

Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego  
Ateneum – Szkoła Wyższa w Gdańsku

HENRYK OLSZEWSKI, ANNA LEMKE

*Naznaczona starość: adaptacyjna niepełnosprawność*

---

Stigmatized old age: adaptational disability

WPROWADZENIE

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2002 roku wynika, że w 2020 roku ogólna liczba ludzi starych osiągnie miliard i stanowić będzie 30% całej populacji. Podobną tendencję obserwujemy w Polsce. Z prognoz Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2020 roku około 24% Polaków osiągnie wiek 60 lat, średnia życia kobiet przekroczy 80 lat, zaś mężczyźni – 74 lata (Steuden i Marczuk 2006). Dlatego wzrasta zainteresowanie badaczy okresem późnej dorosłości jako okresem życia, który może trwać nawet kilkadziesiąt lat, a do którego należy społeczeństwo przygotowywać.

W psychologii mówi się o tak zwanym normalnym, fizjologicznym starzeniu się przeciwstawianym starzeniu się w chorobie. Normalne starzenie się polegające na stopniowej, łagodnej deterioracji różni się od starzenia się w chorobie. Osoby starzejące się normalnie stanowią grupę bardzo niejednorodną (Hill 2009). Nasze rozważania rozpoczniemy od przedstawienia zjawiska normalnego starzenia się.

Wczesna starość i związane z nią wycofywanie się z życia i pracy zawodowej mogą być porównywane z okresem dojrzewania i wiekiem młodzieńczym. Zachodzą wówczas głębokie przemiany biologiczne, a także zmiany w stosunkach między jednostką a społeczeństwem. Za egzogenną przyczynę wielu problemów wieku młodzieńczego można uznać nieprawidłowe sytuacje społeczne,

natomiast nieprawidłowości systemu społecznego mogą być źródłem złego przystosowania się i trudności ludzi starszych (Turner i Helms 2000).

Jako przyczyny złego przystosowania się ludzi starszych do funkcjonowania w społeczeństwie Bromley (1989) podaje m.in. niewystarczające emerytury, złe warunki materialne, niepewność zatrudnienia, dokuczliwe stosunki międzyludzkie czy brak poradnictwa psychiatrycznego.

Według Eriksona ostatnia faza rozwoju, czyli okres starości, jest zwieńczeniem i zbilansowaniem wysiłków życiowych jednostki – w obliczu ostatniego wyzwania życiowego odnosi się logicznie do najwyższego poziomu rozwoju potencjałów witalności człowieka. Może być to czas odnoszenia sukcesów i porażek z siedmiu poprzednich faz życia (Susułowska 1989).

Tym samym okres starości może stanowić ukoronowanie osiągnięć rozwojowych albo egzystencjalnej degradacji. W fazie starości istnieje zatem możliwość osiągnięcia największej ludzkiej integralności. Wyraża się ona w więzi trzech procesów organizujących jednostkę: ciała, *psyche* i etosu społecznego. Dojście do tej integralności wymaga jednakże mądrości życiowej (Pietrasiański 1990).

Istnieje duża liczba koncepcji, które starają się wyjaśnić proces adaptacji do starości. Niektóre podkreślają wycofanie się z aktywności jako drogę adaptacji, inne zaś podkreślają wagę aktywności pozwalającej na zachowanie zdrowia (Olszewski 2003; Rembowski 1984).

Według wielu autorów to właśnie aktywność i kontakty międzyludzkie są czynnikami sprzyjającymi zadowoleniu z życia. Badania dotyczące składowych wpływających na poziom zadowolenia z życia, a także z życiowych dokonań u ludzi starszych pokazały, że zadowolenie z obecnego życia częściej występuje wśród mieszkańców miast niż wsi, osób zdrowych, dobrze sytuowanych i w dobrych stosunkach z rodziną. Osamotnienie wywiera z kolei zdecydowanie negatywny wpływ na zadowolenie z życia. Zadowolenie z życiowych dokonań w przeszłości jest na ogół większe niż stopień zadowolenia z obecnego życia. Często łączy się z wyższym wykształceniem, lepszym stanem zdrowia, lepszą sytuacją materialną i oceną stosunków rodzinnych. Znaczący wpływ na ocenę swych dokonań ma także stan cywilny – większy u osób w stanie małżeńskim i owdowiałych niż u osób wolnych (Halicka 2002).

Reakcje na starość bywają różne, zależnie od ogólnych cech psychiki człowieka, jego temperamentu i nastawienia uczuciowego – pisze Kinga Wiśniewska-Roszkowska (1989). Reakcje te zależą również od czynników zewnętrznych, otoczenia kulturowego i społecznego człowieka. Postawy osób starszych wobec starości mogą być bardziej pożądane z punktu widzenia samej osoby starszej i względów społecznych. Z drugiej strony mogą wynikać z pew-

nych zaburzeń w psychicznym i społecznym funkcjonowaniu osób starszych. Wiśniewska-Roszkowska obrazowo przedstawia tę drugą sytuację w taki sposób:

[...] w starszym wieku rozsądek i krytycyzm często szwankują, łatwo w takim czy innym zachowaniu przebrać miarę, co zwraca uwagę otoczenia i powoduje, że za plecami starszka ludzie wzruszają ramionami i znacząco pukają w czoło.

Z kolei postawy osób akceptujących starość przedstawia tak:

[...] sporo jest i takich osób, które umieją spojrzeć na starość rozsądnie i spokojnie ją zaakceptować. Adaptacja ta wyraża się przede wszystkim w tym, że nie odstają od życia, dbają o swój wygląd zewnętrzny, potrafią nie sprawiać sobą kłopotu, nie wydają się śmieszni czy dziwaczni, nie budzą politowania. W miarę możliwości starają się być użyteczni. Interesują się profilaktyką geriatryczną, dążąc do wprowadzenia w życie jej zasad. W niczym nie przesadzają i potrafią z filozoficznym spokojem przyjąć to, co nieuniknione (Wiśniewska-Roszkowska 1989, s. 57–59).

Z badań Cichockiej (1995, s. 79–94) wynika, że typowy człowiek stary ma niskie poczucie jakości życia, rozumiane jako „emocjonalna ocena tego, co zrobiłem, robię i będę robił w życiu”.

Zdaniem Susułowskiej (1989), starsze kobiety lepiej niż mężczyźni adaptują się do emerytury. Przejście na emeryturę daje kobietom możliwość poświęcenia więcej czasu dla domu, rodziny, możliwość częstszego odpoczynku, pozbycie się stresu związanego z pracą zawodową. Wnioski z badań wskazują na indywidualne przeżywanie przejścia na emeryturę, które może być zarówno wstrząsem i poczuciem zagrożenia, jak i zadowoleniem z nowej sytuacji życiowej. Obie postawy zależą od takich czynników, jak: struktura osobowości, stosunek do pracy zawodowej i aktualna sytuacja człowieka starego, tzn. warunki materialne, mieszkaniowe i sytuacja rodzinna. Indywidualne zainteresowania, prowadzenie aktywnego trybu życia, regularne i częste kontakty z innymi ludźmi i podejmowanie różnorodnych zajęć jest bardzo istotne dla właściwej adaptacji do życia na emeryturze.

#### SYTUACJA LUDZI STARYCH WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE

Stosunek społeczeństw do starości nigdy nie był i nie będzie jednolity bez względu na czas, miejsce i jego rodzaj. Nie zawsze też religia, filozofia, tradycja, obyczaje czy sztuka mają wystarczający wpływ na odpowiednie relacje pomiędzy grupami wiekowymi. Pewne jest to, że ranga starości spadła i siwe włosy – niegdyś symbol mądrości – nie gwarantują, jak dawniej, prestiżu i szacunku (Szatur-Jaworska 2002). Tempo przemian cywilizacyjnych jest tak szybkie, że ludzie starzy przestali być autorytetem dla młodych mających nowoczesną, aktualną wiedzę.

Wpływ kultury na życie społeczne jest skomplikowany i złożony – pisze Filipiak (2000) – zależy od istniejącego systemu społecznego i kulturowego. System kulturowy to zespół społecznych zależności. Przyjmując, że elementami społecznego systemu są jednostki wchodzące w interakcję i tworzące grupy społeczne i kategorie jednostek, to ich pozycja i role są w dużej mierze wyznaczone przez kulturę. Podążając za tą myślą, można przypuszczać, że w przypadku osób starszych będzie podobnie: ich pozycja, funkcje i role będą wyznaczone przez kulturę, której istotnym elementem są wartości. Wartości są tutaj rozumiane jako potencjalny przedmiot ludzkich dążeń i działań. Śmiało można stwierdzić, że to, jakie wartości cenione są w danym społeczeństwie, zależne jest w pewnej mierze od sposobu i warunków życia ludzi. Mają one bowiem wpływ na określenie pełnionych funkcji i ról przez osoby starsze.

Różnie można oceniać pozycję osób starszych wyznaczoną przez współczesną kulturę. Z jednej strony pisze się, że kultura nakazuje starszym kultywować takie wartości, które pozwolą na jak najdłuższe bycie młodym, co w pewien sposób wymuszane jest przez warunki ekonomiczne, z drugiej strony uważa się, że starość powinno się widzieć taką, jaka ona jest naprawdę. Współcześnie tym bardziej cenimy starość, im więcej w niej młodości (Szatur-Jaworska 2006). Na starość jako okres paradoksów rozwojowych zwróciła uwagę Straś-Romanowska (2000), wyróżniając cztery typy tych zjawisk:

Paradoks pierwszy jest związany z zetknięciem się dwóch wykluczających się celów. Z jednej strony obniża się poziom sprawności, a z drugiej wzrasta dynamika przeżyć wewnętrznych. A więc człowiek starszy staje się i mądry i zarazem ograniczony.

Drugi paradoks jest związany z warunkami rozwoju: człowiek chce przepracować własne doświadczenie, a jednocześnie chce pozostawić dotychczasową formę życia ze starym systemem znaczeń.

Trzeci paradoks dotyczy ambiwalentnego ustosunkowania się do osób starszych przez używanie takich określeń, jak: „jesień życia”, „trzeci wiek”, „późna dorosłość”, czyli każdy człowiek chce długo żyć, ale nikt nie chce być stary.

Czwarty paradoks dotyczy kultury współczesnej, która gloryfikuje urodę, młodość, sprawność i seks. W takim ujęciu nie ma miejsca dla osób starszych w rodzinie, gdyż nie spełniają one tych wartości i stają się niepotrzebne.

Dyczewski (1994) zauważył w trakcie swoich rozważań nad miejscem człowieka starszego w kulturze współczesnej, że pozycję starszych zachwiały zmiany w życiu rodzinnym i społecznym. Tempo zmian oraz zdecydowane nastawienie jednostek (zwłaszcza młodych) i całych społeczeństw w stronę przyszłości pociągnęły za sobą kult postępu. Wychwalane są takie cechy młodości, jak: energia życiowa, spryt, zaradność, inicjatywa, przedsiębiorczość

i odważne podejmowanie ryzyka. Są one wyżej cenione niż życiowa mądrość i doświadczenie osób długowiecznych. Ludzi starych traktuje się jak zaprzeczenie tych cech, a zatem jako hamulec w osiągnięciu postępu i dobrobytu przez resztę ludności.

Można uznać za trafną taką refleksję, że niekiedy mówienie o starości wymaga specjalnej delikatności i dodatkowo bywa uznawane za niegrzeczne. Wielu ludzi starych ulega tendencji do udawania, że starość nie istnieje – zachowywanie się w sposób młodzieżowy maskuje faktyczny wiek i wskazuje na niekończącą się nigdy młodość i witalność. Trzeba być młodym, a jeśli się nie jest, to przynajmniej wyglądać młodo. Jeśli nawet to się nie udaje, to chociaż trzeba obwieszczyć dookoła, że takim się czujesz. Pod żadnym pozorem nie wolno przyznawać się do starości nawet przed samym sobą – taki nieoficjalny komunikat dostają ludzie starzy od społeczeństwa (Wieczorek 2004).

Osoby starsze zaczęły w sposób modelowy realizować swoją nową rolę społeczną. Dotyczy to głównie rozwiniętych społeczeństw. Gloryfikacja wartości związanych z pięknem i młodością doprowadza do zwiększenia poczucia marginalizacji u osób starych i niedołączonych. Doświadczają tego przede wszystkim osoby chore, pozbawione opieki bliskich, uzależnione od pomocy innych. W obecnych czasach nie jest łatwo żyć ludziom starszym i zależnym (Woźniak 1997).

Śliwerski (1997) określa nasze społeczeństwo jako toksyczne. Pod tym hasłem szerzej rozumie jego nieczułość na zło, bezwzględność w niszczeniu jednostek słabszych, jakimi często są osoby starsze. W takiej rzeczywistości żyjemy i coraz częściej obserwujemy, że człowiek starszy odsuwany jest często, pomijany i niedoceniany.

#### AGEIZM – JEGO ŹRÓDŁA I FORMY

Dyskryminację wiekową można wyjaśnić zanikiem więzi identyfikującej młodych i starych jako wspólnotę istot ludzkich, radość w doszukiwaniu się wad u starszych, którym niesie się pomoc. W tym celu wprowadzono pojęcie „ageizm”.

Twórcą tego pojęcia był gerontolog Robert Butler, który w 1969 roku wprowadził to określenie. Pojęcie to oznaczało tworzenie stereotypów i dyskryminowanie ludzi tylko z tego powodu, że są starzy. Autor ten wyróżnił dwa typy uprzedzeń:

- łagodne, wynikające ze świadomych i nieświadomych lęków i obaw przed starością,
- złośliwe, będące wynikiem procesu stereotypizacji prowadzącego do przekonania, że ludzie starzy są bez wartości i nieatrakcyjni.

Dodatkowo w okresie starości dochodzi do kumulacji nieszczęść i chorób, co może powodować nieuświadomiony lęk oraz postawę negacji u młodych. Negatywną postawę może potęgować świadomość „pracowania na emerytów” (Nelson 2003).

Międzynarodowa Sieć Zapobiegania Przemocy wobec Ludzi Starszych (INPEA – *International Network for the Prevention of Elder Abuse*) w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia sformułowała definicję przemocy w stosunku do osób starszych jako „pojedynczy lub powtarzający się akt lub brak pożądanego działania, występujący w ramach relacji, w których oczekiwaloby się zaufania, który może spowodować krzywdę lub cierpienie osoby starszej” ([www.inpea.net](http://www.inpea.net)).

Twierdzi się również, że pomimo mody na egalitaryzm, łatwo powstają bariery między różnymi wiekowo grupami (Stuart-Hamilton 2006). Uprzedzenia ageistyczne nie mają cech złośliwości, ale są zjawiskiem negatywnym. Ageizm nie jest odbierany jako naruszenie praw drugiego człowieka do równego traktowania być może dlatego, że od stuleci jest obecny w społeczeństwie (Nelson 2003).

Ludzie starsi nie zawsze mogą w pełni korzystać z przysługujących im praw. W takiej sytuacji można mówić o dyskryminowaniu, które przejawia się wyznawaniem irracjonalnych poglądów i przesądów dotyczących jednostek lub grup skoncentrowanych na ich wieku (Marshall 2004).

Na ageizm składają się trzy zachowania:

- niesprawiedliwie krzywdzący stosunek do osób starszych, późnego wieku i procesu starzenia się;
- dyskryminujący stosunek do starszych ludzi;
- instytucjonalne i ekonomiczne działania przyczyniające się do dyskryminacji osób starszych (Palmore 1999).

Ageizmem określa się stereotypizację i dyskryminację w stosunku do pojedynczych osób lub grup z powodu ich wieku. To zestaw przekonań, stosunków, norm i wartości użytych do wyjaśnienia wieku osadzonego na uprzedzeniach i dyskryminacji. Ageizm powszechnie nakłania do negatywnych, dyskryminujących działań, niezależnie od wieku człowieka, do którego są one kierowane (Brzezińska 2006). Zachowania ageistyczne prowadzą do osłabienia pozycji osób starszych, wywołują lęk przed starością i negatywny obraz siebie (Butler 1980). W encyklopedii poświęconej starzeniu się w odniesieniu do osób niepełnosprawnych znaleźć można treści mówiące o potrójnej dyskryminacji: ze względu na niepełnosprawność, wiek i płeć (Palmore 2005). Traktowanie starości jako okresu klęski i negatywny stosunek do niej może być zdeter-

minowany społecznym negatywnym stereotypem człowieka starego (Piotrowski 1973).

Źródeł ageizmu możemy szukać w negatywnym stereotypie starości, w kulcie młodości oraz w braku wystarczającej, rzetelnej wiedzy o starości wśród pracodawców, czego skutkiem jest nasilające się w tej grupie wiekowej bezrobocie i wykluczenie społeczne (Szatur-Jaworska 2005).

Obserwując formy przejawiania się ageizmu, można wyróżnić dwie:

- *i n d y w i d u a l n ą*, przybierającą postać gerontofobii, będącą irracjonalną obawą przed starszymi ludźmi, kontaktami z nimi, przed procesem starzenia się i przemijania. W skrajnych przypadkach może dojść do gerontofilii, czyli strachu przed odczuwaniem satysfakcji z przebywania w towarzystwie ludzi starszych i do dostrzegania pozytywnych cech tego okresu życia.

- *i n s t y t u c j o n a l n ą*, dbającą o interesy instytucji lub struktury społecznej dyskryminującej osoby starsze. Przykładem takiego uprzywilejowania instytucjonalnego jest gerontokracja, w której porządek społeczny ustanawiany jest przez seniorów. Przykładem dbałości o interesy instytucji mogą być procedury odmawiające wykonania pewnych badań czy zabiegów z uwagi na wiek, przymusowy wiek emerytalny czy zakaz prowadzenia samochodów (Szukalski 2004).

Bez wątplenia pozycja osób starszych była wyższa w tradycyjnych społeczeństwach, gdzie starość kojarzono ze skarbnicą wiedzy i doświadczeniem. Jedno z afrykańskich przysłów mówi: „Gdy umiera starzec, płonie cała biblioteka” (Tokarz 2005).

Przejawami ageizmu są powiedzenia, które często odwzorowują sytuacje osób starszych, np.: „przykuty do wózka czy łóżka”, „ofiara starości”. Również w potocznym języku pewne przysłowia funkcjonujące w świadomości społecznej są tego przykładem, chociażby „starość nie radość”, „śmierć nie wesele” (Kołodziej 2006a, b).

Negatywny stereotyp starości i kojarzenie jej ze śmiercią wywołuje u osób młodych lęk, który przenoszony jest na osoby starsze. Ten sposób dystansowania się od starości rodzi stereotypy i uprzedzenia określane mianem gerontofobii (Bunzel 1972, za: Steuden i Marczuk 2006). Zaorska (1995) w książce *Podróż na krańce życia* uważa, że spostrzeganie osób starszych jako nieprodukcyjnych i bezużytecznych rodzi stereotypy społeczne i uprzedzenia, czego konsekwencją są zachowania dyskryminacyjne. Uwypuklanie fizycznych, zewnętrznych symptomów starości, jak np. brak zębów, zmarszczki, trudności z lokomocją, powoduje spostrzeganie seniorów jako nieatrakcyjnych, upośledzonych i żyjących na koszt społeczeństwa (Kilian 2004). Jak twierdzi Nelson (2003), stereotypy i uprzedzenia bardzo często powstają w stosunku do grup

ocenianych jako słabsze lub konkurencyjne. W takiej sytuacji mogą one działać na korzyść ludzi młodych zainteresowanych konkurencyjnością na rynku pracy i ludzi z klas uprzywilejowanych.

Niechęć i wrogość w stosunku do osób starszych wynika z wielu przyczyn, np.: z traktowania ich jako obciążenia dla społeczeństwa i budżetu państwa, z utrwalonych przez lata uogólnień o uciążliwości osób starszych i z dominacji we współczesnym społeczeństwie rodzin dwupokoleniowych nad wielopokoleniowymi, co przyczyniło się do upowszechnienia instytucjonalnych form opieki (Trafiałek 1995).

W 2009 roku z wykorzystaniem ankiety badającej ageizm przeprowadzono badania 82 osób słuchaczy Gdańskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Lemke 2009). Wiek badanych wahał się od 60 do 81 lat (średnia wieku 67 lat). Spośród badanych 40 osób miało wykształcenie wyższe, 40 średnie i 2 osoby zawodowe.

Jako najczęstsze przejawy dyskryminacji osoby badane wskazały łamanie praw w domach opieki, znieważanie osób starszych w ich najbliższym otoczeniu, a także ich niewłaściwe traktowanie w szpitalach. Za najbardziej upowszechnioną formę dyskryminacji ze względu na wiek osoby starsze uważają obojętność oraz niesympatyczne żarty, które zaliczyć można do przemocy psychicznej. Dodatkowo coraz częściej skarżą się na młodzież nieustępującą miejsca w środkach lokomocji oraz na służbę medyczną. Bywa, że czują się upokarzani i nietolerowani w wielu miejscach dla nich dozwolonych, ale ocenianych przez młodych za niestosowne dla nich, takich jak dancingi czy kursy tańca. Dostrzegany jest przez osoby starsze fakt, że są gorzej traktowane w porównaniu z resztą społeczeństwa, jednak część z nich za podstawową przyczynę tego zjawiska uważa złe wychowanie i brak kultury osobistej młodszych osób.

Przykładowe odpowiedzi podawane przez badanych:

„Uwagi w stylu: babcia się opala”; „Uśmieшки młodych w moim kierunku na dancinach”; „Młodzi uważają, że starsi nie rozumieją nowych czasów i próbują pokazać, jak należy żyć w nowych czasach”; „Chamstwo, arogancja i nieustępowanie miejsca w tramwaju”; „Chamskie dowcipy i niegrzeczne odzywki na przystanku autobusowym”; „Ranią nas odzywki młodzieży, przecież jesteśmy skarbnicą wiedzy”; „W ruchu drogowym odzywki typu: nie pchaj się dziadku głupi, gdzie się zatrzymałeś durniu”; „Brak zrozumienia i tolerancji przez młodych, nie widać chęci pomocy osobom starszym”; „Ignorancja i lekceważenie w sklepach, bankach czy punktach obsługi”; „Odpowiedzi ekspedientek w sklepach: to nie dla pani”; „Trudności w banku, związane z uzyskaniem karty kredytowej bądź większego limitu na nią”; „Pod koniec działalności zawodowej kierownictwo bardziej ceniło przy awansach młodych ludzi, nie ceni

się doświadczenia”; „Młodzi mają w pogardzie doświadczenie życiowe i wiedzę osób starszych oraz chęć korzystania z niej”; „U lekarza często słyszę: pani Wandziu, w tym wieku należy się z tym liczyć”; „W czasie prowadzenia samochodu: jestem starą i w dodatku kobietą”; „Kiedy na ulicy proszę o pomoc, często słyszę: spadaj babciu”; „Jesteś stara, co się wcinasz, co cię to obchodzi”; „Lekarze traktują nas jak śmieci”; „W przychodni rehabilitacyjnej nie chciano mi przyznać zabiegów, bo jestem za stara i już mi to nic nie pomoże”; „Uważają nas za gorszych, słabszych, głupszych”.

Według przeprowadzonych badań (Lemke 2009) 85% osób w wieku podeszłym twierdziło, że było świadkiem, kiedy inna osoba starsza doświadczyła dyskryminacji ze względu na wiek, natomiast w kolejnym pytaniu tylko 50% z nich przyznało się do tego, że sami doświadczyli takiej dyskryminacji. Wy tłumaczenie tej rozbieżności może być dwójakie – albo badani wstydzili się przyznać, że taka sytuacja dotyczyła ich osobiście, albo też wypowiedali się, bazując na panującym stereotypie, nawet gdy nie byli przekonani o prawdziwości swojej wypowiedzi i w rzeczywistości nie znają osoby, której dyskryminacja dotyczyła.

Osoby starsze nie zawsze są świadome, że spotykają się z zachowaniami, które możemy uznać za dyskryminację ze względu na wiek. Na ogół nie protestują lub uważają, że gorsze traktowanie jest czymś naturalnym na starość, stanem, do którego powinni przywyknąć. Często samo słowo „dyskryminacja” brzmi dla nich obco i niezrozumiale. Dodatkowo ważne w tym wypadku jest także to, że seniorzy sami siebie postrzegają jako grupę będącą w gorszej sytuacji materialnej czy zdrowotnej i wymagającą opieki (co nie zawsze jest prawdą). Takie zróżnicowanie w poglądach może wynikać albo z malejących z wiekiem oczekiwań osób starszych, albo z faktu, że z czasem przyzwyczajają się do gorszego traktowania.

W 2002 roku Czekanowski opisał badania, w których 87% przebadanych osób starszych twierdziło, że są traktowani przez rodzinę i znajomych z należytym szacunkiem. Natomiast w badaniach Lemke (2009) 37% osób starszych stwierdza, że młodzi dobrze ich traktują, a 33% uważa, że są dyskryminowani. W perspektywie 6 lat widoczna jest zmiana procentowego rozkładu poszanowania wobec starszych osób. Jeszcze w 2002 roku większość osób starszych pozytywnie oceniała młodych ludzi. Obecnie krąg ten znacznie się zmniejszył, co można wiązać z odczuwalnym wzrostem braku tolerancji wobec osób starszych w naszym kraju. Być może, traktowanie z szacunkiem to jedynie niewyrażanie przez młodszych negatywnych opinii na temat wartości czy odmiennych postaw wobec starszego pokolenia. Z obserwacji wynika, że Polacy bardzo różnie traktują osoby starsze, wyrażając postawy od życzliwości, przez

obojętność, aż po wyraźną niechęć i że w dużej mierze zależy to od środowiska i sytuacji społecznej człowieka.

W swoich badaniach przeprowadzonych na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku za pomocą testu ACL Cichocka (1993) chciała sprawdzić, czy istnieje stereotyp człowieka starego w naszym kraju. Zaznaczone w badaniu przymiotniki uznała za pewnego rodzaju stygmat. I słusznie. Porównując wyniki uzyskane przez Lemke z wynikami uzyskanymi przez Cichocką, można zauważyć, że są one podobne – zarówno w tych miejscach, gdzie zaznaczano przymiotniki pasujące do obrazu osoby starszej, jak i te niepasujące do jej obrazu. Niemniej jednak widoczna jest istotna różnica, jeśli chodzi o nasilenie negatywizmu w badaniach Lemke. W każdej grupie zaznaczonych przymiotników widać istotne nasilenie przymiotników negatywnych, wręcz niezauważalna jest liczba przymiotników pozytywnie określających człowieka starego. Potwierdza to tezę, iż problem ageizmu i jego etykietowania jest coraz szerszy, w związku z czym stanowi znaczne zagrożenie społeczne. Na przestrzeni 16 lat widać znaczące różnice w postrzeganiu sytuacji osób starszych w społeczeństwie, jednak zmiana problemu dyskryminacji to zmiana mentalności otoczenia, co z pewnością stanowi najważniejszy etap walki z nasilającym się problemem.

#### DROGI RADZENIA SOBIE Z AGEIZMEM

Jednym ze sposobów radzenia sobie z własną starością mogą być zmiany w obrazie samego siebie. Codzienne postrzeganie własnego ciała i zmian w nim zachodzących może wywoływać niechęć do niego i poczucie wstydu. Dla niektórych starzejących się osób pogodzenie się ze zmianami w swoim ciele staje się niemożliwe, co stwarza problemy natury psychologicznej (Kowalik 2007). Kowalik (2007) uważa, że negatywny stosunek do własnego ciała połączony jest z lękiem. Ten stan psychiczny nazwany został przez autora autohomofobią rozumianą jako lęk przed sobą jako osobą starszą obecnie i w przyszłości. Autohomofobia może wyzwać mechanizmy obronne polegające na unikaniu oglądania siebie w lustrze i niedopuszczaniu do możliwości oglądania swojego ciała przez innych. Odporne na autohomofobię mogą być osoby, które z godnością i świadomością akceptują zmiany zachodzące we własnym ciele, które nie przywiązywały wagi do wyglądu zewnętrznego, i takie, które żyją w środowisku deprecjonującym wartości cielesne. Możemy oczekiwać, że inny charakter przybierze to zjawisko u kobiet (lęk przed utratą urody) i u mężczyzn (lęk przed utratą sprawności fizycznej) (Kowalik 2000).

Ageizm powoduje, że ludzie starzy w różny sposób przystosowują się, np:

1) mogą podporządkować się oczekiwaniom środowiska, co powoduje wycofanie się z pełnionych ról społecznych i ograniczenie zaangażowania;

2) mogą przyjmując postawę nieuznawania siebie jako osoby starszej i wykonywać wszelkie sposoby w celu zachowania młodego wyglądu;

3) mogą budować swoje kontakty społeczne tylko z osobami podobnymi sobie (koła emerytów lub zamieszkiwanie w gminach przeznaczonych tylko dla starszych, jak np. w USA);

4) mogą się izolować i żyć w samotności, co może doprowadzić do alkoholizmu, lekomanii, chorób umysłowych i w konsekwencji do samobójstw;

5) mogą też czynnie przystosować się do ageizmu i aktywnie walczyć z dyskryminacją instytucjonalną i indywidualną.

Dyskryminacja osób w podeszłym wieku różni się od innych postaw tym, że wszyscy jesteśmy jej potencjalnymi ofiarami. Dyskryminujący i dyskryminowani nie zostali rozdzieleni na dwa wrogie obozy; różni ich tylko upływ czasu. Dyskryminujący staną się dyskryminowanymi, odwracając schemat tak często obserwowany przy molestowaniu dzieci, gdzie molestowani stają się molestowanymi. Dyskryminujący propagują poglądy, które z czasem obrócą się przeciwko nim (Kirkwood 2005, s. 34).

W społecznym stereotypie lansowanym przez amerykańskie środki masowego przekazu starość jest widziana w sposób negatywny, dlatego zaleca się, aby wszelkie jej przejawy ukrywać, używając w tym celu kosmetyków, a nawet poddając się operacjom plastycznym itp. (Butler, Lewis 1982; za Kołodziej, 2006). W USA w ostatnich czasach obraz starości w mediach uległ zdecydowanej zmianie dzięki zastąpieniu obrazu osób starszych jako głupich i upartych obrazem aktywnych, wpływowych i atrakcyjnych seksualnie (Bell 1992, za: Kołodziej 2006). Przykładem walki przeciwko dyskryminacji osób starszych mogą być organizacje powstałe w poprzednim stuleciu, jak np. Gray Parnters (Gianoulis 2004; za: Brzezińska 2006). Te pozytywne stereotypy są obecnie przykładem pozytywnych uprzedzeń wiekowych, czyli są dyskryminacją na korzyść osób starszych (Palmore 1990, za: Kołodziej 2006). Zdaniem tego autora, istnieje osiem pozytywnych społecznie uznawanych stereotypów starości: „tj. pogodność, uprzejmość, mądrość, zaufanie, wpływowość, władza polityczna, większa swoboda niż u ludzi młodych, starają się zachować młodość” (tamże, s. 65).

W Polsce edukowanie do starości i przygotowanie do niej nie jest właściwie realizowane (Leszczyńska-Rejchert 2007). Polski stereotyp starości jest stereotypem w większości negatywnym. Dlatego istnieje ogromna potrzeba kształtowania pozytywnego obrazu starości. Nie chodzi o jej bezkrytyczne gloryfikowanie, ale o widzenie nawet w warunkach cierpienia i choroby celu życia

i jego kompletności. W przypadku osób starszych ważna jest „możliwość dokonywania wyborów i angażowania się w walkę z przeciwnościami losu, nawet gdy doświadczą się przewidywalnych ograniczeń fizycznych i psychologicznych będących nieodłącznymi elementami starości” (Hill 2009, s. 16). Synak skuteczną walkę z ageizmem ujął w następujących słowach: „Ludziom starym trzeba [...] dać [...] powód do dalszego życia”, co oznacza zapewnienie seniorom godziwych warunków życia, solidarność międzypokoleniową, zachowanie samodzielności gospodarczej w domu i otrzymywanie wsparcia od społeczności sąsiedzkiej (Synak 2002, s. 132–133).

Ważną rolę w życiu starego człowieka odgrywa rodzina. Dobre stosunki między członkami rodziny wpływają na pozytywne postrzeganie samego siebie, swoje poczucie wartości, optymistyczne patrzenie w przyszłość i ostatecznie na stopień adaptacji do własnej starości. Stary zdrowy człowiek może aktywnie brać udział w życiu rodziny, robić zakupy, przygotowywać posiłki, opiekować się wnukami. Taka sytuacja jest najbardziej komfortowa dla wszystkich członków rodziny. Ale często stary człowiek skazany jest na pomoc najbliższych osób lub instytucji opiekuńczych (Jundziłł i Pawłowska 2010).

#### STAROŚĆ POWIKŁANA CHOROBA

Wcale nie tak dawno XIX-wieczne określenie „otępienie starcze” (*dementia senilis*) było uważane za wystarczające, aby opisać niemalże każdy przypadek starszej osoby, która w późniejszym okresie swojego życia zaczęła się zachowywać inaczej, „tracić zmysły”, „wchodzić w drugie dzieciństwo” itp. Gdy na początku XX wieku Alois Alzheimer opisał ze stanowiska neuropatologicznego pierwsze przypadki tej choroby, która teraz nosi jego nazwisko, zaznaczył nawet w tytule pracy, że dla niego choroba ta była „rzadka”. Obecnie, dzięki rozwojowi neuronauk, wzrosła wykrywalność przyczyn tej choroby. Określenie „otępienie starcze” straciło więc swoje dawne znaczenie, gdyż okazało się, że każdy taki przypadek wynika z określonych zmian neurodegeneracyjnych mózgu rozwijających się w starszym wieku w sposób ukryty i wolno postępujący wraz z upływem czasu (Olszewski 2008).

Statystyki medyczne wskazują, że choroba Alzheimera to około trzy czwarte wszystkich przypadków otępienia u osób w wieku podeszłym, co w pewnym sensie uzasadnia niemal powszechne przypuszczenie, że to, co kiedyś lekarz określał jako *dementia senilis*, obecnie nazywa się chorobą Alzheimera. Nawet wielu lekarzy praktyków, obciążonych znaczną liczbą pacjentów, widząc w swoim gabinecie starszą osobę, która wyraźnie inaczej funkcjonuje w swoim środowisku niż dawniej, bez dłuższego zastanawiania się

podejrzewa chorobę Alzheimera i włącza leczenie farmakologiczne według swego uznania.

Jednak 75% to przecież nie to samo co 100%, przy czym warto się zastanowić, co dzieje się z tymi 25%, którzy nie chorują na chorobę Alzheimera. Stuprocentową pewność co do trafności diagnozy choroby Alzheimera dają dopiero wyniki badań neuropatologicznych (głównie pośmiertnych) potwierdzających obecność blaszek starczych i splotów neurofibrylarnych, co oznacza, że za życia pacjenta wolno powiedzieć tylko, że występuje u niego albo podejrzenie choroby Alzheimera, albo otępienie typu Alzheimera (*dementia of the Alzheimer type*, DAT).

U innych starszych pacjentów z klinicznymi objawami otępienia przyczyny zachorowania są rozmaite, a co za tym idzie – kliniczny obraz i przebieg choroby różnią się czasami zasadniczo. Problem ten nabiera znaczenia w momencie, gdy weźmie się pod uwagę, że taka diagnoza wiąże się z specyficznym leczeniem farmakologicznym, które nie będzie skuteczne (a może być nawet szkodliwe), jeżeli diagnoza nie jest trafna.

Pacjenci z otępieniem czołowo-skroniowym (*frontotemporal dementia*, FTD) wyróżniają się specyficznymi zaburzeniami zachowania, które odróżniają ich od innych pacjentów. Levy i wsp. (1996) stwierdzili, że apatia, rozhamowanie, dziwaczne zachowania motoryczne, drażliwość oraz euforia występują znacznie częściej u chorych z FTD niż u chorych z DAT (Miller i in. 1997). U pacjentów z FTD zauważa się też często występowanie zaburzeń antyspołecznych (Kertesz i in. 2007). Miller i wsp. (1996) stwierdzili, że zachowania te występują u prawie 50% chorych z FTD.

O ile choroba Alzheimera charakteryzuje się globalnym deficytem poznawczym, którego najważniejszym objawem są zaburzenia pamięci, to otępienie czołowo-skroniowe (FTD) określają przede wszystkim zaburzenia zachowania i emocji, które w chorobie Alzheimera pojawiały się dopiero w późniejszych fazach rozwoju schorzenia (Gabryelewicz 2004 a, b). W sferze językowej w FTD i w DAT mogą wystąpić np. persewacje, brak spontaniczności w wypowiedziach, palilalie i echolalie. Rozumienie wypowiedzi, w przeciwieństwie do DAT, może być zachowane nawet w późnej fazie FTD; nie występują także logoklonie (Gustafson i in. 2004). Funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz orientacja w czasie i przestrzeni, zaburzone w przebiegu DAT, w FTD realizują się sprawnie. Skroniowy wariant FTD charakteryzują poważne zaburzenia pamięci, ale również inne niż w Alzheimerze – w FTD zaburzona jest pamięć długotrwała, podczas gdy krótkotrwała funkcjonuje dobrze. DAT charakteryzuje odwrotny wzorzec: zaburzona jest pamięć krótkotrwała, a długotrwała funkcjonuje dobrze. Czołowy wariant FTD to dominacja zaburzeń funkcji

wykonawczych i charakteropatycznych (Kotapka-Minc 2003 a, b). O ile w DAT zaburzenia funkcji wykonawczych również pojawiają się wcześniej, to nie stanowią one głównego objawu. Pacjenci na wczesnym etapie DAT lepiej niż ci z wczesną FTD zachowują umiejętności społeczne i cechy własnej osobowości (Gustafson i in. 2004). Na poziomie zaburzeń zachowania w DAT nie obserwuje się zachowań stereotypowych czy zmian w sposobie odżywiania się, które wyróżniają FTD (Kłoszewska 2004).

Podobny charakter różnic spotyka się w innych typach otępienia. Otępienie z ciałami Lewy'ego (ang. *dementia with Lewy bodies*, DLB) objawia się głównie deficytami uwagi (szczególnie w zakresie jej podtrzymywania) i zaburzeniami psychiatrycznymi (takimi jak błędne identyfikacje i halucynacje). W DAT zaburzenia uwagi dotyczą przede wszystkim jej podzielności i selektywności, natomiast zaburzenia psychiatryczne pojawiają się znacznie później niż w DLB (Magierski i in. 2005). W DLB odroczone odtwarzanie materiału jest na dobrym poziomie w przeciwieństwie do DAT, w którym konsolidacja śladu pamięciowego jest zaburzona (por. też Jodzio 2006). W DAT przeważają deficyty fluencji kategoryalnej, podczas gdy w DLB fluencji leksykalnej. Zaburzenia zdolności wzrokowo-przestrzennych i konstrukcyjnych są znacznie nasilone już we wczesnym przebiegu DLB, z kolei w DAT nieco później. W DLB mogą również mieć miejsce objawy parkinsonizmu niespotykane w DAT. Dynamika nasilenia objawów wykazuje dużą zmienność (Gabryelewicz i in. 2006; Sobów i in. 2004).

W otępieniu semantycznym (ang. *Semantic Dementia*, SD) występują głównie zaburzenia sfery semantycznej języka przy jednocześnie sprawnej sferze niesemantycznej. W DAT obie sfery zostają zaburzone. Co więcej, w SD stwierdza się lepsze wyniki w testach na rozumienie niż nazywanie, a w przypadku DAT nie zaobserwowano takiego wyniku (Rogers i in. 2006; Pąchalska i in. 2008).

Depresja i otępienie również charakteryzują się objawami, z których część jest do siebie podobna. W obu obserwuje się słabsze funkcjonowanie pamięci, wolniejsze myślenie, spadek aktywności (Radziwiłłowicz P. 1999; Radziwiłłowicz W. 2001). Pomimo powierzchownych podobieństw można uchwycić zasadnicze różnice w zmianach powodowanych przez oba te zaburzenia. Pacjentom depresyjnym, pomimo zmniejszenia się zakresu pamięci bezpośredniej (co jest u nich odwracalne w przeciwieństwie do chorych z DAT), nie obniża się ogólny poziom umysłowy, tak jak to ma miejsce w otępieniu. Pacjenci depresyjni lepiej radzą sobie z procesem rozpoznawania i przypominania niż chorzy z DAT, są też mniej podatni na rozkojarzenia. Zakres pamięci długotrwałej u osób z DAT obniża się przynajmniej o 1,5 raza więcej w porównaniu

z wynikami chorych z depresją, a zdolność uczenia się materiału niewerbalnego jest dwukrotnie niższa. W DAT zanika efekt pierwszeństwa w procesie przypominania wyuczonego materiału werbalnego, w depresji nie ma takiego efektu.

W przeciwieństwie do DAT w depresji myślenie konkretne nie dominuje nad abstrakcyjnym, nie obniża się orientacja oraz zdolność jednoczesnej syntezy wzrokowo-przestrzennej, gdy tymczasem w DAT funkcje wzrokowo-przestrzenne są znacznie obniżone. Podczas wykonywania zadań pacjenci depresyjni mają trudności z utrzymaniem motywacji, pacjenci z otępieniem nie radzą sobie natomiast w tworzeniu planu i ustalaniu hierarchii celów.

Obniżanie się możliwości poznawczych u osób w starszym wieku wynika nie zawsze tylko z naturalnych procesów fizjologicznego starzenia, ale też z przyczyn chorobowych lub działania leków. Fizjologiczne zmiany tym różnią się od procesu otępiennego, że pomimo podobnego charakteru, nie są one tak głębokie i w efekcie pozwalają osobie aktywnie uczestniczyć w życiu. Są również znacznie stabilniejsze od zmian w DAT. O ile w DAT proces zapamiętywania i uczenia się jest bardziej obniżony niż proces przechowywania zapamiętanego materiału, o tyle u osób w podeszłym wieku zaburzenia przechowywania zapamiętywanego materiału są większe niż (również obecne) zaburzenia zapamiętywania. Uczenie się materiału niewerbalnego, zaburzone u osób z DAT, u ludzi starszych wymaga wolnego tempa prezentacji materiału i większej liczby powtórzeń. Pacjenci starzejący się mogą rekompensować swoje deficyty pamięciowe. W procesie zapamiętywania mogą wykorzystywać czynności ruchowe, a podczas przypominania – różne podpowiedzi. Oba te mechanizmy nie są obecne u osób z DAT (Kotapka-Minc 2003 a, b).

Myślenie abstrakcyjne nie jest tak zaburzone u osób starych jak u pacjentów z otępieniem, choć zauważalna jest u nich dominacja myślenia konkretnego. W kontekście funkcji wzrokowo-przestrzennych osoby starsze funkcjonują względnie dobrze – nie mają na ogół problemów w procesie kopiowania dwuwymiarowej figury w przeciwieństwie do osób z otępieniem. Zdrowi starzejący się mogą mieć niewielkie deficyty w zakresie funkcji wykonawczych. Nie mają jednak takich trudności przy konstruowaniu planu jak chorzy z Alzheimerem (Radziwiłowicz W. 2001). Orientacja osób zdrowych nie zmienia się z wiekiem, podobnie jak pamięć materiału niezorganizowanego znaczeniowo. O ile w DAT następuje stopniowy rozkład struktury języka, o tyle osoby starsze ją zachowują. Wiek nie wpływa ani na wiedzę fonologiczną, ani syntaktyczną. Funkcja leksykalna jest dobrze zachowana (ewentualne problemy są kompensowane i nie zakłócają komunikacji słownej). Osoby starsze mogą co najwyżej wykazywać drobne zmiany niektórych parametrów mowy i głosu, ale

cechy akustyczne głosu nie zmieniają się istotnie (Podemski i Słotwiński 2003; Kotapka-Minc 2004).

Zmiany osobowości i zachowania są wiodącymi objawami FTD i prowadzą do dominacji tylko pewnych specyficznych symptomów poznawczych we wcześniejszym okresie otępienia. Skargi na problemy z pamięcią, choć deklarowane często, trudno oszacować precyzyjnie. Zaburzenia pamięci są prawdopodobnie wtórne do zaburzeń regulacji w obrębie płata czołowego, powodujących zubożenie, spadek aktywności życiowej, ograniczenie zainteresowań i zaniechanie planów na przyszłość. Pacjenci zazwyczaj pozostają zorientowani w miejscu i czasie, dlatego mogą przemieszczać się w granicach swego środowiska lokalnego, unikając ryzyka zagubienia. Krewni obserwują, że pacjent oddala się kilka kilometrów od domu, jednak znajduje drogę powrotną. Wraz z wydłużaniem się czasu trwania choroby zaburzenia pamięci, orientacji oraz sprawności intelektualnej stają się bardziej nasilone, choć nigdy nie osiągają wymiaru obserwowanego w chorobie Alzheimera. AD prowadzi do całościowej mentalnej deterioracji, przede wszystkim przez apraksję, dysgnozę (agnozę) i zaburzenia orientacji allopsychicznej. Te symptomy bardzo silnie korelują z zajęciem kory skroniowo-ciemieniowej w przebiegu choroby. Zmiany zachowania społecznego są często pierwszymi objawami choroby neurodegeneracyjnej (Rankin i in. 2008).

Zdarza się, że pacjenci z FTD są źle zdiagnozowani i zaklasyfikowani do leczenia psychiatrycznego. Dzieje się tak dlatego, że na ogół nie mają oni zaburzeń procesów poznawczych i klinicysta z małym doświadczeniem może nie rozpoznać zmian w zachowaniu społecznym jako objawów otępienia. Oczywiście nie pomoże mu w tym brak testów czy protokołów badań kierunkowych. Starszą osobę z zaburzeniami poznawczymi przypisuje się niemal automatycznie do kategorii „choroba Alzheimera”. Natomiast starsza osoba z zaburzeniami zachowania otrzymuje diagnozę choroby psychicznej i będzie leczona psychiatrycznie, co stało się z wieloma badanymi przez autora pacjentami z grupy FTD. Fakt ten bez wątpienia opóźnił proces diagnozy.

Z klinicznego punktu widzenia wczesne rozpoznanie FTD pozostaje nie małym wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym. Wczesna diagnoza jest zasadniczym warunkiem adekwatnego leczenia i opieki terapeutycznej. Długotrwała choroba ma ujemny wpływ na rodzinę pacjenta, która będzie potrzebować profesjonalnego wsparcia przez wiele lat (Devinsky i in. 1995), przede wszystkim ze względu na tendencje tych pacjentów do zachowań agresywnych, nieobliczalnych, niedostosowanych do warunków społecznych, a także ze względu na brak krytycyzmu, co sprawia, że niechętnie przyjmują pomoc i rady ze strony rodziny.

Doświadczenia wyniesione z badań i obserwacji pacjentów oraz rozmowy prowadzone z ich najbliższymi pozwalają na potwierdzenie tych spostrzeżeń. Rodziny pacjentów z FTD (szczególnie tych, którzy przejawiali początkowo głównie zaburzenia zachowania) często były zdezorientowane, gdy dowiedziały się, że pacjent cierpi na chorobę neurodegeneracyjną, gdyż na pozór wydawało się, że zmieniło się wyłącznie jego zachowanie. Dziwiły się, że w domu pojawiła się nowa, nieznana osoba, prawie psychopata, który przynosi im wstyd w sytuacjach społecznych, może ukraść w sklepie jakiś przedmiot, oddać mocz do dowolnego naczynia, jakie znajdzie w pobliżu, dotykać nieznajomą kobietę i opowiadać jej niestosowne dowcipy, jeść dziwne posiłki, wkładać do ust niejadalne przedmioty itd.

Monitorowanie tych zmian w przebiegu cytowanych badań pozwoliło na ustalenie profilu pacjenta z FTD. Fakt ten może pomóc we wczesnej diagnostyce różnicowej pacjentów z FTD i AD oraz w wyborze właściwej terapii farmakologicznej (Olszewski 2008). Gdy zaś chodzi o społeczny odbiór osób z otępieniem, to istotne znaczenie ma edukacja społeczna w tym zakresie. Społeczna etykieta otępiennych nieszczęść jest niestety poza sporem.

#### PODSUMOWANIE

Zarówno fizjologiczne, jak i powikłane chorobą starzenie się człowieka stawia go w relacji konfrontacyjnej społecznie. Wykorzystując mechanizmy adaptacyjne, zmuszony jest on walczyć nie tylko z własnymi trudami egzystencjalnymi, ale także z niechętną oceną społeczną. W gorszej sytuacji naznaczenia jest człowiek chorobowo niesprawny, gdyż nie tylko potwierdza on swoim zachowaniem przyklejoną do niego etykietę, to jeszcze nie zawsze zdaje sobie sprawę ze swego stanu i skazany jest całkowicie na wsparcie otoczenia. Przykłady z grupy otępień są tego dobrym dowodem. Starzejący się fizjologicznie człowiek, świadom swego wieku i miejsca wyznaczanego mu przez młodszą część społeczeństwa, ma dwie drogi wyboru: albo wpisać się w obiegową etykietę i w ten sposób, nie narażając się innym, podjąć próby adaptacji do takiego wariantu, albo odrzucić społeczną etykietę starości i podjąć walkę o takie mechanizmy adaptacji, które są konfrontacją ze wskazaniami obyczajowymi.

Obydwie drogi odwołują się do adaptacji, która za każdym razem posiada cechy ułomności. Ułomność wiązać należy z dwuwektorowością działań: jednocześnie ku sobie i ku innym. Starzejący się człowiek nie zawsze jest w stanie pogodzić tak ukierunkowanych działań. Być może dlatego społeczne pejoratywne naznaczenie starości ma ciągle korzystne warunki dla swojej rozwojowej atrybucji.

## BIBLIOGRAFIA

- Bell J. (1992). *Insearch of a Discourse on Aging: The Elderly on Television*. „The Gerontologist”, 32, s. 305–311.
- Bromley D. B. (1989). *Psychologia starzenia się*. Warszawa: PWN.
- Brzezińska A. I. (2006). *Portrety psychologiczne człowieka*. Gdańsk: GWP.
- Butler R. N., Lewis M. I. (1982). *Aging and Mental Health*. Toronto–London.
- Bunzel J. (1972). *Note on the history of a concept: gerontophobia*, „The Gerontologist”, 12/1972, s. 116–203.
- Butler R. N. (1980). *Ageism: A foreword*. „Journal of Social Issues”, 365, s. 8–11.
- Cichocka M. (1993). *Psychologiczne problemy starzenia się i starości*. W: S. Krzywiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 249–262.
- Cichocka M. (1995). *Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego*. W: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej t. 4*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 79–94.
- Czekanowski P. (2002). *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*. W: B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 166.
- Devinsky O., Morrell M. J., Vogt B. A. (1995). *Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour*. „Brain”, 118, s. 279–306.
- Dyczewski L. (1994). *Ludzie starzy i starość w kulturze i społeczeństwie*. Lublin: RWKUL.
- Filipiak M. (2000). *Socjologia kultury. Zarys zagadnień*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gabryelewicz T. (2004a). *Łagodne zaburzenia poznawcze*. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otepienie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 53–58.
- Gabryelewicz T. (2004b). *Niefarmakologiczne metody postępowania w otepieniu*. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otepienie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 166–170.
- Gabryelewicz T., Kotapka-Minc S., Mączka M., Motyl R., Sobów T., Szczudlik A., Kłyszewska I., Barcikowska M. (2006). *Charakterystyka polskiej populacji osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów: Raport z badania obserwacyjnego EX-ON*. „Psychogeriatrya Polska”, 3 (2), s. 75–84.
- Gianoulis T. (2004): *AGEISM*. [www.glbtq.com/social-sciences/ageism.html](http://www.glbtq.com/social-sciences/ageism.html)
- Gustafson L., Elfgrén C., Passant U. (2004). *Fronto-temporal dementia: Differentiation from Alzheimer's disease*. „Psychogeriatrya Polska”, 1 (4), s. 279–292.
- Halicka M. (2002). *Satysfakcja życiowa ludzi starszych w świetle badań jakościowych*. „Gerontologia Polska”, 10 (3), s. 144–148.
- Hill R. D. (2009). *Pozytywne starzenie się*. MT Biznes Ltd.
- Jodzio K. (2006). *Neuropoznawcze mechanizmy funkcjonowania pamięci operacyjnej*. „Kołokwia Psychologiczne”, 14, s. 25–42.
- Jundziłł E., Pawłowska R. (2010). *Pedagog wobec osoby chorego*. Wydawnictwo Harmonia.
- Kilian M. (2004). *Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie*. „Gerontologia Polska” 12 (3) 2004, s. 125–128.
- Kirkwood T. (2005). *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Charaktery.
- Kertesz A. (2007). *Pick complex – historical introduction*. „Alzheimer's Disease & Associated Disorders”, 21 (4), s. 5–7.

- Kłoszewska I. (2004). *Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne w zespołach otępiennych*. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 59–66.
- Kołodziej W. (2006a). *Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku*. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin: KUL, s. 91–100.
- Kołodziej W. (2006b). *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 55–72.
- Kotapka-Minc S. (2004). *Funkcje poznawcze i ich zaburzenia*. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 15–26.
- Kotapka-Minc S. (2003a). *Problemy diagnostyczne w zespołach otępiennych – perspektywa neuropsychologiczna*. W: J. Leszek (red.), *Choroby otępienne – teoria i praktyka*. Wrocław: Continuo, s. 357–388.
- Kotapka-Minc S. (2003b). *Metody oddziaływań nefarmakologicznych w otępieniu*. W: J. Leszek (red.), *Choroby otępienne – teoria i praktyka*. Wrocław: Continuo, s. 463–469.
- Kowalik S. (2000). *Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się*. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju: psychostymulacja i psychokorekcja*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, s. 65–79.
- Kowalik S. (2007). *Motywacja do rehabilitacji niepełnosprawnych seniorów. Próba nowego spojrzenia*. W: J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 131–148.
- Lemke A. (2009). *Ageizm a poczucie alienacji u osób w okresie starości*. Praca magisterska, niepublikowana. Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego.
- Leszczyńska-Reichert A. (2007). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: UWM.
- Levy M., Miller B. L., Cummings J. L., Fairbanks L. A., Craig A. (1996). *Alzheimer's disease and frontotemporal dementia: behavioral distinctions*. „Archives of Neurology”, 53, s. 687–690.
- Magierski R., Karlińska J., Sobów T., Kłoszewska I. (2005). *Porównanie obrazu neuropsychologicznego w otępieniu z ciałami Lewy'ego (DLB) oraz otępieniu typu Alzheimerera (AD)*. „Psychogeriatrya Polska”, 2, s. 57–64.
- Marshall G. (2004). *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Miller B. L., Darby A., Benson D. F., Cummings J. L., Miller M. H. (1997). *Antisocial behavior in frontotemporal dementia*. „British Journal of Psychiatry”, 170, s. 1–6.
- Miller B. L., Ponton M., Benson D.F., Cummings J. L., Mena I. (1996). *Enhanced artistic creativity with temporal lobe degeneration*. „Lancet”, 348, s. 1744–1755.
- Nelson T. (2003). *Psychologia uprzedzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Olszewski H. (2008). *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Olszewski H. (2003). *Starość i witaukt psychologiczny: atrybucja rozwoju*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Palmore E. B. (1999). *Ageizm: negative and positive*, New York: Springer Publishing Company.

- Pietrasiański Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Piotrowski J. (1973). *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN.
- Podemski R., Słotwiński K. (2003). *Zaburzenia mowy w procesach otępiennych*. W: J. Leszek (red.), *Choroby otępienne – teoria i praktyka*. Wrocław: Continuo, s. 271–284.
- Radziwiłłowicz P. (1999). *W poszukiwaniu mechanizmów zaburzeń poznawczych w otępieniu, depresji i starzeniu się*. Część I. „Psychiatria Polska”, 93, s. 687–700.
- Radziwiłłowicz W. (2001). *Organizacja funkcjonalna procesów poznawczych w otępieniu, depresji i starzeniu się*. „Czasopismo Psychologiczne”, 7, s. 185–200.
- Rankin K. P., Santos-Modesitt W., Kramer J. H., Pavlic D., Beckman V., Miller B. L. (2008). *Spontaneous social behaviors discriminate behavioral dementias from psychiatric disorders and other dementias*. „Journal of Clinical Psychiatry”, 69 (1), s. 60–73.
- Rembowski J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa; Poznań.
- Rogers T. T., Patterson K., Ivanou A., Hodges J. R. (2006). *Semantic memory in Alzheimer's disease and the frontotemporal dementias: a longitudinal study of 236 patients*. „Neuropsychology”, 20, s. 319–335.
- Sobów T., Nagata K., Sikorska B., Magierski R., Bratosiewicz-Wąsik J., Jaskólski M., Liberski P. P. (2004). *Choroba Alzheimera*. W: A. Szczudlik P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 177–210.
- Studen S., Marczuk M. (2006). *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin: KUL.
- Straś-Romanowska M. (2000). *Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprophylaktyka starości*. W: B. Kaja (red), *Wspomaganie rozwoju. Psychokorekcja i psychostymulacja*, t. 2, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, s. 44–56.
- Stuart-Hamilton I. (2006). *Psychologia starzenia się*, Poznań: Zysk i s-ka.
- Susułowska M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szatur-Jaworska B. (2002). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Aspra.
- Szatur-Jaworska B. (2005). *Wprowadzenie*. W: B. Tokarz (red.), *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, s. 9.
- Szatur-Jaworska B. (2006). *Dyskryminacja ze względu na wiek i marginalizacja ludzi starych*, W: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: ASPRA-JR, s. 216–221.
- Szukalski P. (2004). *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (Ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*. „Polityka Społeczna” 2, s. 12–13.
- Synak B. (2002). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Śliwerski B. (1997). *Krytyczna teoria wychowania wobec osób starszych w toksycznym społeczeństwie*. W: M. Dziegielewska (red.), *Przygotowanie do starości*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, s. 80–90.
- Tokarz B. (2005). *Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Warszawa: ARFP.
- Trafiałek E. (1995). *Człowiek starszy w społeczeństwie polskim*, „Praca Socjalna” 4, s. 3–10.
- Turner J., Helms D. (2000). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: WSiP.
- Wieczorek B. (2004). *Przymus wiecznej młodości*, „W Drodze”, 11(375). <http://mateusz.pl/wdrodze/nr375/>

- Wiśniewska-Roszkowska K. (1989). *Nowe życie po sześćdziesiątce*. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ.
- Woźniak Z. (1997). *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*. Poznań: Wydawnictwo Miejskie.
- Zaorska B. (1995). *Podróż na krańce życia*. Warszawa: Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej.

#### SUMMARY

The article presents the psychological aspect of aging and old age with regard to adaptation to old age with a particular focus on the nature of social stigmatization. The authors aimed to demonstrate the causes of negative attitudes towards elderly people in the modern world and ways of dealing with them. Discrimination on account of old age is presented in the perspective of a normal, healthy aging process and a pathological one manifest in Dementia of the Alzheimer type (DAT) and in a frontotemporal dementia (FTD).