofice

Reprezintă un grup de boli, psihice cronice, care se întîlnesc la vîrsta înaintată în etapa presenilă sau senilă și se caracterizează prin demența totală pe fond de atrofieri cerebrale. Este vorba despre bolile Alzheimer, Parkinson, demența PICK și Coreea, Huntington).

Boala Pick

Se produce la 45-50 ani, evoluția durează 5-10 ani, clinica depinde de localizarea atrofiei creierului, în general boala începe cu scăderea intelectuală . Apare o demență globală, și progresivă dacă procesul atrofic se găsește la nivelul lobilor frontali, la bolnavi apare astenia, apatia, abulia, scade activitatea psihicului, se dereglează limbajul care devine neînțeles. Dacă procesul atrofic se găsește la nivelul lobilor frontali, atunci se manifestă o stare de excitație motorie cu euforie pronunțată, cu scăderea simțului critic, dar cu păstrarea memoriei, și orientării în spațiu. Cînd procesul atrofic se află la nivelul lobilor temporari, apare o stereotipie a limbajului, scade simțul critic, apar dereglări de gîndire . De menționat că în general boala Pick începe cu scăderea intelectuală fără a suferi mai mult memoria. Bruscu apar dereglări de gîndire, fiind afectate cele mai complicate procese de asociație. Scade simțul critic și procesul de gîndire abstract. Apar deseori elemente pseudoparalitice cu dereglarea limbajului. Limbajul devine mai sărac, se observă o stereotipie a cuvintelor, cu timpul bolnavii nu mai vorbesc. Odată cu dereglarea limbajului se observă și o stereotipie a scrisului. În starea terminală a bolii bolnavul este inert și cașectic.

Boala Alzheimer

Debutul bolii se produce la 55-56 ani, evoluția 8-9 ani. Boala se manifestă clinic prin demență totală. La început se observă scăderea memoriei cu deficit mnezic de tipul amneziei anteroretrograde cu scăderea judecării și raționamentului.

Totuși nucleul personalității se păstrează, dar nu pentru mult timp. Mai târziu se perd deprinderile automate cum ar fi cusutul , spălarea rufelor. Treptat scade memoria, bolnavii uită cum îi cheamă pe copii, vecinii, pierd orientarea în spațiu. Pentru acești bolnavi este caracteristic sindromul afazoaproxoagnozic. Afazia este de tip senzorial, bolnavii dau răspunsuri parafazice. Apare inerția verbală sub forma de ecolalie, palilalie și logolonie. În această fază limbajul bolnavului devine neînțeleș.

Apraxia se caracterizează prin pierderea deprinderilor elementare: îmbrăcarea, dezbrăcarea, se deformează scrisul. Bolnavii scriu diferite eroğlu de sus pînă în jos, pe verticală.

Agnozia optică a culorilor, formelor, fizionomiilor , este caracterizată de această boală. Totodată la bolnavi apare crizele de tip parkinsonian, contracturile și parezele centrale și faciale . În stabilirea diagnosticului are însemnătate pneumoencefalograma, care pune în evidență atrofiile difuze și o hidrocefalie internă cu dilatarea ventriculară.

Faza terminală se manifestă prin mutism, jargonofazie, și tulburări accentuate neurologice, cașexie cu complicații cu decubit.

Boala Parkinson

A fost descrisă de Parkinson în anul 1817. Debutul se produce la vîrsta de 50-60ani. La acești apare o atrofie asemănătoare cu cea din dementa senila.

Debutul este lent. La bolnavi apare nervozitatea, astenia, depresia, ipohondria. Ulterior tabloul clinic se agravează, starea emoțională se schimbă, apar apatia, abulia. Deseori starea psihica se combină cu halucinații cenestezice si la sfîrșit apare tremor paralytic.

Coreea Huntington

Debutul bolii se produce la vîrsta de 45-50 ani, evoluția 12 -15 ani. Clinica se caracterizează prin nervozitate, autism cu o răcire emoționala față de persoanele apropiate. Pe acest fond apar hiperchinezii de tip coreic. Foarte lent și îndelungat este procesul de pierdere a memoriei cu slăbirea capacităților de gîndire. Bolnavul nu poate să îndeplinească eficient cerințele sociale si nu poate să însușească ceva

nou. Mai târziu mișcările coreice cresc și totodată se observă și deficitul intelectual, când bolnavul nu poate îndeplini sarcini elementare.

Tratamentul psihozelor la vârsta înaintată

În *melancolia presenilă* se administrează atidepresive: amitriptilina, melipropina sau nuredal. În forma ușoară se recomandă eglonil, elenium, relanium. La fel sunt indicate neuroleptice în doze mici. Seara se recomandă tizercina 0,025 per os sau relanium pînă la 20, 30 mg. Se introduc vitamine din grupa B.

Psihozele delirante de presenilitate se tratează cu haloperidol, neoleptil, leponex, aminazina, tizercina. Combinația medicamentelor depinde de simptomatologia care apare la bolnavi.

Tratarea bolnavilor cu demență în starea senila sau atrofică depinde de starea psihică și se întrebuițează deferite preparate psihofarmacologice. Bolnavilor de vîrstă înaintată le sunt indicate și acupunctura, psihoterapia, electroșocul.

PSIHOIGIENA VÂRSTEI A TREIA

1. Involuția

Perioada de involuție este situată între 60 și 65 de ani. Ea poate însă surveni și în jurul vârstei de 45-50 de ani, ca un fenomen de preinvoluție.

Involuția naturală este un proces psihobiologic nepatologic. Ceea ce se consideră a avea un caracter patologic este *senilitatea* sau „bătrânețea patologică” (Ch. Muller, H. Ey).

Involuția are câteva aspecte psihologice și psihopatologice care-i sunt caracteristice. J. de Ajuriaguerra afirmă că „fiecare îmbătrânește așa cum a trăit”. Bătrânul se distinge prin următoarele caracteristici: încetinirea și diminuarea generală a vitalității; o deplasare a reacțiilor personalității de la extraversie către introversie; diminuarea gândirii creative și a facultății de învățare; motivațiile devin din ce în ce mai monotone; facultatea de a se concentra un timp mai îndelungat scade; emotivitatea și afectivitatea sunt mai slabe, mai șterse; apatia și egocentrismul; modul de a reacționa la situațiile noi are un caracter rigid, stereotip ; apare o accentuare a particularităților de caracter; sensibilitatea și percepțiile sunt mai slabe, mai șterse, se diminuează acuitatea senzorială (văz, auz, pipăit, gust, miros); se produce o diminuare a memoriei, în special pentru datele noi, recente; gândirea suferă o regresie de tip infantil; sentimentele superioare și morale se șterg, fiind înlocuite cu egoismul, avariția și lăcomia.

În ceea ce privește tipologia bătrânului, se descriu două tipuri:

o bătrânețe fiziologică, manifestată printr-o stare de euforie senină, lipsită de griji, surâzătoare, mulțumită de sine și de lumea înconjurătoare, bine adaptată la realitate;

o bătrânețe rea, urâtă, grea, apăsătoare, cu o stare de instabilitate, amărăciune, umbrită de nefericire, cu un sentiment al nenorocirii care apasă individul aflat în declin și care-i face să sufere și pe cei din jurul acestuia.

Importantă este și atitudinea societății față de bătrânețe și de bătrâni. În Antichitate, bătrânul era simbolul înțelepciunii, al echilibrului, prudenței, dreptei

măsuri, al stării de armonie atinsă și împlinită. Seneca și Terențiu vedeau însă și avatarurile bătrâneții: „*Senectus insanabilis morbus*” «*Старость неизлечимая болезнь*», „*Bătrânețea – este o boală incurabilă*”, spunea Seneca, iar Terențiu, „*Senectus ipsa est morbus*” «*Старость сама болезнь*», „*Bătrânețea – este o boală în sine*”.

În Evul Mediu, bătrânețea apare ca o infirmitate, ca o boală în sine (R. Bacon). Bătrânul este un personaj proscris, fiind asociat cu vrăjitoarea, artele malefice, relațiile cu diavolul.

Este important de cunoscut însă și atitudinea bătrânilor față de propria lor stare. Aceasta are un caracter subiectiv, fiind reprezentată prin: grijile și nevoile sociale, economice, de trai cotidian; infirmitățile fizice; diminuarea forței și a capacității de adaptare și integrare; dezgustul față de viață.

Sunt însă și situații în care bătrânețea este privită cu satisfacție, cu mulțumire, prin: eliminarea faptelor lipsite de importanță; concentrarea asupra esențialului; lărgirea vederii de ansamblu; concentrarea analitică asupra vechilor amintiri, a experienței trecutului; bătrânețea considerată ca realizare pleneră a persoanei.

Bătrânețea nu este o boală. Bătrânul normal, nepatologic este amabil, surâzător, lipsit de temeri, mulțumit de sine și de anturajul său. O anumită igienă mintală se impune însă pentru a menține acest tonus emoțional și această stare de spirit. Pe aceste considerente, măsurile de psihoigienă recomandate bătrâneții sunt următoarele: reducerea aportului de toxice ; evitarea schimbărilor, menținerea ritmului de activitate și a modului de viață; supravegherea apariției și evoluției arteriosclerozei cerebrale, a hipertensiunii arteriale, a bolilor cardiace, pulmonare; practicarea mișcării fizice și a gimnasticii; evitarea discuțiilor, a conflictelor, a vizitelor obositoare și prelungite, a schimbărilor de domiciliu, a călătoriilor, a grijilor materiale; întreținerea unor activități plăcute, stimulante, recreative (lecturi, conversații, rememorarea trecutului legat de propria viață, familie, părinți etc.); evitarea izolării și a singurătății; asigurarea unor însoțitori din familie, care să-l servească și care să-i ofere bătrânului un climat emoțional-afectiv pozitiv; evitarea încredințării sale în grija unei sau unor

persoane străine sau a internării acestuia într-un azil.

2. Crizele de involuție.

Crizele de involuție marchează trecerea de la vârsta adultă la bătrânețe. Ca și crizele de evoluție (pubertatea și adolescența), acestea reprezintă o „vârstă critică” atât pentru femeie, cât și pentru bărbat. La femeie, criza de involuție se manifestă prin *menopauză*. Ea reprezintă încetarea activității ovariene (ovulația și menstruația), la care se adaugă alte tulburări funcționale : amenoree ; tulburări vegetative (cefalee, lipotimii, modificări vasculare, hipertensiune arterială cu caracter oscilant, senzații de căldură alternând cu senzații de frig); tulburări psihice diferite, cu caracter poliform nesistematizat (insomnii, disforie, iritabilitate, plâns, anxietate, cenestopatii, astenie, inactivitate); tulburări sexuale (exaltarea activității sexuale de tip nimfomaniac sau diminuarea apetitului sexual).

Măsurile de psihoigiena care se impun în această situație sunt următoarele : tratament medical sedativ, endocrin și psihoterapie; explicarea cauzelor acestor tulburări femeii respective ; o atitudine de înțelegere, răbdare, protecție, evitarea emoțiilor, a stărilor de tensiune psihică, a activității excesive, a oboselii, a infecțiilor; un regim de viață ordonat, evitarea toxicelor, o alimentație adecvată; evitarea consumului de alcool, cafea, a abuzului de medicamente; deturnarea activității către preocupări practice, utile, plăcute, relaxante; prevenirea sau tratarea unor afecțiuni psihice concomitente (culpabilitate, damnație, ruină, izolare, persecuție, gelozie, crize pitiatice, tulburări afective, stări ipohondriace) prin crearea unei ambianțe plăcute, calme, protectoare și antrenante, cu caracter securizant, plimbări și călătorii.

Criza de involuție la bărbat este mai puțin dramatică decât la femei și nu e localizată în jurul unei vârste precise, ea instalându-se de regulă lent, în timp, după 55-65 de ani, uneori chiar după 70 de ani. *Andropauza* reprezintă începutul involuției activității sexuale și se manifestă prin: exacerbarea apetenței sexuale (satiriazisul senescent); tulburări psihice difuze asociate (cefalee, astenie, insomnie, cenestopatii, oboseală la efort); modificări emoțional-afective;

reducerea randamentului intelectual; schimbarea preocupărilor, a intereselor, a relațiilor interpersonale.

Măsurile de psihoigiena care se impun în această nouă situație sunt următoarele: tratament medical, sedativ și endocrinologic, după caz; psihoterapie de susținere; adoptarea unei forme de activități cu caracter sublimativ, cu rol derivativ și substitutiv al instinctului sexual (lecturi, științe generale, filosofie, religie sau activități practice utile : grădinărit, gospodărie, colecții etc).

Un moment important al „vârstei critice” îl reprezintă cel al *retragerii din viața profesională*. Aceasta constituie o schimbare bruscă, gravă și profundă, care poate genera perturbări ale vieții biologice și psihice a individului. O consecință este accelerarea slăbirii intelectuale, care este mai rapidă și mai profundă la bărbat decât la femeie. Femeia, prin atribuțiile sale casnice, își menține un anumit ritm de activitate. Bărbatul, dimpotrivă, are sentimentul izolării, al inutilității, se refugiază în sedentarism, lectura ziarelor, cafenele, cluburi etc., care duc rapid la o slăbire emoțional-afectivă și intelectuală a acestuia.

3. Perspectiva morții.

Pentru K. Jaspers, „moartea este ultimul termen”, el incluzând-o în grupa „situațiilor-limită”. După părerea lui, perspectiva morții poate fi considerată din mai multe unghiuri: biologic, psihologic, social, moral și religios. Idei importante referitoare la problema morții găsim la Platon, Seneca, Boethius, Sfântul Pavel, I. Kant, A. Schopenhauer, M. Heidegger, M. Scheler, M. Florian.

E. Kiibler-Ross se ocupă de problemele persoanelor aflate în situații-limită (suferințe cronice, boli incurabile) și descrie cinci stadii de evoluție clinică :

1. de negația sau refuzul acceptării perspectivei morții în urma depistării unei boli incurabile ;
2. mânia, starea de agitație la aflarea situației respective ;
3. târguiala cu medicul sau cu sine însuși: „Poate nu-i așa! Poate-i o greșeală! Poate că s-a înșelat medicul! Poate că mai există o soluție! ”;

4. deprimarea legată de deznodământul fatal;
5. acceptarea situației ca o „împăcare cu soarta”.

Față de aceste aspecte deosebit de importante legate de modificarea stării de sănătate mintală și echilibru psihic în raport cu perspectiva morții, E. Kiibler-Ross propune o serie de măsuri cu caracter psihoterapeutic în vederea pregătirii bolnavilor în fața morții. Metoda urmărește, în primul rând, combaterea angoasei și a depresiei legate de ideea morții.

Perspectiva morții este dată nu numai de bolile incurabile, ci și de faptul că fiecare individ este conștient că viața sa are un sfârșit. Orice boală sau vârstă înaintată, chiar nepatologică, este amenințată de pericolul morții (E. Goldenberg, B. Mount, M. Schattner, R. Zitton, N. Steiner). Schimbarea datorată suferinței modifică modul și posibilitățile de comunicare a pacientului cu anturajul. Boala terminabilă, incurabilă, se însoțește de o suferință psihoafectivă deosebit de intensă pentru bolnav sau bătrân, fiind în egală măsură resimțită și de anturajul acesta (M. Schattner). În aceste situații, asistăm la următoarele modificări ale stării de sănătate mintală: transformarea imaginii de sine; pierderea autonomiei și a posibilităților de a se face util; teama de dependență și de schimbarea rolului familial; pierderea statutului profesional; teama de a fi o povară pentru anturajul său; apariția unor probleme financiare ; teama de suferință, de separare, de moarte ; sentimentul de culpabilitate, prin rememorarea retroactivă a propriei vieți; grija pentru cei rămași după decesul său.

Această suferință dată de încheierea vieții este cu atât mai puternică cu cât societatea, prin modelul sociocultural promovat, pune mai mult în valoare *sănătatea, frumusețea, puterea, autonomia, tinerețea*, definind persoana prin „ceea ce a făcut în viață”.

Boala incurabilă, ca și bătrânețea, reprezintă o criză existențială marcată de numeroase probleme : cauza și sensul bolii; întrebările : „De ce?” și „De ce tocmai eu?”.

În cazul acestei suferințe complexe (psihologică, biologică, socială și spirituală), angoasa și depresia scad pragul de toleranță a durerii fizice,

accentuând durerea moral--spirituală. În asemenea condiții, se impune instituirea unor măsuri de psihoigienă, de natură profilactică, aplicate de o „echipă terapeutică” interdisciplinară (medici, psihologi, infirmiere, asistenți sociali, preoți). Rezultatele depind de colaborarea și coroborarea dintre diferiți membri ai echipei terapeutice.

Vor fi respectate suferința și particularitățile psihice ale fiecărui bolnav, în scopul păstrării demnității umane a acestuia. În scopul acesta, se vor facilita următoarele: posibilitatea de a simți, de a se percepe pe sine și realitatea; dorințele; gândurile; opțiunile; acțiunile bolnavului.

Toate acestea vor avea ca rezultat instaurarea unei atmosfere de calm și încredere.

Relația cu bolnavul sau cu bătrânul trebuie să se desfășoare într-un climat de încredere, care implică două reguli stricte : bolnavul să nu fie niciodată mințit; să nu i se spună niciodată că „nu se mai poate face nimic pentru el”, întrucât aceasta ar fi un act de abandon terapeutic generator de angoasă și disperare.

Chiar dacă nu este posibilă vindecarea, se impune ca bolnavul să primească îngrijiri medicale de ordin paliativ.

Se cuvine să precizăm că a-i ascunde individului perspectiva realității conduce la fenomene de regresie a acestuia, cu pierderea sau diminuarea capacităților de adaptare la evoluția bolii. La fel, „a-i spune totul” este tot atât de periculos, reprezentând un început de abandon din partea medicului și un factor de angoasă pentru bolnav, care se va simți părăsit. În acest sens, trebuie ținut seama de studiile descrise de E. Kibler-Ross. Esențială este menținerea speranței, dar nu prin minciună sau tranchilizarea individului prin false asigurări.

Un alt aspect de care trebuie să se țină seama este opinia familiei. Familia, de obicei, cere să i se ascundă bolnavului adevărul referitor la boala sa și evoluția ei fatală. *Adevărul medical nu este un scop de sine, ci el trebuie să-l ajute pe bolnav să parcurgă cât mai ușor, cât mai demn ultima etapă a vieții sale. Trebuie să i se respecte dorințele legate de tratament, îngrijire, comunicarea cu anturajul, gusturile.*

Persoana în pragul morții are nevoie de ocrotire pentru a putea găsi chiar în această situație un sens al vieții, o speranță dincolo de moartea fizică. Ea are nevoie să simtă că este iubită și că i se oferă în continuare sprijin, că nu e abandonată.

Apelul bolnavului la eutanasiu este determinat de următorii factori:

1. suferințe fizice majore;
2. dureri insuportabile; depresii grave, melancoliforme;
3. stări de angoasă;
4. dorințe marcate de suicid ;
5. sentimentul de izolare;
6. incomunicabilitate;
7. abandonarea și lipsa de securitate a persoanei;
8. pierderea sentimentului vieții ca necesitate.

Eutanasiu pare a fi conformă cu sentimentele de libertate și de liberă opțiune ale persoanei. De fapt, ea este masca unei disperări în fața unor „situații-limită”, o formă de suicid. Ea este expresia unei incapacități de a se mai suporta pe sine însuși într-o asemenea situație. Este conștiința sfâșiată a propriei degradări biologice, psihologice și sociale. Dar ea este și sentimentul unui abandon moral și spiritual.

În cazul eutanasiiei, omul se erijează în „principiul absolutului”, în cel care „face legea” vieții. În creștinism, îndurarea suferinței este condiția și promisiunea garantării mântuirii. Speranța și credința sunt legile care exprimă absolutul și care fac ca, în cazul „persoanei-limită”, conștiința să se proiecteze în perspectiva transcendenței.

ÎMBĂTRÂNIREA REUȘITĂ

1. Noțiuni generale. Îmbătrânirea este un fenomen disociativ ce demonstrează că unele domenii rezistă vârstei, în timp ce altele intră în declin. Dar, deși aceste rezultate sînt confirmate global prin eșantioane, este vorba totuși de tendințe statistice, care nu trebuie să mascheze marile diferențe interindividuale. Rowe și Kahn (1987) au propus să se distingă, între persoanele ce manifestă o îmbătrânire normală, cele care au un profil de bătrânețe obișnuită de cele cu un profil de bătrânețe reușită. Cea dintîi este normală, dar cu risc ridicat, iar a doua are risc scăzut și un bun randament.

Printre specialiști, conceptul de *bătrânețe reușită* a devenit familiar de cîțiva ani încoace (Baltes și Baltes, 1995 ; Garfein și Herzog, 1995 ; Hazard, 1995; Fontaine *et al.*, 1997). Se acumulează un corpus considerabil de cercetări care, în Statele Unite, sînt susținute de o fundație, MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. Dacă de la sfîrșitul celui de-al doilea război mondial speranța de viață a crescut semnificativ, aceasta nu se întîmplă întotdeauna și pentru toți în bune condiții de sănătate. Trebuie, de aici înainte, să dăm timpului timp, dar și calitate. Acest proiect se bazează pe o mai bună înțelegere a procesului de îmbătrânire la persoanele care au o bătrânețe reușită.

O bătrânețe reușită este legată de reunirea a trei categorii de condiții (fig.3). Prima este slaba probabilitate de manifestare a bolilor, în special a celor care antrenează pierderea autonomiei. A doua este menținerea unui înalt nivel funcțional pe planurile cognitiv și fizic, ceea ce se numește uneori *bătrînețe optimă*. A treia este păstrarea unui angajament social și a unei stări de bine subiective.

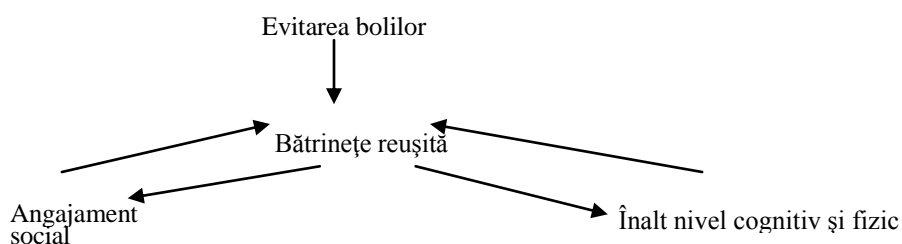


Figura 3. Reprezentare schematică a condițiilor unei bătrâneți reușite

Aceste trei tipuri de condiții nu sînt reunite decît în proporții variabile, după cum indivizii au suferit influențe developmentale diferite de-a lungul vieții. Aceste influențe, asimilabile unor factori de îmbătrînire, au făcut obiectul diverselor teoretizări, dintre care cea mai cunoscută îi aparține lui Baltes (1987).

2. Influențele mediului și factorii de îmbătrînire

Baltes (1987) distinge trei mari categorii de influențe sau factori: influențele legate de grupa de vîrstă (*age-graded influences*), cele care sînt legate de perioada istorică (*history-graded influences*) și cele legate de istoria personală (*non-normative influences*). Primele două sînt colective, a treia este individuală.

Influențele legate de grupa de vîrstă reprezintă ansamblul determinantilor biologici și de mediu puternic corelați cu vîrsta cronologică, predictibili și comuni tuturor indivizilor. Se pot cita maturizarea biologică și declanșarea anumitor boli sub control genetic, școlarizarea obligatorie pentru o perioadă a vieții, vîrsta de pensionare fixată prin lege. Asupra acestui tip de evenimente, legate toate de vîrsta cronologică, individul nu are control.

Influențele legate de perioada istorică, pe care le-am numit deja *efect de cohortă*, atestă că generațiile trăiesc fapte istorice diferite. Istoria se accelerează în cursul acestui secol. Franța, ca toate țările bogate, a trecut de la o structură agricolă cu o cultură țărănească și rurală la o structură industrială și de servicii cu o cultură mediatică și urbană. Ea a cunoscut și grave evenimente traumatice. Putem cita, pentru ilustrarea acestui factor de îmbătrînire, nivelul și conținutul educativ, care s-au schimbat mult în decursul secolului, și cel de-al doilea război mondial, care a marcat profund generațiile ce l-au cunoscut. Indivizii nu au control asupra acestor influențe, care sînt inerente procesului istoric.

În sfîrșit, influențele nonnormative sînt legate de evenimente autobiografice. Unele se află sub controlul individului și reprezintă ceea ce filosofii numesc „liberul-arbitru”. Putem evoca din această categorie căsătoria, divorțul, construirea unei familii, alegerea unei meserii și a unui loc de viață. Altele sînt

îndurate și uneori dureroase. Se pot menționa aici văduvia, șomajul, singurătatea. Toate aceste influențe au ca punct comun faptul de a fi specifice și unice într-o istorie individuală de viață.

Fiecare dintre noi este o sinteză a acestor surse de influențe. Unele sinteze țin de bătrânețea obișnuită, iar altele de bătrânețea reușită. Forța lor relativă este diferită în funcție de vârsta individului. Se observă că influențele grupei de vârstă, preponderente în copilărie, scad puternic pînă la adolescență, pentru a redemara la vârsta adultă și în cursul îmbătrânirii. Factorii biologici sînt întradevăr preponderenți în timpul creșterii și al bătrâneții. Pe de altă parte, școlarizarea și pensionarea sînt evenimente ce încadrează viața indivizilor. Influențele istorice au o forță a cărei evoluție este inversă față de cea a grupei de vârstă. Foarte puternice în copilărie, ele ating un nivel optim la adolescență și în tinerețe, pentru a scădea apoi progresiv. Poate că este vorba despre manifestarea acelei tendințe spre introvertire considerată de Jung o caracteristică a îmbătrânirii. Indivizii ar deveni din ce în ce mai autonomi în raport cu faptele istorice. În fine, influențele nonnormative au un efect tot mai puternic de-a lungul întregii vieți. Îmbătrânirea apare atunci ca un proces de individualizare și de personalizare.

3. Sănătatea, prima condiție a unei bătrîneți reușite

Creșterea riscurilor de boli și de pierdere a autonomiei este prezentată, în mod tradițional, ca fiind provocată în principal de factori intrinseci care scapă controlului individului și care aparțin, așadar, categoriei *age-graded*. Cercetări recente tind să demonstreze că relațiile existente între vârstă, ereditate, stilurile de viață și riscurile de boli trebuie de fapt concepute în mod dinamic, și nu mecanic. O sursă pasionantă de informații este o cercetare suedeză (Swedish Adoption/Twin Study of Aging - SATSA) realizată pe un eșantion de 300 de perechi de gemeni cu vârsta medie de 66 de ani, jumătate dintre ei fiind crescuți împreună, iar cealaltă jumătate separat. O treime erau monoziгоți (gemeni veritabili proveniți din același ovul), iar celelalte două treimi erau dizigoți. Studiul SATSA a evaluat partea de explicație legată de ereditate

pentru factorii de risc de accidente cardiovasculare și cerebrale. Datele obținute demonstrează că ponderea eredității este foarte variabilă în funcție de vârsta subiecților. Mai precis, înainte de 65 de ani riscurile sînt determinate în special de ereditate, în timp ce după 65 de ani ele sînt legate cu precădere de stilul de viață. Această constatare confirmă modelul lui Baltes, care presupune o creștere a influențelor nonnormative aflate sub controlul individului. Rezultatele arată că, atunci cînd o femeie de mai puțin de 65 de ani își pierde sora geamănă (homozigotă), riscul ei de a muri în lunile următoare este de 15 ori mai mare decît dacă ar avea peste 65 de ani (Marenberg *et al.*, 1994).

Cercetările pot fi rezumate prin trei aspecte caracteristice. În primul rînd, factorii intrinseci, deși foarte importanți, nu sînt dominanți la persoanele de peste 65 de ani. Factorii extrinseci și stilul de viață joacă deci un rol preponderent la vîrstnic. În al doilea rînd, după vârsta de 65 de ani contribuția eredității scade în favoarea celei a mediului. În al treilea rînd, consecința a primelor două aspecte, bătrînețea obișnuită este extrem de modulabilă.

4. Menținerea unui stil de viață foarte activ, condiție a unei bătrîneți reușite

4.1. Bătrînețea optimă

Pare evident pentru fiecare că nu utilizăm decît o parte a capacităților intelectuale și fizice. Cu alte cuvinte, funcționarea noastră este rareori optimă. Dispunem deci de o rezervă de capacități fizice și cognitive care este susceptibilă de a fi utilizată în funcție de motivațiile noastre și de solicitările mediului. Staudinger și colaboratorii săi (1993) utilizează în această privință conceptele de *plasticitate* și *restaurare (reziliență)*. Restaurarea poate fi definită drept capacitatea de a recupera și de a menține comportamente adaptative după un declin inițial sau după o incapacitate apărută în urma unui eveniment traumatic sau stresant. Plasticitatea, concept mai general, se referă la rezervele de care dispune individul pentru a-și optimiza funcționarea. Se poate considera că restaurarea este un caz particular de plasticitate.

Plasticitatea se diminuează odată cu îmbătrînirea. Declinul performanțelor observat în unele domenii cognitive odată cu îmbătrînirea se explică în parte

prin rațiuni funcționale, o subutilizare a rezervelor, și, într-o anumită măsură, prin rațiuni endogene legate de îmbătrânirea cerebrală. Este vorba despre o interacțiune a influențelor legate de vârstă (*age-graded*) cu influențele nonnormative. În consecință, persoana vârstnică ar dispune de mari rezerve latente care nu-i permit cu toate acestea să concureze cu persoanele tinere. Baltes (1987) distinge două tipuri de rezerve, capacitățile de rezervă de bază (*baseline reserve capacities*) și capacitățile de rezervă developmentală. Primele se referă la performanțele maxime pe care le poate atinge un individ într-o situație, în funcție de resursele sale interne și externe. Este vorba deci de utilizarea optimă a resurselor într-o situație dată. Dar resursele pot fi activate și sporite. Marja de argumentare a acestor capacități de rezervă este în fapt capacitatea de a le dezvolta, care constituie ceea ce Baltes numește capacități de rezervă developmentală. Ele se exprimă prin învățări pe termen mediu și lung și practici de antrenament.

4.2. Predictorii unei bătrâneți optime

Fundația Mac Arthur pentru cercetarea bătrâneții reușite a condus un studiu longitudinal cu scopul identificării caracteristicilor persoanelor vârstnice care prezintă o bătrânețe optimă. Un eșantion de 1.189 de subiecți a fost evaluat în domeniile biomedical, psihologic, social și fizic.

Cel mai bun predictor al unei bătrâneți optime în plan cognitiv se dovedește a fi nivelul studiilor. Este dificil de stabilit dacă este vorba de o achiziție precoce care se menține de-a lungul întregii vieți sau dacă persoanele cu un nivel de studii ridicat sînt mai tentate la bătrânețe să introducă în preocupările lor din timpul liber activități (lectură, cuvinte încrucișate etc.) care le favorizează o foarte bună menținere a cogniției. Al doilea predictor este capacitatea de expirație pulmonară, care este corelată semnificativ cu menținerea activităților cognitive. Al treilea predictor este creșterea activității fizice obositoare (fără exces) în casă și în jurul ei. În sfîrșit, ultimul predictor este un factor de personalitate. Este vorba despre percepția propriei eficacități sau încrederea în sine (*self-efficacy*). Acest concept a fost dezvoltat de Bandura (1995). El poate fi definit

ca încrederea unei persoane în capacitățile sale de a organiza și de a executa acțiunile necesare în diferitele situații din viața cotidiană. În cursul îmbătrânirii, pentru menținerea intelectului la un nivel înalt, este necesară o astfel de încredere pozitivă.

5. Menținerea angajamentului social, condiție a unei bătrâneți reușite

Angajamentul social se definește prin două componente. Prima este menținerea relațiilor sociale. A doua este practicarea unor activități productive. De aceste două aspecte depind calitatea vieții celui pensionat, starea de bine subiectivă și satisfacția de a trăi (*life satisfaction*).

Numeroase cercetări au fost consacrate evoluției de-a lungul întregii vieți a satisfacției de a trăi. Una dintre cele mai ambițioase este cea realizată de Cameron (1975) pe 6.000 de persoane cu vârste cuprinse între 4 și 99 de ani. Concluzia sa este că sentimentele de fericire, de tristețe și de stare de bine subiectivă nu se degradează cu vârsta, că pensionarii nu au o satisfacție de a trăi inferioară celei a tinerilor. Variabilitatea între indivizi pare în schimb să crească odată cu îmbătrânirea.

5.1. Relațiile sociale și activitățile productive

Odată cu faimoasele cercetări ale marelui sociolog francez Durkheim (1897), a devenit bine-cunoscut faptul că izolarea și lipsa de relații cu ceilalți sînt predictorii ai comportamentelor suicidare. Cercetările realizate pe vîrstnici conduc la concluzii comparabile (Antonucci *et al.*, 1989; Avorn *et al.*, 1982). Rezultatele pot fi rezumate în trei mari enunțuri:

- izolarea este un factor de risc pentru sănătate ;
- suporturile sociale de natură emoțională sau instrumentală pot avea efecte pozitive asupra sănătății;
- nu există suport universal eficace pentru toți indivizii, deoarece factorul esențial este apropierea de către individ a suportului.

Unul dintre sentimentele încercate de numeroase persoane vîrstnice este cel de inutilitate, de a nu fi implicate în nici o activitate productivă. Kaufman (1986) demonstrează că un individ nu este perceput ca „bătrîn” de către prieteni și

familie atît timp cît continuă să aibă activități productive. Acestea sînt deseori asociate exclusiv cu activitățile remunerate. Un studiu american realizat de Americans Changing Lives (ACL) contrazice acest stereotip. Numeroase activități informale (ajutor școlar, acțiune umanitară, angajament politic, ajutoare diverse) asigurate de indivizii pensionați participă la economia țării și pot reprezenta o economie substanțială pentru contribuabil. Dintre persoanele interogate cu vârsta de peste 60 de ani, 39% au declarat o activitate anuală de cel puțin 1.500 de ore, 40% între 500 și 1.499 de ore și 18% între 0 și 499 de ore. Creșterea numărului de vârstnici va pune din ce în mai mult problema de a ști dacă este rezonabil ca o societate să se priveze de o asemenea cantitate de cunoștințe și de materie cenușie.

Luînd drept criterii gradul de angajament social și tipul de activități, Guillemard (1970) a propus o categorizare a practicilor (stilurilor) de pensionare. Ancheta sa a vizat un eșantion de o mie de pensionari proveniți din toate clasele sociale.

5.2. *Diferitele stiluri sau practici de pensionare și pensionari*

Categorizarea propusă de Guillemard (1970) cuprinde cinci tipuri de practici. Autonomizarea lor s-a operat pornind de la tratamente statistice ale unor scale ce măsoară angajamentul social și activitățile subiectului.

Primul tip este numit de autor *pensie-retragere*. Individul manifestă o repliere pe ființa biologică, o îngustare a cîmpului său social și spațial. Timpul acordat somnului este cel mai important. Se constată absența proiectelor, chiar și pe termen scurt. Persoana se deplasează foarte puțin și aproape niciodată în afara cartierului în care locuiește. Nu se întâlnește cu nimeni sau aproape cu nimeni. Nu are nici o activitate. Pe scurt, angajamentul său social și menținerea în activități productive sînt inexistente. Se poate vorbi despre o pensionare ca „moarte socială”, contrară unei bătrâneți reușite și cu risc crescut pentru sănătate.

A doua este numită *pensie - vârsta a treia*. Pensionarul se inserează într-o rețea socială prin activități productive, care nu sînt doar modalități de a face să treacă timpul. Ele sînt centrale în organizarea temporală și reprezintă unul dintre

centrele principale de interes. Această practică este asociată cu un sentiment de bătrânețe reușită.

A treia este numită *pensiile - timp liber sau familie*. Pensionarul se inserează social prin activități de consum într-un cadru familial sau de petrecere a timpului liber. În cazul centrat pe familie, se constată o coabitare a pensionarului cu copiii, o mare intensitate a relațiilor familiale, în special cu nepoții, numeroase reuniuni familiale și o participare financiară importantă pentru a-și ajuta copiii. Acest tip de pensionar consideră că joacă un rol important în menținerea structurii familiale. Centrat pe timpul liber, pensionarul are numeroase activități culturale și/sau sportive, numeroase ieșiri și călătorii. Sentimentul de bătrânețe reușită este adesea bun, dar tensiunile familiale pot antrena apariția unor simptome depresive.

A patra se intitulează *pensia - revendicare*. Pensionarul contestă statutul bătrânilor în societatea noastră. El consideră că vârstnicii ar trebui să constituie o forță de presiune unindu-se, că ei trebuie să păstreze un rol activ. Preferă să stabilească legături sociale cu persoane la rîndul lor pensionare. Sentimentul de bătrânețe reușită este foarte instabil la acest tip de persoane. Ele pot dezvolta sentimentul de a fi excluse pe nedrept din societate și pot atunci să o perceapă ca fiind ostilă vârstnicilor.

În fine, a cincea este *pensia - participare*. Individul se inserează social prin „procură vie”, televizor. Consumul televizual îi ocupă cea mai mare parte a timpului, fără să fie vorba de o activitate productivă. Sentimentul de bătrânețe reușită este slab, iar sedentarismul consecutiv acestui mod de viață constituie un risc pentru sănătate.

Această categorizare a evidențiat clar legătura ce există între bătrânețea reușită, gradul de angajament social și practicarea de activități productive. O întreagă serie de cercetări (House *et al.*, 1988) realizate în numeroase țări indică o legătură între nivelul de integrare socială și mortalitate, demonstrînd că pensionarii care practică izolarea socială și sedentarismul au o speranță de viață semnificativ inferioară celei a pensionarilor integrați social.

6. Modelul de optimizare selectivă prin compensare

Există în literatura gerontologică modele teoretice care își propun să descrie cum câștigurile și pierderile, factorii de risc ai bătrâneții extreme se coordonează pentru a atinge o adaptare reușită la bătrânețe. Baltes și Baltes (1990) au propus un model numit *model de optimizare selectivă prin compensare* (figura 8.4), care postulează că o bătrânețe reușită se bazează pe urmărirea a două scopuri. Primul este căutarea unui înalt nivel de funcționare, iar al doilea, evitarea comportamentelor riscante.

Modelul lui Baltes și Baltes (1990) stipulează că bătrânețea reușită este o coordonare dinamică între trei procese: selecția, optimizarea și compensarea. Selecția este o specializare în anumite registre a activităților fizice și intelectuale. Copilăria și adolescența sînt perioade în care optimizarea vizează ansamblul activităților. S-ar putea vorbi în această privință de un stadiu generalist. Tinerețea și vârsta matură sînt în schimb perioade în care individul selectează și se specializează în anumite activități în funcție de timpul liber și de profesia sa. Aceste activități sînt deci cele care vor fi optimizate. Compensarea este activitatea unui individ care își menține nivelul de activitate utilizîndu-și cunoștințele și abilitățile (inteligență cristalizată) pentru a neutraliza declinul performanțelor în activitățile de natură fluidă (inteligență fluidă). Pierderile inerente influențelor exercitate de factorii legați de vîrstă (*age-graded*) și evenimentelor personale (*nonnormativ*) pot fi echilibrate și prin câștiguri legate de strategii de viață (în special menținerea legăturilor sociale). Rezultatul final al acestei coordonări între cele trei tipuri de procese poate fi menținerea unui nivel înalt de funcționare în anumite activități, păstrarea unui sentiment de eficacitate personală (loc de control intern) și a unui sentiment general de bătrânețe reușită. Cu toate acestea, se pare că odată cu înaintarea în vîrstă pierderile tind să predomine în fața câștigurilor. În faza *terminală* (*drop*), inteligența cristalizată se degradează, iar procesul de compensare nu-i mai permite individului să păstreze strategiile de adaptare reușită.

Concluzie

Bătrânețea este însoțită de o creștere puternică a eterogenității. În fapt, nu ar trebui să se vorbească despre bătrânețe, ci despre bătrâneți. În cadrul îmbătrânirii normale specialiștii disting bătrânețea obișnuită și bătrânețea reușită. Aceasta din urmă este conjugarea a trei categorii de condiții: sănătatea, menținerea unui înalt nivel funcțional cognitiv și fizic (bătrânețe optimă) și întreținerea unui angajament social. Există deci diferite tipuri de pensionari corespunzătoare unor sentimente de bătrânețe reușită variabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Bodogai S., „Protecția socială a persoanelor vârstnice”, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2009.
2. Curaj A., „Persoane vârstnice: caracteristici și probleme specifice”, în Doru Buzducea (coord.), „Asistența socială a grupurilor de risc”, Editura Polirom, Iași, 2010.
3. Constantin B. „*Geriatric*”, Ed. Academiei Românești, București, 1997
4. Duda, R., „Gerontologie medico-socială”, Editura Junimea, Iași, 1983.
5. Dumilescu D., „Gerontologia socială”, București, 2018.
6. Enăchescu C., „Tratat de igienă mintală”, Editura Polirom, Iași, 2008.
7. Gal D., „Asistența socială a persoanelor vârstnice. Aspecte metodologice”, Editura Todesco, Cluj Napoca, 2003.
8. Gârleanu D., „Vulnerabilitatea vârstei a treia. Aspecte teoretico-practice”, în Vasile Miftode (coord.), „Populații vulnerabile și fenomene de automarginalizare. Strategii de intervenție și efecte perverse”, Editura Lumen, Iași, 2002.
9. Gârleanu-Șoitu D., „Vârsta a treia, Institutul European”, Iași, 2006.
10. Mereuță I. „Sistemele sănătății în Țările Uniunii Europene”; Chișinău, 1996, pag.78.
11. Mereuță I., colab. „Spre mileniul III. Dezvoltarea umană durabilă și problemele medico-sociale în R. Moldova”, Chișinău, 1999.
12. Mironțov-Îuculescu V., Predescu V., Oancea C., „Sănătatea mintală în lumea contemporană”, Editura medicală, București, 1986.
13. Neamțu G., (coord.) „Tratat de asistență socială”, Editura Polirom, Iași, 2003.
14. Olaru A., „Introducere în psihiatria practică”, Editura Scrisul Românesc, Craiova, 1990.
15. Păunescu C. Psihopedagogie integrată. Handicap mintal, București 1997.
16. Prada G., „Geriatric și gerontologie”, Editura Medicală, București, 2001.

17. Prelipceanu D. „Psihatrie, note de curs”, Editura infomedica, București. 2003.
18. Sorescu E.M., „Asistența socială a persoanelor vârstnice”, în Doru Buzducea (coord.), „Asistența socială a grupurilor de risc”, Editura Polirom, Iași, 2010.
19. Șchiopu U., Verza E., „Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții”, Editura Didactică și Pedagogică, București 1981.
20. Trebici „Populați terrei, demografie mondială”; VI, Ed. Științifică București, 1991.