

KAZIMIERZ PRZYBYŁKO

PROBLEMY PSYCHOFIZYCZNE CZŁOWIEKA A JEGO ROZWÓJ W OKRESIE SENIORALNYM*

WSTĘP

Problemy związane z okresem senioralnym stają się coraz częściej przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych zainteresowanych tym okresem rozwojowym. Dotyczy to szczególnie nauk biologiczno-medycznych, psychologicznych i społecznych. Zainteresowanie problematyką starości jest związane ze znacznym zwiększeniem się liczby osób starszych zarówno w Polsce, jak i całej Europie. Owe trendy implikują potrzebę analizy tego zjawiska oraz próbę poprawy jakości życia i rozwoju osób w okresie senioralnym, tym bardziej że obecnie przeciętny okres życia wyraźnie się wydłuża – pod koniec XX wieku wynosił około 80 lat.

Starzenie się człowieka, podobnie jak innych istot żywych, jest naturalnym i nieodwracalnym procesem, w którym narastają zmiany metaboliczne całego organizmu. Starzenie się organizmu to proces biologiczny, polegający na postępujących w czasie zmianach wstecznych (inwolucyjnych) komórek i narządów. Zmiany w organizmie człowieka znamionujące proces starzenia występują już w około 30 roku życia, a ich rozwój ulega przyspieszeniu po 50 roku życia. Należy jednak podkreślić, że wiek metrykalny nie zawsze odpowiada wiekowi biologicznemu. W starości dochodzi do zmian procesów biochemicznych w tkankach. Modyfikacji ulega struktura białek, od których zależy konsystencja narządów, kolagenu jako głównego składnika tkanki łącznej oraz elastyny, występującej w ściankach naczyń krwionośnych i skóry (SADOWSKI 2005). Głównym problemem starości staje się wzrastająca liczba osób chorych, niepełnosprawnych wymagających pomocy na różnych płaszczynach. Sytuacja ta jest spowodowana osłabieniem

KAZIMIERZ PRZYBYŁKO – Poradnia Leczenia Bólu przy II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (kierownik prof. dr hab. med. Krzysztof Przesmycki); członek współpracownik Wydziału Nauk Społecznych TN KUL.

* Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Wydziału Nauk Społecznych TN KUL 11 października 2017 r.

i zanikiem więzi rodziny wielopokoleniowej, przez co osoby starsze są pozbawione opieki na różnych płaszczyznach funkcjonowania; wymagają zarówno pomocy podstawowej, jak też bardzo ważnego wsparcia psychologicznego, który jest stymulatorem rozwoju. Osoby te są często dotknięte izolacją społeczną, czyli brakiem wpływu na socjalizację rodziny (ADAMSKI 1987; DYCZEWSKI 1986). Starość jest integralną częścią życia, ale może ją cechować wielość negatywnych przeżyć i traumatycznych doświadczeń. Człowieka starego pozostawiono nieco na uboczu, niejako samemu sobie (DYCZEWSKI 1994). Ludzie starzy potrzebują łączności ze społeczeństwem, zwłaszcza z rodziną i znanym sobie środowiskiem. Nie chcą być eliminowani i z rodziny, i z kręgu bliskich im ludzi. Chcą też być aktywni w pracy, w wyuczonym zawodzie, doradzać innym, dzielić się wiedzą i doświadczeniem. Mogą też w tym czasie realizować własne pasje życiowe, których wcześniej nie mogli urzeczywistnić. Taka aktywność daje poczucie przydatności społecznej, a w konsekwencji sprzyja dalszemu rozwojowi człowieka. Odnajdowanie w starości dodatnich komponentów ma na celu przeciwdziałanie marginalizacji, dyskryminacji i uprzedmiotowieniu seniorów.

Starość jest naturalnym etapem ludzkiego życia, lecz rzadko przebiega spokojnie, w sposób niepowikłany różnymi dolegliwościami i chorobami. Dla większości ludzi okres ten staje się czasem trudnym, głównie ze względu na pojawiającą się wielochorobowość i związaną z nią polipragmazję¹. Istotna jest także występująca w tym prywatyzacja ról społecznych. Mogą też doświadczać w tym okresie różnorodnych strat, takich jak śmierć kogoś bliskiego czy też kryzysy związane z dewaluacją wyznawanych wartości. W tym czasie obserwuje się też rosnącą wraz z wiekiem zależność od drugiego człowieka, co powoduje poczucie obniżenia własnej wartości i inflację samopoczucia.

¹ Polipragmazja (farm.) to równoczesne stosowanie wielu (kilku, a nawet kilkunastu) leków, często niekontrolowane – pacjent przyjmuje leki bez wiedzy lekarza, bez znajomości ich działania i występujących interakcji. Prowadzi to niekiedy do wielu niebezpiecznych interakcji między lekami oraz zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Zjawisko dotyczy ludzi starych cierpiących na wiele schorzeń, którzy często zmieniają lekarzy, nie informując ich o lekach uprzednio przepisanych. Polipragmazja obejmuje też nieprawidłową praktykę jednoczesnego stosowania u tego samego chorego podobnie działających leków, ale występujących pod różnymi nazwami.

1. ROZWÓJ CZŁOWIEKA I JEGO OGRANICZENIA W STAROŚCI

Celem niniejszego przedłożenia jest próba przedstawienia możliwości rozwoju człowieka w okresie senioralnym. Problemami psychicznego rozwoju człowieka od okresu prenatalnego do starości zajmuje się psychologia rozwoju (rozwojowa). Jej zainteresowania dotyczą zarówno teorii naukowych, ich rezultatów, jak też ich zastosowań w praktyce.

Człowiek jako osoba, mimo zmian organicznych i różnych dolegliwości somatycznych, rozwija się i wzbogaca swoją osobowość przez całe życie. Rozwój ten następuje również w okresie senioralnym. Całe życie człowieka, od dzieciństwa do późnej starości, to ciągły proces przemian, w którym następuje kodowanie i utrwalanie wielorakich doświadczeń, wiedzy o świecie i codziennym życiu. Owe doświadczenia i wiedza stymulują rozwój człowieka na każdym etapie życia.

Rozwój poznawczy (*cognitive development*) to przyrost zdolności i umiejętności poznawczych od narodzin aż do wieku podeszłego. Człowiek gromadzi wiedzę, rozwija pamięć, a zdobywane doświadczenia wpływają na logiczne myślenie, analizę i syntezę. Na skutek wychowania człowiek rozwija się moralnie (*cognitive moral*). W prawidłowym rozwoju kształtuje się i dojrzewa u niego poczucie dobra i zła. W okresie senioralnym człowiek ma wiele problemów związanych z wiekiem. Są one połączone z różnymi dolegliwościami natury fizycznej, jak też astenią² w zakresie poszczególnych funkcji psychicznych. Osłabia to aktywność i dynamizm człowieka. Wiemy też, że w tym okresie następuje regres komórek, szczególnie zaś istoty szarej w korze mózgowej.

W okresie senioralnym następuje wiele destrukcyjnych zmian w psychofizjologii człowieka. Różne dolegliwości natury zdrowotnej obniżają proces rozwojowy, a w tym także społeczny. Mimo tych ograniczeń próbujemy, na podstawie różnych doświadczeń i obserwacji klinicznej, uzasadnić tezę, że rozwój człowieka w okresie senioralnym jest możliwy. Warunkiem takiego rozwoju jest zdrowie somatyczne oraz aktywne uczestnictwo podmiotu w tym procesie – w przeciwieństwie do apatii, która jest demotywatorem rozwoju.

Rozwój to długotrwały proces ukierunkowanych zmian, w którym można wyróżnić etapy przemian i stanów od prostych do bardziej złożonych. Rozwój ten jest oparty na doświadczeniu życiowym, mądrości pragmatycznej oraz wiedzy z różnych dziedzin życia, nauki, literatury, historii,

² Astenia (med.) – brak odporności fizycznej i nerwowej, osłabienie sił i energii życiowej.

wymianie poglądów oraz nabywaniu nowych doświadczeń i krytycznej weryfikacji danych zdobytych we wcześniejszych okresach życia. Rozwój w okresie senioralnym, mimo że jest zdeterminowany wieloma czynnikami psychofizycznymi, jest jednak możliwy przy założeniu własnej aktywności. Aktywność ta stymuluje rozwój człowieka i poszczególnych jego funkcji. Rozwój człowieka zachodzi stale, acz dokonuje się w takim stopniu, w jakim człowiek podejmuje działania wpływające na zmiany rozwojowe. Jest to uwarunkowane czynnikami endogennymi – wewnętrznymi, m.in. genetycznymi, oraz egzogennymi – zewnętrznymi, takimi jak wychowanie i kultura jednostki. Są to zmiany polegające na dodawaniu kolejno następujących po sobie ukierunkowanych zmian, na zastępowaniu czynności wcześniejszych przez pojawiające się później problemy metodą czynnego eksperymentowania, kombinacji myślowej oraz modyfikowania, różnicowania i uogólniania czynności wcześniejszych³.

Dokonując takich operacji myślowych, wzbogacamy też pamięć, która jest procesem odpowiedzialnym za rejestrowanie, przechowywanie i odtwarzanie doświadczeń. Pamięć więc to zdolność układu nerwowego do przechowywania i odtwarzania wzorców uprzedniego doświadczenia i wykorzystania ich przy następnych działaniach. Wyróżniamy tu dwa rodzaje pamięci: a) pamięć świeżą, której impulsy, zapisane informacje krążą po zamkniętych obwodach neuronów, oraz b) pamięć długotrwałą, która polega na zakodowaniu informacji w biochemicznej strukturze neuronów (RNA). Inteligencja z kolei jest określana jako zdolność poznawcza. „Journal of Educational Psychology” podaje, że w 1921 r. wielu autorów o światowej renomie zaproponowało różne definicje inteligencji. Jedna z nich mówi, że inteligencja to „zdolność abstrakcyjnego myślenia” (William Stern, 1871-1938). Charles Spearman (1863-1945) wyróżnił w inteligencji dwa rodzaje czynników: czynniki inteligencji ogólnej (teoretycznej i praktycznej oraz abstrakcyjnej), oznaczonej literą „g” (od ang. *general*), i czynniki inteligencji specjalnej „s” (od ang. *special*), do których należą uwaga, pamięć oraz zbiór wielu czynności, w tym takich jak rozumowanie i zdobywanie wiedzy. Najbardziej jednak przekonująca okazała się definicja sformułowana w 1944 r. przez Davida Wechslera, amerykańskiego psychologa rumuńskiego pochodzenia, który określił inteligencję jako „sumaryczną lub globalną zdolność jednostki

³ W tym procesie biorą udział również endorfiny jako stymulatory występujące zarówno w ośrodkowym układzie nerwowym (*oun*), jak też w tkankach i narządach obwodowych, w mózgu i rdzeniu kręgowym i pełnią funkcje neuroprzekazników lub neuromediatorów, wpływając na czynności innych neuronów. Działają też na emocje, nastrój i procesy uczenia się, jak też mają działanie opioidowe – przeciwbólne.

do celowego działania, racjonalnego myślenia i radzenia sobie w swoim środowisku”. Można tu jeszcze wspomnieć inteligencję płynną (*fluid intelligence*), która zmniejsza się z wiekiem (od 12 roku życia), i inteligencję skrytalizowaną (*crystallized intelligence*), która u zdrowego, normalnie funkcjonującego człowieka rozwija się do końca życia⁴. Intelpekt natomiast to zdolność rozumowania i pojmowania, odrębna od sfery uczuć i pragnień. Termin jest zbliżony znaczeniem do inteligencji, choć nieco się różni. Te czynniki i sprawności fizjologiczne mają wpływ na rozwój człowieka i jego funkcjonowanie.

2. DEFINICJA ROZWOJU PSYCHICZNEGO

Psychologia jako nauka o człowieku nie od razu przyjęła tak szeroko rozumianą definicję rozwoju. Na myśleniu psychologów ciążyły biologiczne uwarunkowania i schematy, które utożsamiają rozwój ze wzrostem. Sądzono, że jest on wyłączną właściwością pierwszych etapów życia człowieka. Uważano również, że wzbogacające zmiany w rozwoju następują tylko w dzieciństwie, we wczesnej młodości i w okresie dorastania. Człowieka dorosłego traktowano jako już ukształtowanego i niezmiennego. Takie poglądy można spotkać i dziś w potocznym myśleniu. Uważa się, że u człowieka dorosłego można obserwować wyłącznie zmiany negatywne i stopniową utratę sprawności poszczególnych funkcji, obniżanie się tempa reakcji, spowolnienie myślenia, zdolności do analizy i syntezy – amnezję pamięci, atrofię poszczególnych organów itp. Obserwacja kliniczna i badania naukowe oraz obserwacja otoczenia pozwalają nam jednak twierdzić, że nie ma barier wieku do nabywania nowych umiejętności, sprawności, zachowań i właściwości rozwojowych przez całe życie. Wprawdzie wraz z wiekiem pewnej degradacji rzeczywiście ulega na przykład pamięć następcza (świeża), obniżenie jednak pewnych funkcji związanych fizjologicznie z wiekiem jest w dużym stopniu kompensowane doświadczeniem i wiedzą nabytą wcześniej, gdyż pamięć wsteczna u seniorów jest na ogół zachowana.

⁴ Autorem tej definicji jest amerykański psycholog urodzony w Anglii Raymond Bernard Cattell (1905-1998), który w 1941 r. w „Psychological Bulletin” zaproponował definicję inteligencji opartą na analizie czynnikowej, w której wyróżnił inteligencję płynną, odpowiadającą rozumowaniu niewerbalnemu, wymagającą szybkiego łączenia nowych związków operacyjnych, oraz inteligencję skrytalizowaną, odpowiadającą w dużej mierze za czynnik werbalny, składający się i oparty na wiedzy nabytej w wyniku doświadczeń życiowych, mierzony za pomocą skal słownikowych i skal rozumienia wchodzących w skład testów inteligencji.

Podobne stanowisko można znaleźć w koncepcjach współczesnych psychologów i filozofów, którzy twierdzą, że u człowieka w całym okresie życia następuje stałe doskonalenie i wzbogacanie osobowości, a dzięki nim urzeczywistnianie się człowieka. Dlatego można powiedzieć, że dopóki trwa życie człowieka, dopóty możliwy jest i rzeczywiście następuje jego rozwój. Całokształt pozytywnie ukierunkowanych zmian, którym podlega człowiek w ciągu swego życia, możemy traktować jako wskaźnik jego szeroko pojętego rozwoju. Rozwój ten ma wiele aspektów. Możemy więc mówić o stopniowej, uzyskiwanej przez człowieka na różnym etapach życia, dojrzałości: biologicznej, intelektualnej, emocjonalnej uczuciowej i społecznej.

3. CHARAKTERYSTYKA ROZWOJU SENIORALNEGO

Psychologię rozwojową dzielimy współcześnie na psychologię prenatalną, psychologię dziecka, psychologię młodzieży, psychologię człowieka dorosłego oraz psychologię okresu senioralnego. Ten ostatni dział chcemy przedstawić w niniejszym przedłożeniu. Charakterystyka poszczególnych faz i etapów rozwojowych nie stanowi sztywnego szablonu klasyfikowania ludzi i ich problemów. Podział ten stosujemy, by lepiej poznać i rozumieć specyficzne właściwości, przeżycia, problemy i radości, które są udziałem ludzi w różnych okresach życia. Przechodzenie od jednego etapu rozwojowego do następnego przebiega w sposób płynny – trudno jest uchwycić i ustalić ściśle granice między etapami. Granica między poszczególnymi fazami rozwoju jest w tych wypadkach umowna. Należy też pamiętać, że każdy okres rozwojowy człowieka jest nacechowany swoistymi przeżyciami i rozterkami duchowymi i emocjonalnymi. Dotyczy to zwłaszcza okresu dorastania, dorosłości, ale też okresu adaptacji do przejścia na emeryturę czy okresu związanego z tzw. etapem „pustego gniazda” (po usamodzielnieniu się dzieci). W gerontologii jako początek starości przyjęto wiek 65 lat. Należy jednak pamiętać, że moment ten nie jest stanem statycznym, lecz procesem dynamicznym. Okres ten z pewnością wymaga adaptacji, przystosowania, ale u ludzi aktywnych stwarza możliwość działania i realizacji własnych zainteresowań, działań społecznych, artystycznych i innych – twórczych intelektualnie⁵.

⁵ W tej kwestii wypowiadają się zarówno neurofizjolodzy, jak i neuropatolodzy (KONORSKI 1969), którzy stwierdzają, że plastyczność wyższej czynności układu nerwowego jest możliwa. W przypadku uszkodzonych komórek mózgowych (afazja) mogą przejąć funkcję zastępczą inne

4. PODSTAWOWE PROBLEMY OKRESU SENIORALNEGO

Rozważając okres senioralny, zbyt często podkreśla się zmiany biologiczne. Są one niewątpliwie związane z fizjologią i należy je traktować jako fazy przejściowe. Okres ten jednak może być twórczy, jeśli jednostka zachowa aktywność psychofizyczną, a także poczucie przydatności społecznej. Okres senioralny w kulturze europejskiej trwa stosunkowo długo z zachowaniem ogólnej sprawności, a mając na uwadze „trend sekularny”⁶, stwierdzamy, że wciąż się wydłuża. Człowiek w okresie senioralnym czy, inaczej mówiąc, późnej dorosłości może być twórczy, a więc rozwojowy przy zachowaniu zdrowia somatycznego i psychicznego oraz aktywności podmiotu. Duże znaczenie w okresie senioralnym ma aktywność ruchowa człowieka. Przy tym dotyczy to nie tylko sfery fizyczno-ruchowej, która spełnia w organizmie wiele funkcji: usprawnia mięśnie, stawy, ale też reguluje trawienie, przyspiesza perystaltykę jelit itp. Aktywność ta ma również podstawowe znaczenie w sferze psychicznej: pobudza umysł do działania, dostarcza wielu bodźców psychicznych, uzdalnia do kontaktów z ludźmi, przyrodą i innymi czynnikami, które pobudzają do działania i refleksji jako stimulatory rozwoju, w tym również intelektualnego i społecznego. Aktywność człowieka ma podstawowe znaczenie w rozwoju wielu funkcji fizycznych i psychicznych, które pobudzają aktywnie człowieka do działania, a więc do szeroko pojętego rozwoju.

Okres senioralny skłania jednak człowieka do refleksji nad przeszłością, nad swoim przeszłym życiem. Dokonuje on bilansu swych dokonań, ocenia, jak wykorzystał swoje umiejętności, sprawności i talenty. Refleksją obejmuje również przyszłość, a więc zbliżający się okres końca życia. Starość przynosi z sobą zarówno bogactwo życiowego doświadczenia i wynikającą z niego wiedzę, przekształca się w mądrość życiową, jak też szeroką gamę problemów, które z różnym natężeniem mogą stać się udziałem człowieka. Jednym z ważnych problemów starości jest doświadczenie wielorakiej straty, które ze szczególną wyrazistością ujawnia się w takich obszarach funkcjonowania osoby, jak: zdrowie, atrakcyjność fizyczno-cieleśna, relacje interpersonalne, status społeczny, potrzeby psychiczne, potrzeba przydatności, świadomość przemijania oraz śmierci.

komórki, znajdujące się obok. Następuje to w wyniku specjalistycznych ćwiczeń rehabilitacyjnych procesów nerwowych w kierunku kompensacji, która umożliwia dalsze funkcjonowanie.

⁶ Trend sekularny – ogólna tendencja, kierunek zmian i zjawisk rozwojowych w czasie wykazujących przyrost danej cechy w każdym następnym pokoleniu.

Szwajcarski psycholog Carl Gustaw Jung (1875-1961|1967) w swoich wypowiedziach o starości (JUNG 1967a) stwierdza, że człowiek w młodym wieku mało myśli o własnej śmierci, mimo że styka się z wieloma problemami, w tym chorobą i śmiercią, ludzi z bliskiego otoczenia. Sam jednak stara się oddalać myśl, że śmierć jest nieunikniona. Poważna refleksja o śmierci i przekonanie, że nie tylko inni umierają, ale i ja umrę, pojawia się u człowieka około 40 roku życia. Tę refleksję nazywamy antycypowaniem własnej śmierci. Przekonanie o nieuniknioności własnej śmierci powoduje transcendowanie, przekraczanie granic tego wydarzenia.

Dla osób w podeszłym wieku starość jest zjawiskiem w miarę normalnym i realnym, acz jej akceptacja nie jest ani prosta, ani łatwa. Ocena zmian zachodzących w wyglądzie zewnętrznym, aktywności, dynamice życiowej, orientacji w zmieniającym się świecie czy relacjach społecznych ma oczywiście charakter zindywidualizowany. W okresie starzenia się, które jest zjawiskiem wielowymiarowym, intensyfikuje się zdolność do refleksji i autorefleksji oraz przeżywania swojego życia w wymiarze sensu, wartości i poczucia własnej godności. Człowiek w tym okresie dokonuje analizy i bilansu dokonań i strat – podsumowuje to, czego dokonał w swoim życiu, ale winien też dokonać refleksji i bilansu swoich zaniedbań.

5. SPECYFIKA ZMIAN ROZWOJOWYCH W OKRESIE SENIORALNYM

W przystosowaniu się (adaptacji) do okresu senioralnego, czyli do starości, dużą rolę odgrywają takie czynniki, jak: stopień integracji osobowości, faktory równoważenia, w tym równoważenia emocjonalnego, akceptacja swojej sytuacji życiowej i inne. Pewne zaś cechy charakteru, takie jak wytrwałość i zaradność, ułatwiają regulację współdziałania z otoczeniem. Obiegowe sądy o starości są często zabarwione negatywnie: ludziom starym imputuje się takie jakoby właściwe im cechy, jak podejrzliwość, skłonność do pesymizmu, hipochondrii i egocentryzmu itp. Badania psychologiczne przeczą jednak tym opiniom. Wskazują one, że struktura osobowości zasadniczo nie zmienia się z racji wieku, a radykalne jej zmiany mogą wystąpić tylko pod wpływem chorób czy zmian organicznych⁷ lub zaburzeń psychicz-

⁷ Demielinizacyjnych, sklerotycznych czy miażdżycowych. Demielinizacja to choroba układu nerwowego polegająca na rozpadzie osłonek mielinowych, włókien nerwowych w mózgu. Skleroza (*sclerosis*) zaś to stwardnienie tkanki, wynikające z gromadzenia się ciał tłuszczowych lub

nych, podobne zmiany mogą jednak wystąpić także u ludzi młodych dotkniętych chorobą. Ludzie w okresie senioralnym po prostu różnią się między sobą, gdyż przez długie lata swego życia w różnych warunkach wypracowali i utrwaliли w sobie rozmaite mechanizmy i stereotypy regulujące ich stosunek do świata, innych ludzi i samych siebie.

Narastające z biegiem lat biologiczne zmiany w organizmie powodują spowolnienie jego reakcji na bodźce oraz ich przetwarzanie, a napływające informacje są w mniejszym stopniu zapamiętywane. Mimo to generalnie należy stwierdzić, że zachowanie człowieka w tym okresie w minimalnym stopniu zależy od liczby lat, jaką wskazuje PESEL – jest zdeterminowane tym, czym człowiek był poprzednio. Badania psychologiczne wskazują, że obraz własny osoby kształtuje się pod koniec drugiej dziesiątki lat życia i ma tendencję do utrzymywania się już do końca życia. Obraz ten jest bardzo ważny dla utrzymania równowagi osobowościowej, emocjonalnej i psychicznej jednostki.

Rozbicie samooceny i własnego obrazu siebie może prowadzić do dezintegracji na poziomie nerwicowym lub nawet psychotycznym. Dlatego ważne jest, by człowiek w okresie senioralnym zachował dotychczasowy obraz własnej osoby, wygląd, efektywność i sposób zachowania.

Owe wspomnienia i dokonania z przeszłości są stymulatorami, niejako eliksirem utrzymania dobrego samopoczucia, a więc i zdrowia psychicznego. Większość ludzi w okresie senioralnym zasadniczo nie zmienia się wewnętrznie. Pewna kobieta powiedziała swoim dzieciom: „nie patrzcie na mnie z wierzchu, ja w środku jestem młoda, taka jak dawniej”. Z tego punktu widzenia niekorzystne wydaje się gromadzenie większej grupy ludzi starych w jednym ośrodku (np. w domu seniora), ponieważ grupa rówieśników o różnym sposobie bycia i kulturze może być krzywym zwierciadłem dla poszczególnych jednostek i działać destrukcyjnie na ich psychikę. Pozytywną rolę terapeutyczną może spełniać rodzina i otoczenie, znane środowisko, które wpływa optymalnie, stymulując na obraz siebie i własne dokonania osoby w wieku senioralnym (ADAMSKI 1987; DYCZEWSKI 1994).

płytek amyloidowych, przerostu tkanki łącznej lub innych przyczyn. Na przykład arterioskleroza, czyli miażdżycza naczyń mózgowych, powoduje otępienie miażdżycowe. Miażdżycza (naczyń mózgowych) to schorzenie organiczne, obejmujące zaburzenie krążenia mózgowego. Objawy mogą mieć naturę neurologiczną (otępienie, parkinsonizm) lub poznawczą i afektywną (np. amnezja, urojenia, spłycenie afektu).

6. UWARUNKOWANIA INTELEKTUALNE ZMIAN ROZWOJOWYCH W OKRESIE SENIORALNYM

Wspomniane problemy emocjonalne i osobowościowe ludzi w wieku senioralnym są jednym z aspektów omawianego rozwoju. Innym aspektem, który ma wpływ na ów rozwój, jest inteligencja, czyli ogólne zdolności człowieka do rozwiązywania nowych zadań, jak też łatwość uczenia się, umiejętność przyjmowania i przetwarzania informacji płynących ze środowiska społecznego i podejmowania trafnych decyzji, a także sprawność operowania abstrakcyjnymi regułami i znakami. Obiegowy pogląd na temat inteligencji ludzi starych wyraża się w przekonaniu o ich deficytach intelektualnych. Nowsze badania w tym zakresie nie potwierdzają tej opinii, która jednak zdążyła się mocno zakorzenić w świadomości społecznej. Stereotyp ten oparty jest na poglądzie dotyczącym inteligencji ogólnej, który uwzględnia ilościową analizę wyników, nie respektując ich specyfiki jakościowej. Obniżenie się wyników dotyczących inteligencji związane jest ze zwolnieniem szybkości reakcji, co powoduje, że czas potrzebny do wykonania zadania wydłuża się. Jeśli czas na wykonanie zadania nie jest ograniczony, to wtedy człowiek stary wykonuje zadanie tak samo dobrze, a nawet z większą dokładnością i perfekcją – ze względu na doświadczenie i wcześniej zdobytą wiedzę. Obniżenie się tempa wykonywania zadań (retardacja)⁸ jest tłumaczone zmianami zachodzącymi w systemie nerwowym, polegającymi na osłabieniu procesów pobudzania i hamowania w korze mózgowej. Według innego poglądu w tej kwestii zmiany te są związane z mniejszą sprawnością mięśni i narządów zmysłowych (wzroku i słuchu), co znacznie opóźnia reakcje. Badań inteligencji dokonuje się za pomocą zestawu zadań, podzielonych na segmenty, zwanego testami. Każdy z tych segmentów bada u pacjenta inny aspekt procesów poznawczych i rozumowania: umiejętność porównywania pojęć, zasób wiadomości ogólnych, zdolność porządkowania zestawu charakterystycznych faktów w sensowną całość, zdolność wykrywania błędów i wiele innych. Z psychologicznego punktu widzenia optymalny wynik przy rozwiązywaniu zadań z testów na inteligencję uzyskuje się w przedziale wiekowym 15-25 lat. Później następuje stopniowe obniżanie się zdolności umysłowych człowieka. Jest to normalny proces fizjologiczny. Zdolności i umiejętności człowieka mogą się zmniejszać w różnym tempie w zależności od różnych czynników, w tym kondycji narządów

⁸ Retardacja (biol.) – zwolnione tempo rozwoju osobniczego, czynienie czegoś w zwolnionym tempie, proces charakterystyczny dla starzenia się.

zmysłowych – wzroku i słuchu, co ma wpływ na szybkość reakcji. Zdolności werbalne i zasób słownika nie ulegają zmianie pod wpływem wieku, natomiast mogą ulec osłabieniu umiejętności wykonywania innych zadań, które wymagają szybkiej analizy i syntezy.

Oceniając poziom umysłowy człowieka w okresie senioralnym, winniśmy porównać uzyskane przezeń wyniki z wynikami jego rówieśników. Człowiek, który w młodości odznaczał się przeciętną inteligencją, będzie przeciętny w tym względzie również w starszym wieku. Porównując wyniki badań osób starszych z rezultatami osób młodych, stwierdzamy, że rezultat jest dla nich niekorzystny, co jest związane z działaniem wspomnianych czynników. U osób o niskim poziomie intelektualnym szybciej też będzie postępować obniżenie sprawności – zdolności do sprawnego działania. Osoby cechujące się wysokim poziomem intelektualnym, mimo że mniej sprawne niż w młodości, nadal będą przewyższać wiedzą i umiejętnościami nawet młodych osobników. Należy pamiętać, że o sprawności umysłowej nie decydują wyłącznie czynniki biologiczne, lecz cała gama czynników psychicznych, które mogą determinować rozwój i sprawności intelektualne w okresie senioralnym.

Człowiek z natury jest tak skomplikowanym organizmem, że mimo dużych osiągnięć naukowych w medycynie i psychologii oraz innych dyscyplinach, które są znaczące w jego naukowym poznaniu zarówno somatycznym i psychicznym, stanowi ciągle zagadkę. Istnieje wiele czynników nieznanych, które wpływają na jego rozwój i sprawność fizyczną i umysłową również w okresie senioralnym (geny czy inne czynniki). Człowiek jako osoba jest bowiem zdeterminowany wieloma czynnikami: genetycznymi, intelektualnymi, wychowawczymi, środowiskowymi, społecznymi i innymi, które nie są jeszcze dostatecznie poznane. To powoduje, że każdy człowiek inaczej myśli, postępuje i przeżywa i nie jesteśmy w stanie stwierdzić, dociec, co tak naprawdę myśli mój brat, siostra czy inny człowiek, jakie są motywacje jego zachowań, myśli i postępowania. To wszystko jest dla drugiego człowieka zakryte. Nie wiemy, jakie jest głębokie indywidualne przeżycie i odczucie reakcji drugiego człowieka na dany bodziec. Mimo wielu badań w tym zakresie nie jesteśmy w stanie dokładnie stwierdzić, kim jest człowiek w „środku”. Nasze opisy zachowań zmierzające do poznania drugiego człowieka są jedynie „mackami” tego poznania z „zewnątrz”. Mimo znacznego postępu wiedzy dalej nie mamy obiektywnych metod poznania drugiego człowieka „wewnątrz”. Nie jesteśmy w stanie poznać, co myśli i odczuwa nasz brat czy siostra, nawet jeśli jesteśmy bliźniętami

jednojąkowymi. Mimo że jesteśmy z tej samej rodziny, mamy tych samych rodziców, czyli jesteśmy bliscy genetycznie, wychowani w tych samych warunkach bytowych, żywieniowych, środowiskowych, religijnych, kulturowych, to jednak nasze myślenie, zachowania, postawy mogą być różne, a czasem nawet diametralnie przeciwstawne. Tak naprawdę nikomu się nie udało w pełni poznać oblicza drugiego człowieka, które stanowi półzamkniętą księgę jego osobowości (KOZIELECKI 2005)⁹. Za francuskim uczonym Alexisem Carrelem¹⁰ można rzec: „człowiek istota nieznana” (franc. *L'Homme, cet inconnu* – tytuł książki Carrela opublikowanej w 1935 r.). Jest zatem jeszcze wiele czynników nieznanych, które wpływają i determinują rozwój i zachowanie człowieka w każdym okresie życia.

7. STYMULATORY ROZWOJU W OKRESIE SENIORALNYM

Mówiąc o okresie senioralnym i rozwoju w nim człowieka, należy krytycznie odnieść się do tych wypowiedzi w literaturze przedmiotu, których autorzy twierdzą, że ludzie w tym okresie charakteryzują się wyraźnymi zmianami destrukcyjnymi w zakresie intelektu, myślenia, pamięci i innych funkcji psychicznych. Takie twierdzenia są wątpliwe, mylące i nieuprawnione naukowo. Rzeczywiście zmiany na podłożu fizjologicznym występują już od 30 roku życia człowieka. Proces ten przebiega jednak w sposób łagodny i prawie niezauważalny, szczególnie u tych, którzy są aktywni w różnych dziedzinach oraz tych, którzy pracują intelektualnie i ćwiczą umysł. Oceniając destrukcyjne zmiany i deficyty w zakresie myślenia, pamięci, analizy i syntezy u osób w okresie senioralnym, należy przede wszystkim dokładnie zdiagnozować i ocenić ich stan somatyczny i neurologiczny, w tym zmiany psychotyczne. Wpływ tych czynników, a nie wieku biologicznego, może w dużym stopniu warunkować (jako determinanta) zmiany w ich zachowaniu.

Znamy wiele przykładów ludzi w późnej starości, nawet stuletnich, którzy dobrze funkcjonują umysłowo, ciesząc się dobrym wzrokiem i słuchem, mimo gorszej sprawności ruchowej. Wiele osób w okresie senioralnym, nawet w późnej starości, prowadzi aktywne i twórcze życie: malują, wyszy-

⁹ Jako bliźniacy są do siebie podobni fizycznie, natomiast osobowościowo mogą się różnić w emocjach, myśleniu, zachowaniu itp.

¹⁰ Alexis Carrel – francuski chirurg, filozof i moralista, laureat Nagrody Nobla w zakresie fizjologii z medycyny w 1912 r.

wają lub uprawiają inne formy twórczości artystycznej. Również twórczość naukowa w wielu dyscyplinach jest kontynuowana przez ludzi w podeszłym wieku. Gwoli przykładu można wymienić m.in. profesorów: W. Dege, J. Groszkowskiego, S. Lorentza, T. Kotarbińskiego, W. Tatarkiewicza, a z artystów: H. Bielicką, M. Ćwiklińską, W. Hańczę, I. Kwiatkowską, D. Szaflarską czy L. Solskiego, prawie stuletniego artystę, którego widziałem na scenie Teatru im. J. Słowackiego w Krakowie, i wielu innych. Te przykłady świadczą, że wiek biologiczny nie musi być jedyną determinantą czy dominantą regresu intelektualnego w okresie starości.

Ważnym stymulatorem rozwoju w okresie senioralnym, co trzeba z naciskiem podkreślić, są ćwiczenia umysłu. Przyczyną bowiem zmian w różnych okresach biologiczno-wiekowych są choroby demielizacyjne w mózgu, które powodują destrukcję i demencję – otępienie, obniżenie i zanik pamięci oraz funkcji umysłowych. Do chorób tych należą: miażdżyca naczyń mózgowych (*cerebral arteriosclerosis*) jako organiczne schorzenie obejmujące zaburzenia krążenia mózgowego¹¹; skleroza (*sclerosis*), czyli stwardnienie tkanki, wynikające z zapalenia, gromadzenia się ciał tłuszczowych lub przerostu tkanki łącznej lub innych przyczyn; stwardnienie zanikowe (glejoza), stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*; SM), choroba Alzheimera, choroba Parkinsona i inne.

Te zmiany chorobowe, neurologiczne i inne, występują najczęściej w podeszłym wieku, choć mogą pojawić się również we wcześniejszym okresie życia. Obserwując zmiany i zachowania pacjentów w ponad pięćdziesięcioletniej praktyce klinicznej, mogę w miarę odpowiedzialnie stwierdzić, że starość nie jest jedyną przyczyną zmian i dysfunkcji psychicznych. Uwarunkowania tych zmian mają szersze i głębsze podłoże, w tym również osobowościowe, są też wynikiem innych zaburzeń somatycznych, społecznych, które determinują zachowanie człowieka.

8. SAMOTNOŚĆ I OSAMOTNIENIE

Samotność to brak bliskiej osoby, rodziny lub wspólnoty, a zwłaszcza brak możliwości uzyskania wsparcia w potrzebie. Cechą samotności doświadczanej przez osoby starsze jest dążenie do szczególnej koncentracji na realnych treściach swojego świata wewnętrznego. Samotność należy odróż-

¹¹ Objawy mogą mieć naturę neurologiczną (afazja, atetoza, otępienie) – amnezja, urojenia, spływanie afektu lub jedno i drugie.

nić od osamotnienia, które oznacza utratę kontaktu i porozumienia z ludźmi, ale przede wszystkim jest stratą stosunku do swojego świata wewnętrznego. Z listu apostołskiego Ojca Świętego Jana Pawła II (1999) „do osób w podeszłym wieku” dowiadujemy się, że człowiek jest kimś, a nie czymś oraz że „[...] różni się od całej otaczającej go rzeczywistości, ponieważ jest osobą. Ukształtowany na obraz i podobieństwo Boże, jest świadomym i odpowiedzialnym podmiotem” (nr 5). Okresowy wybór samotności jest dla wielu ludzi okolicznością sprzyjającą refleksji, generującą ich siłę do rozwoju, do życia twórczego, odkrywania istoty człowieczeństwa i pogłębiania istniejących relacji....

Samotność niesie w sobie pewien klimat, w którym człowiek odsłania się przed samym sobą, a ponieważ prawda o sobie, którą odkrywa w samotności, czasami bywa bolesna, zdarza się, że od niej ucieka. Właśnie wtedy samotność przemienia się w osamotnienie. W tym wypadku nie jest ono spowodowane izolacją społeczną, uprzedzeniami ze strony innych, ale własnym, nie do końca świadomym izolowaniem się od otoczenia. Samotność może być ważna dla człowieka, gdy przyczynia się do życia twórczego, do odkrywania istoty człowieczeństwa, do pogłębiania istniejących relacji, do pewnych przemyśleń i analiz, do oceny pewnych kwestii w samotności, analitycznie, bez udziału tłumu. Samotność z wyboru jest nie tylko przydatna, ale niekiedy konieczna do życia bardziej uporządkowanego i twórczego (św. Augustyn) oraz do pobudzenia wrażliwości w sferze duchowej. Ten aspekt samotności uczy, paradoksalnie, głębokiego obcowania z innymi ludźmi.

Samotność to stan lub sytuacja, gdy człowiek nie może korzystać z więzi międzyosobowych łączących go z innymi ludźmi, chociaż tego pragnie i potrzebuje. Niezaspokojenie tego pragnienia lub potrzeby może zagrażać jego zdrowiu psychicznemu, a także staje się poważną przeszkodą na drodze osobistego rozwoju i samorealizacji. Do przezwyciężenia samotności o negatywnym obliczu potrzebna jest pełna szacunku miłość dla godności człowieka osoby, czyli miłość rozumnie wymagająca, ale zawsze wybacząca, szczerą i serdeczną, wnoszącą nadzieję, gotową do świadczenia pomocy w miarę potrzeby. Uzdatniająca do dzielenia się nie tylko tym, co posiada, ale też samym sobą (KĘPIŃSKI 2001). Problemy związane z samotnością i osamotnieniem ludzi w starszym wieku są często powodowane zanikiem modelu rodziny wielopokoleniowej, w której starsi członkowie zajmowali swe naturalne miejsce oraz cieszyli się szacunkiem należnym ich wiekowi i doświadczeniu. Poczucie samotności i osamotnienia pogłębia się, kiedy człowiek żyje sam, w pojedynkę.

9. ZAKOŃCZENIE: PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Problemy związane ze starością są wielorakie. Dotyczą wielu aspektów życia, w tym zdrowotnych, psychologicznych, rodzinnych czy społecznych w jakich człowiek funkcjonuje. Czynniki te niewątpliwie wpływają na jego zachowanie, zdrowie psychiczne, a więc także jego szeroko rozumiany rozwój. Warunki zewnętrzne wpływają na rozwój wielu funkcji psychofizycznych jednostki, a także rozwój lub regres jego aktywności psychicznej i społecznej oraz na jakość życia i funkcjonowania społecznego.

Celem niniejszych rozważań, opartych na literaturze przedmiotu, jak i własnych długoletnich obserwacjach klinicznych (w Poradni Leczenia Bólu i na oddziałach szpitalnych) i analiz w tym zakresie, była próba przybliżenia złożonej problematyki starzenia się i starości w aspekcie psychologicznym, medycznym i społecznym, a więc zmian w zakresie fizjologicznego funkcjonowania organizmu, które następują w okresie senioralnym.

Sprawy, jakie sygnalizują pacjenci w starszym wieku, dotyczą różnych problemów życiowych, nie tylko zdrowotnych, które wpływają na jakość życia. Omawiając proces starzenia się i problemy z nim związane, trzeba jednoznacznie stwierdzić, że problem ten dotyczy wszystkich żyjących ludzi. Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Europy mamy obecnie do czynienia z procesem starzenia się społeczeństwa. Wynika to zarówno ze zmniejszania się liczby urodzeń, jak i z wydłużenia się średniego okresu życia ludzkiego. Problemy osób starszych stają się zatem coraz poważniejszą kwestią dla wielu dziedzin – przede wszystkim dla medycyny, ale też pomocy psychologicznej i społecznej ludziom w wieku senioralnym, by mimo lat życia zorganizować im warunki i możliwość rozwoju fizycznego i psychicznego.

W okresie senioralnym wiele dolegliwości bólowych występuje częściej niż we wcześniejszym okresie życia. Chodzi o choroby kręgosłupa, reumatoidalne, krążeniowe, ortopedyczne, neurologiczne oraz wiele innych dolegliwości związanych z wiekiem¹². Ból towarzyszy wielu patologiom i zawsze jest czynnikiem uciążliwym, powodującym niepokój i lęk, co wpływa

¹² Choroba, jak wiadomo, polega na zaburzeniu czynnościowym i strukturalnym. Rozmaitość jej form jest tak wielka jak naszych czynności organicznych. Istnieją choroby żołądka, serca, systemu nerwowego itp. Ciało chore zachowuje jednak tę samą jedność co normalne. Żadna choroba nie jest ograniczona ściśle do jednego narządu. Wątpliwa to koncepcja, która doprowadziła lekarzy do utworzenia dla każdej choroby osobnej specjalności. Takie podejście diagnostyczno-lecznicze ma dobre i złe strony. Należy bowiem pamiętać, że choroba nawet najmniejszego narządu ciała implikuje reakcje całego organizmu. Jedynie ci lekarze, którzy znają człowieka zarówno „w częściach”, jak i holistycznie, w jego potrójnym aspekcie: anatomicznym, fizjologicznym i umysłowym (psychicznym), mogą rozumieć człowieka, gdy jest chory.

destrukcyjnie na stabilność psychofizyczną. Ból jako objaw cierpienia wywiera wpływ na każdy aspekt życia seniora – somatyczny, psychiczny, duchowy i egzystencjalny, a także społeczny, obniżając znacznie jakość życia. Konieczne jest zatem podejście holistyczne do cierpiącego pacjenta. Wspólny udział lekarzy, psychologów i innych fachowych pracowników medycznych w ocenie dolegliwości chorego, obserwowaniu, wspieraniu i współpracy w procesie terapii jest nadzwyczaj ważny.

Definicja procesu starzenia się organizmu mówi, że „jest to stopniowy spadek homeostazy (stanu równowagi w procesie fizjologicznym, psychologicznym i społecznym), utrzymywania zdolności organizmu do zachowania względnie stałego stanu równowagi np. stanu krwi, temperatury (wody, soli, wapnia itp., oraz koordynacje i regulacje procesów życiowych). Termin amerykańskiego psychologa Waltera Bradforda (1871-1945)¹³. Te zmiany organizmu prowadzący do wzrostu zachorowalności i śmiertelności”. (SIKORA 2007). Jest on również definiowany jako postępujący spadek rezerw czynnościowych organizmu utrudniający adaptację do zmian środowiska i prowadzący do pogarszania się sprawności organizmu. Konsekwencją tych zmian jest wystąpienie objawów starości oraz spadek intensywności wielu procesów życiowych.

Starzenie się jest zatem normalnym, długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym, zachodzącym w życiu każdego człowieka. Charakteryzuje się zmiennością osobniczą i przebiega w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i społeczno-socjalnej. Spośród kilku teorii starzenia się warto przytoczyć koncepcję wieloczynnikowego etiopatomechanizmu starzenia się, która wyróżnia dwie zasadnicze grupy przyczyn starzenia. Są to czynniki determinujące (genom i metabolizm) oraz czynniki modyfikujące starzenie:

- 1) czynniki osobnicze: choroby, kalectwo, otyłość;
- 2) czynniki środowiskowe: powietrze, radiacja, żywienie, używki, leki;
- 3) obciążenia psychiczne;
- 4) warunki socjalne i aktywność społeczna.

¹³ Walter Bradford Cannon, amerykański fizjolog, neurolog i psycholog, w latach 1906-1942 profesor Harvard University w Cambridge USA, w 1932 r. w swojej publikacji *The Wisdom of the Body* wprowadził pojęcie homeostazy na podstawie założeń Claude'a Bernarda (1857) na temat stabilności środowiska wewnętrznego organizmu. Był pionierem nowoczesnej fizjologii oraz roli autonomicznego układu nerwowego i układu hormonalnego w przystosowaniu się organizmu do warunków stresu. Autor tzw. mobilizacyjnej teorii uczuć, emocji, prekursor medycyny psychosomatycznej.

Od tych czynników zależy przebieg starzenia się i przyjęcie jednego z modeli opisywanych jako starzenie pomyślne lub niepomyślne (REIMANN 1981).

Przystosowanie się do starości jest sztuką radzenia sobie z codziennymi problemami dzięki sprawowaniu kontroli nad perspektywą starzenia się oraz jakością życia w warunkach skumulowanego doświadczenia, utraty najważniejszych wartości (utrata zdrowia fizycznego, kondycji i atrakcyjności fizycznej, utraty bliskich osób, utraty statusu społecznego i ekonomicznego w wyniku przejścia na emeryturę, oraz przydatności i prestiżu), na co nakłada się wizja zbliżającej się śmierci. W okresie senioralnym obserwujemy często stany egzystencji osoby ludzkiej w postaci samotności i osamotnienia. Ten stan relatywnie stanowi naruszenie równowagi w osobie, między indywidualium a jej specyfiką społeczną, które może mieć znaczenie twórcze lub destrukcyjne.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS C. (1991), *Qualitative age differences in memory for text: a lifespan developmental perspective*, „Psychology and Aging” 6 (3), s. 323-336.
- ADAMSKI F. (1968), *Modele małżeństwa i rodziny w kulturze masowej*, Wrocław. Nadbitka: „Studia Socjologiczne” 2 (29).
- ADAMSKI F. (1977), *Koncepcja modelowa małżeństwa i rodziny w ujęciu międzypokoleniowym*. Nadb.: „Roczniki Nauk Społecznych” 4.
- ADAMSKI F. (1980), *Małżeństwo i rodzina. Analizy socjologiczne*, Lublin: RW KUL.
- ADAMSKI F. (1984), *Socjologia rodziny. Wprowadzenie*, Warszawa: PWN.
- ADAMSKI F. (1987), *Rodzina między sacrum a profanum*, Poznań: Pallotinum.
- ADAMSKI F. (red.) (1988), *Miłość, małżeństwo i rodzina*, Kraków: WAM.
- ADAMSKI F. (red.) (1991), *Wychowanie w rodzinie*, wyd. 3, Kraków: WAM.
- ADAMSKI F. (1993), *Człowiek – wychowanie – kultura. Wybór tekstów*, wyboru dokonał i zredagował F. Adamski, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- BALTES P.B., BALTES M.M. (1990), *Psychological Perspectives on Successful Aging: the Model of Selective Optimization with Compensation*, w: P.B. BALTES, M.M. BALTES (red.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, New York. Cambridge University Press, s. 1-34.
- BANDURA A. (2007), *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: PWN.
- BARIKA A. (2005), *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, w: A. BAŃKA (red.), *Psychologia jakości życia*, Poznań. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, s. 11-78.
- BIEŃ B. (2007), *Kompleksowa opieka geriatryczna*, w: T. GRODZICKI, J. KOCEMBA, A. SKALSKA (red.), *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica, s. 90-94.
- BILIKIEWICZ A. (1998), *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatry)*, w: A. BILIKIEWICZ (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: PZWL.

- BRUDEK P., STEUDEN S., JANUSZEWSKA J., GRAMOWSKA A. (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie*, t. 1: *Perspektywa psychologiczno-medyczna*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- BRZEZIŃSKA A.J., OBER-ŁOPATKA, STEC K., ZIÓŁKOWSKA R. (red.) (2007), *Szanse rozwoju w okresie późnej starości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- BRZEZIŃSKA M. (2011), *Proaktywna starość. Strategia radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Warszawa: Difin S.A.
- BRZEZIŃSKA M., STEUDEN S. (2011), *Proaktywne radzenie sobie a satysfakcja z życia w okresie późnej dorosłości*, w: S. STEUDEN, M. STANOWSKA, K. JANOWSKI (red.), *Starzenie się z godnością*, Lublin. Wydawnictwo KUL, s. 131-150.
- BUHLER Ch. (1993), *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*, Leipzig: Hirzel.
- CARREL Alexis (1938), *Człowiek istota nieznaną*, przeł. R. Świętochowski, Warszawa–Kraków: Nakładem „Biblioteki Wiedzy” 1938.
- CHLEWIŃSKI Z., ZALESKI Z. (1975), *Metodologiczne aspekty J. Konorskiego teorii integracyjnej działalności mózgu*, „Summarius” 24, s. 15-29.
- CHLEWIŃSKI Z., ZALESKI Z. (1986), *Eksplikacja procesów psychicznych u Jerzego Konorskiego teorii integracyjnej działalności mózgu*, „Raporty Psychologiczne KUL (Psychological Reports KUL)” 5, s. 25-29.
- CZEKANOWSKI P. (2012), *Spoleczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- DOMZAŁ T. (2008), *Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 4 (1), s. 1-8.
- DYCZEWSKI L. (1986), *Osamotnienie i jego przezwyciężanie*, „Acta Universitatis Lodzensis: Folia Paedagogica et Psychologica” 14, s. 73-81.
- DYCZEWSKI L. (1994), *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin: RW KUL.
- ERIKSON, E.H. (1970), *Jugend und Krise*, Stuttgart: Klett.
- ERIKSON, E.H. (2002), *Dopelniony cykl życia*, Poznań: Rebis.
- FRANKL V.E. (1967), *Sila do życia*, Kraków: Znak.
- FRANKL V.E. (1984), *Homo patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia*, przeł. R. Czernecki, Z.J. Jaroszewski, Warszawa: IW PAX.
- GUARDINI R. (1986), *Die Lebensalter. Ihre ethische und pedagogische Bedeutung*, Mainz: Matthias Grünewald.
- HALICKA M. (2004), *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Białystok: Akademia Medyczna.
- HILL R. (2009), *Poztywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa: Laurum.
- HUMMER M.L. (2011), *Age Stereotypes and Aging*, w: K.W. SCHALE, S.L. WILLIS (red.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Amsterdam: Elsevier, s. 249-262.
- JAN PAWEŁ II (1999). List apostolski *Do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku*, Watykan, 1 października 1999 r.
- JANUSZEWSKA E., JANUSZEWSKI A. (2015), *Samotność i osamotnienie doświadczane przez osoby starsze*, w: P. BRUDEK, S. STEUDEN, J. JANUSZEWSKA, A. GRAMOWSKA (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie*, t. 1: *Perspektywa psychologiczno-medyczna*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- JUNG C.G. (1967a), *Gesammelte Werke*, Zürich: Rascher Verlag.
- JUNG C.G. (1967b), *Rodzina, społeczeństwo, państwo*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- JUNG C.G. (1981), *On the nature of the psyche*, w: *The Collected Works of C.G. Jung*, t. 8, London: Ark Paperbacks, 159-326.
- KARASEK M. (2008), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*, Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.
- KĘPIŃSKI A. (1983), *Rytm życia*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- KĘPIŃSKI A. (2001), *Melancholia*, Warszawa: Wydawnictwo Literackie.

- KONORSKI J. (1969), *Integracyjna działalność mózgu*, Warszawa: PWN.
- KOZIELECKI J. (1998), *Człowiek wielowymiarowy*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- KOZIELECKI J. (2005), *Magnus Papa Viator*, „Nauka” 3, s. 25-34.
- KRAPIEC M.A. (2000), *Starzenie się – dojrzewaniem człowieka*, „Studia Philosophiae Christianae” nr 2, s. 107-113.
- ŁÓJ G. (2007), *Psychologiczne wyznaczniki przeżywanej starości (psychoneurologia starości)*, Mysłowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach.
- MASŁOW A. (2007), *Mądrość w okresie późnej starości jako efekt indywidualizacji rozwoju*, w: A.J. BRZEZIŃSKA, K. OBER-ŁOPATKA, R. STEC, K. ZIÓŁKOWSKA (red.), *Szanse rozwojowe w okresie późnej dorosłości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- MIELCAREK A. (2005), *Samotność i osamotnienie ludzi starszych w placówkach opiekuńczych*, „Praca Socjalna” 4, s. 24-40.
- MOSSAKOWSKA M., WIĄCEK A., BŁĘDOWSKI P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- OLEJNIK M., NIEMCZYŃSKI A. (1993), *Psychologiczne koncepcje mądrości, przegląd i stanowisko własne*, „Studia Psychologiczne” 31, s. 9-24.
- OLEŚ P. (2012), *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- PASIKOWSKI T., SĘK H., GREENGLAS E., TAUBERT S. (2002), *The proactive coping inventory – Polish adaptation*, „Polish Psychological Bulletin” 33, nr 1, s. 41-48.
- PIETRASIŃSKI Z. (1990), *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa: „Wiedza Powszechna”.
- RIEMANN F. (1981), *Die Kunst des Alters*, Stuttgart: Kreutz Verlag.
- SADOWSKI, B. (2005), *Starzenie się*, w: *Wielka Encyklopedia PWN*, t. 26, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 17-28.
- SIKORA E. (2007), *Procesy starzenia*, w: K. GALUS (red.), *Geriatrya. Wybrane zagadnienia*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- STEUDEN S. (2014), *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- STEUDEN S., MARCZUK M. (red.) (2006), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- STEUDEN S., OKŁA W. (2007), *Czynniki wpływające na podnoszenie jakości życia w sytuacji choroby*, w: S. STEUDEN, W. OKŁA (red.), *Jakość życia w chorobie*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- STRAŚ-ROMANOWSKA, M. (2005). *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.). *Psychologia rozwojowa człowieka. Charakterystyka okresów rozwojowych człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. t. 2. 273. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- STRAŚ-ROMANOWSKA M. (2011), *Późna dorosłość*, w: J. TREMPAŁA (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 326-350.
- SUSUŁOWSKA M. (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: PWN.
- ZAJĄC-LAMPARSKA L. (2011), *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*, w: J. TREMPAŁA (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 419-431.

