

Psychologiczny wymiar starości

ks. Marek JAROSZ

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Starość – jako okres rozwojowy – coraz częściej staje się przedmiotem badań różnych dyscyplin naukowych. Niewątpliwie perspektywa psychologiczna, a zwłaszcza współczesne badania prowadzone w grupach osób starszych, odsłaniają specyfikę tego etapu życia. Zmiana sytuacji zawodowej, przejście na emeryturę, rezygnacja lub ograniczenie pracy zawodowej tworzą nowy kontekst, który sprawia, że dotychczasowe sposoby funkcjonowania oraz zaspokajania potrzeb muszą ulec modyfikacji. Zazwyczaj literatura przedmiotu podkreśla, że starsi ludzie nadal potrzebują właściwych relacji z otoczeniem społecznym. Nie zanika zapotrzebowanie na szacunek, uznanie czy odpowiednią troskę. Seniorzy pragną pozostać użyteczni, stosownie do swoich możliwości. Wzrastająca zależność od innych i pojawiające się ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu sprawiają jednak, że bardzo potrzebują stabilizacji oraz poczucia bezpieczeństwa. Psycholodzy zajmujący się starością oraz gerontolodzy podkreślają, że w życiu seniorów szczególnego znaczenia nabierają potrzeby psychospołeczne.

Brunon Synak wyróżnia pięć głównych potrzeb występujących u ludzi w podeszłym wieku¹:

1. Potrzeba przynależności. Jej zaspokojenie polega na integracji z otoczeniem społecznym i doświadczeniu obecności drugiego człowieka (towarzystwo innych osób). Wskaźnikiem świadczącym o zaspokojeniu tej potrzeby są: intensywność kontaktów, zwłaszcza wewnątrz systemu rodzinnego; relacje i miejsce w rodzinie; podtrzymywanie relacji z dawnym środowiskiem oraz poziom poczucia osamotnienia.
2. Potrzeba użyteczności i uznania. Ten rodzaj potrzeb jest realizowany w dwóch kontekstach: społecznym i rodzinnym. Seniorzy, poprzez zinstytucjonalizowane formy aktywności społecznej oraz zaangażowanie na rzecz własnej rodziny, czują, że nadal są przydatni społecznie i mają swoje zadania wewnątrz systemu rodzinnego. Bycie użytecznym daje poczucie uznania i szacunku wobec tych, którzy angażują się na rzecz innych ludzi i nie są skoncentrowani na zaspokajaniu wyłącznie własnych potrzeb.
3. Potrzeba niezależności. Poziom zaspokojenia tej potrzeby będzie skorelowany z samodzielnym funkcjonowaniem starszych osób, które zależy głównie od sprawności ruchowej oraz poznawczej. Jeśli te dwa czynniki są na zadowalającym poziomie, wówczas seniorzy mają potrzebę samodzielnej organizacji przestrzeni do zamieszkania oraz zachowania niezależności ekonomicznej. Potrzeba niezależności będzie malała wraz z utratą zdolności do samodzielnego funkcjonowania w przestrzeni życiowej.
4. Potrzeba bezpieczeństwa. Jej zaspokojeniu zagrażają dynamiczne zmiany w otoczeniu, które wymagają od seniora nabywania nowych kompetencji.

¹ B. Synak, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000.

Utrata poczucia bezpieczeństwa pojawia się w sytuacji kontaktu z nowymi usługami, urządzeniami i procedurami, których znajomość jest niezbędna w załatwianiu najprostszych spraw w urzędach, instytucjach, środkach komunikacji itd. Potrzeba bezpieczeństwa ma dwojaki wymiar: fizyczny i psychiczny. Rozwój nowych technologii powoduje braki kompetencji u seniorów, pozbawiając ich bezpieczeństwa i wywołując poczucie bezradności w świecie, który jest odbierany jako zagrażający.

5. Potrzeba satysfakcji życiowej. Chodzi tu o subiektywny stan związany z nową sytuacją życiową. Nowa sytuacja, choć wnosząca wiele zmian, musi być postrzegana przez seniora jako potencjalne źródło nowych celów, których realizacja może dać nowy rodzaj satysfakcji.

Z badań prowadzonych w latach 2009 i 2012 wynika, że stosunkowo wysoką pozycję wśród potrzeb badanych seniorów ma potrzeba bezpieczeństwa². We wspomnianych badaniach seniorzy wskazywali na zagrożenia płynące z dwóch obszarów. Najczęściej obawiali się przemocy ze strony rodziny lub innych osób, które wypełniają obowiązki opiekuńcze, oraz patologicznego środowiska miejsca zamieszkania³. Przemoc wobec osób z tej grupy wiekowej przybiera postać fizyczną, psychiczną, seksualną, materialną. Polega ona również na zaniedbaniach wobec seniorów: izolowaniu ich od otoczenia, łamaniu praw, przemocy finansowej. Należy podkreślić, że utrata poczucia bezpieczeństwa zależy nie tylko od zewnętrznych czynników, a więc środowiska, w którym żyje senior. Jest ona uwarunkowana indywidualnymi doświadczeniami na przestrzeni całego życia. Czynniki indywidualne mogą przesądzać o tym, że niektóre starsze osoby częściej niż inni stają się ofiarami. Dotyka to zwłaszcza osób, które we wczesnym okresie życia doświadczyły przemocy, wrażały w środowisku z problemami uzależnienia czy różnego rodzaju zaburzeniami, funkcjonowały w środowisku, które wymuszało krycie sprawców.

Osoby starsze, zwykle dysponując większą ilością czasu do zagospodarowania, częściej zastanawiają się nad sensem życia w okresie starości, który pod wieloma względami przestaje być produktywny. Zakres *społecznego wkładu* w grupach senioralnych stopniowo maleje. Dlatego seniorzy, by utrzymać optymalny sens życia, muszą mierzyć się z następującymi wyzwaniami:

1. Procesem starzenia się, który prowadzi do obniżenia energii witalnej, zmian biologiczno-fizjologicznych, psychicznych oraz zmianą ról i pozycji społecznych. Proces starzenia wiąże się też w sposób oczywisty z doświadczaniem niepełnosprawności i utraty zdrowia. Senior musi zatem nadać nowe znaczenia (sens) sytuacji i procesom pojawiającym się w jego życiu.

² P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf (dostęp 10.10.2023).

³ A. Zych, *Globalne starzenie się oraz potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne ludzi starych: wyzwanie dla uniwersytetów trzeciego wieku*, „Teraźniejszość - Człowiek - Edukacja” 2012, nr 2 (58), s. 157-164.

2. Zmniejszaniem się poziomu ekspresyjności w relacjach rodzinnych i społecznych. Seniorzy, aby podtrzymać w sobie sens życia, muszą nauczyć się niejako nowej roli – roli człowieka, który systematycznie zmniejsza potencjał dawcy w relacjach społecznych. Coraz częstsze doświadczenie bycia biorcą musi być zaakceptowane i uznane za naturalny skutek procesu starzenia się.
3. Ograniczającą się partycypacją społeczną. Uczestnictwo w relacjach społecznych ulega ograniczeniu, a chęć udziału we wszelkich inicjatywach społecznych i edukacyjnych wiąże się z coraz większym wysiłkiem.
4. Zmniejszaniem się osobistego wpływu na własne życie, warunki życia oraz malejącym zakresem podejmowania autonomicznych decyzji. Poczucie utraty wpływu w znacznym stopniu umniejsza poczucie sensu życia.
5. Seniorzy coraz częściej muszą mierzyć się z perspektywą własnej śmierci. Nieumiejętność radzenia sobie z tą kwestią prowadzi do poczucia pustki, bezsensu oraz utraty wewnętrznej integralności⁴.

Kluczowym procesem decydującym o jakości życia seniora jest dostosowanie lub niedostosowanie do procesu starzenia się. Przejawem pierwszej tendencji jest akceptacja starości na poziomie poznawczym i emocjonalnym. W przypadku akceptacji poznawczej chodzi głównie o to, by seniorzy godzili się na upływający czas. Człowiek świadomie i akceptująco przeżywający swoją starość nazywa zachodzące procesy po imieniu, adekwatnie na nie reaguje, w racjonalny sposób zmienia swoje funkcjonowanie i dostosowuje do możliwości organizmu. Emocjonalny wymiar zgody prowadzi do pogodzenia się z dynamiką zmian, nabierania dystansu do zmniejszających się kompetencji, zaakceptowania narastającej zależności – adekwatnej do sprawności. Brak przystosowania w procesie starzenia się uruchamia postawę lęku oraz rezygnacji emocjonalnej i społecznej. Obawy związane z przyszłością są istotnym elementem ludzkiej egzystencji, jednak niedostosowanie w omawianej przestrzeni polega na wzroście obaw, które niekoniecznie mają swoje uzasadnienie. Lęk przed nieznaną przyszłością nie może dominować, gdy codzienne funkcjonowanie będzie ulegało stopniowemu ograniczeniu. Lęk jest powiązany z przyszłością, sytuacjami, które niekoniecznie muszą się pojawić. Zatem optymalne funkcjonowanie seniora polegałoby na tym, by reagował adekwatnie do sytuacji, które z jego punktu widzenia jawią się jako trudne, i nie koncentrował się na nieuchronnej przyszłości, która przecież może przybrać różny kształt. Lęk związany ze starością ma znaczny udział w redukcji zaangażowania społecznego. Brak przystosowania do *sytuacji senioralnej* zwykle zamyka na kontakty społeczne, gdyż daje poczucie bycia niepotrzebnym i mniej efektywnym.

⁴ H.Y. McClusky, *Education for Aging. The Scope and the Field and Perspective for the Future*, w: *Learning for Aging, Adult Education Association of the U.S.A.*, ed. S.M. Grabowski, M.D. Mason, Washington 1973.

Suzanne Reichard wyróżnia pięć typów postaw osób w wieku senioralnym wobec świata, siebie i procesu starzenia się:

1. Postawa konstruktywna. Polega na posiadaniu pogodnego nastroju, satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych, poczucia humoru. Osoby mające konstruktywną postawę akceptują własną starość, bez rozpacz i żalu wobec nieuchronności śmierci. Pojawia się optymistyczna wizja przyszłości, gdyż są przekonane, że mogą liczyć na wsparcie innych ludzi.
2. Postawa zależności. Najczęściej pojawia się u osób charakteryzujących się biernością, zależnością od innych. Często są to osoby, które nie mają wysokich aspiracji egzystencjalnych i łatwo wycofują się z życia zawodowego. Głównym źródłem poczucia bezpieczeństwa jest rodzina, która jest źródłem wewnętrznej harmonii. Osoby charakteryzujące się taką postawą zwykle nie ujawniają wrogości i lęku przed nieznaną przyszłością, a emocjonalnie wykazują się względną spójnością.
3. Postawa obronna. Często pojawia się u osób zaangażowanych zawodowo w sposób ponadprzeciętny. Zwykle są to ludzie samowystarczalni, mający swoje sztywne nawyki, opanowani, starający się kontrolować wydarzenia w swoim życiu. Dominuje u nich zaangażowanie w życie zewnętrzne, rzadziej mówią o swoich problemach i przeżyciach. Obawiają się śmierci i ograniczeń wynikających z procesu starzenia się. Doświadczane lęki są maskowane przez zaangażowanie i aktywność. Stosunek do ludzi młodszych charakteryzuje się zazdrością i dystansem, gdyż postrzegają swoją starość głównie przez pryzmat straty.
4. Postawa wrogości wobec otoczenia. Cechą charakterystyczną tej grupy jest postrzeganie starości jako okresu wyrzeczeń, utraty sił i zmniejszających się możliwości. Dlatego przedstawiciele tej grupy najczęściej reagują na innych w sposób agresywny, mają ciągłe pretensje do otoczenia, obwiniając je za wszelkie niepowodzenia. Pojawia się zazdrość wobec osób młodych, związana z niezgodą na zbliżającą się śmierć, a także bunt i lęk przed śmiercią.
5. Postawa wrogości wobec siebie. Zwykle cechuje osoby z negatywnym bilansem sukcesów życiowych. Nie chcą one wracać do przeszłości, gdyż jawi się im jako doświadczenie negatywne, pełne trudności i niepowodzeń. Tego rodzaju postawy przyjmują ludzie o niskim stopniu zaradności, z niewielką aktywnością życiową. Nie pojawia się u nich bunt przed starością, biernie przyjmują zrzędzenia losu. Często popadają w depresję, mają pretensję do siebie, doświadczają osamotnienia i czują się kompletnie niepotrzebni. Śmierć jawi się im jako najlepszy sposób na wybawienie od doświadczanych trudności i życiowego dyskomfortu⁵.

⁵ K. Jagielska, *Attitudes of the Elderly Towards Old Age*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2020, nr 1 (33), s. 165-175.

Trudności o charakterze poznawczym

Starość zwykle polega na doświadczaniu postępujących zmian i utracie dotychczasowej sprawności. Każde upośledzenie prowadzi do niezadowolenia i frustracji. Będzie też skutkowało narastającym wycofywaniem się z relacji społecznych. Proces starzenia się często dotyka narządu wzroku i słuchu, które są konieczne do podtrzymywania właściwej komunikacji z otaczającym światem. Zaburzenia wzroku i słuchu prowadzą do poczucia izolacji, a udział w relacjach społecznych zaczyna mieć coraz bardziej ograniczony charakter. Wymiana informacji staje się trudniejsza. Szczególnie słaby wzrok wpływa na jakość życia⁶. Seniorzy dość często mają problemy ze schorzeniami narządu wzroku w postaci zaćmy, jaskry, zwyrodnienia plamki żółtej lub retinopatii cukrzycowej. Doniesienia z badań wskazują, że utrata sprawności wzrokowej w znaczący sposób obniża jakość życia osób starszych. Konsekwencje wynikające ze słabnącego wzroku przekładają się na trudności z orientacją przestrzenną, rozpoznawaniem osób, prowadzeniem pojazdów, oglądaniem programów telewizyjnych, czytaniem cen i opisów produktów w sklepach. S. Steuden podaje, że ocena zdolności w postrzeganiu ma wymiar bardziej subiektywny, a więc zależy nie tyle od twardych danych okulistycznych, co bardziej od subiektywnej oceny obecnego stanu widzenia⁷. Deficyty w tym zakresie rodzą lęk, niepewność oraz poczucie zagrożenia. Problemy ze wzrokiem przekładają się na niepokój związany z utratą samodzielności.

Drugim, jakże często spotykanym deficytem u osób starszych, jest obniżenie sprawności zmysłu słuchu. Dane pokazują, że ten problem dotyka 50% populacji osób, które ukończyły 80 rok życia. Zjawisko utraty słuchu częściej jest obserwowane u mężczyzn niż u kobiet. Ubytki w tym zakresie obniżają kompetencje komunikacyjne. Początkowe formy radzenia sobie z tym deficytem mają charakter kompensacyjny, później, kiedy są niewystarczające, pojawiają się trudności w komunikacji, stosowania się do poleceń, a czas przekazywania treści znacząco się wydłuża⁸. W toku postępujących procesów starczych pojawiają się zaburzenia innych zmysłów, takich jak smak, węch czy dotyk. Osoby starsze, szczególnie chorujące na chorobę Alzheimera, mają podwyższony próg zapachowy. Oznacza to, że odczuwają jedynie intensywne zapachy, co ma wpływ na problemy związane z własną higieną.

Psycholodzy kliniczni podkreślają, że wraz z wiekiem obniża się zdolność do przetwarzania nowych informacji. Pojawiają się problemy z koncentracją, podzielnością uwagi, uczeniem się nowych rzeczy, zapamiętywaniem. Czas potrzebny na wykonanie zadań poznawczych ulega wydłużeniu. Osoby starsze mają trudności

⁶ P. Błędowski, dz. cyt.

⁷ S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2011.

⁸ S. Steuden, *Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na jaskrę*, w: *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*, red. P. Oleś, S. Steuden, J. Toczółowski, Lublin 2002. s. 121-137.

w koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także pojawiają się trudności z pamięcią operacyjną, która ma wielki wpływ na funkcjonowanie w codzienności. Zwykle trudności z pamięcią zaczynają się pojawiać u osób po 60 roku życia. Jednak ogólne funkcje poznawcze najczęściej ulegają znacznemu obniżeniu po ukończeniu 75 lat. Obniżone funkcje poznawcze i kłopoty z pamięcią rodzą lęk. W tym okresie życia pojawiają się zasadnicze trudności związane z deficytem rozumienia mowy, gubieniem wątków rozmowy, poczuciem, że otoczenie mówi zbyt szybko i niewyraźnie⁹.

Zespoły otępienne w starości

Zespoły otępienne w okresie starości są podstawowym problemem dla współczesnej geriatriczki. Ubytki poznawcze w tych zespołach da się sprowadzić do kilku zasadniczych obszarów. Należy do nich upośledzenie pamięci, polegające na trudnościach w przyswajaniu sobie nowych informacji oraz przypominaniu wyuczonych informacji. Pojawiają się zaburzenia mowy, zwane afazją; apraksja, czyli niezdolność do wykonywania czynności ruchowych przy braku uszkodzenia funkcji ruchowych; agnozja, czyli niemożność rozpoznawania przedmiotów przy braku uszkodzenia funkcji czuciowych; oraz zaburzenia związane z wykonywaniem czynności. Wyżej wymienione obszary mają wpływ na funkcjonowanie społeczne. Zespoły otępienne obniżają aktywność zawodową oraz wykonywanie codziennych czynności. Wśród różnorodnych zespołów otępiennych poczesne miejsce zajmuje choroba Alzheimera. „Word Alzheimer Report” z 2010 r. podaje, że w 2030 r. liczba osób dotkniętych tą chorobą podwoi się i będzie wynosić nawet 66 mln. Jest to najczęściej występujący zespół otępienny i stanowi 60% wszystkich przypadków otępiennych. Trudności wynikające z tej choroby nie ograniczają się wyłącznie do zaburzeń poznawczych. Ocenia się, że około 70%, a nawet 90% pacjentów wykazuje zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania. Pacjenci ci doświadczają podwyższonego lęku, poczucia zagrożenia, zaburzeń nastroju, depresji. Wielu z nich wykazuje się pobudzeniem, agresją słowną, a nawet agresją fizyczną¹⁰.

Z badań, przeprowadzonych przez zespół D.V. Jeste, wynika, że 16% populacji osób starszych wykazuje zaburzenia psychiatryczne – wskaźnik ten w 2030 r. zwiększy się nawet do 21%¹¹. Szwedzkie badania dowiodły, że w grupie osób powyżej 70 roku życia odsetek zaburzeń psychiatrycznych dotyczył 30% badanych, zaś badania przeprowadzone na berlińczykach podają, że odsetek ten wyniósł od 24% do 33%¹².

⁹ I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Poznań 2006.

¹⁰ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2007.

¹¹ D.V. Jeste, G. Alexopoulos, S. Bartels i in., *Depression and depressive symptoms in old age*, w: *Clinical geropsychology*, ed. I. Nordhous, G. Vanden Bos, P. Fromholt, Washington 1998, s. 211-217.

¹² S. Steuden, *Psychologia...*, dz. cyt.

Dane epidemiologiczne są mało spójne, jeśli chodzi o częstotliwość depresji w grupach senioralnych. Na ogół ocenia się, że wraz z wiekiem nasilenie wzrasta. Rzadziej spotyka się w tej grupie wiekowej ciężkie postaci depresji, ale znacznie częściej można spotkać obniżenie nastroju z przeżywaniem smutku i przygnębienia (depresja jako objaw). Ocenia się, że może to dotyczyć nawet 30% populacji. Badania międzynarodowe podają, że u osób powyżej 75 roku życia odsetek depresji wynosi od 10% do 17%. W Szwecji odsetek cierpiących na depresję 85-latków wynosi 12,6%. Generalnie ocenia się, że występowanie depresji jest ściśle skorelowane ze stanem zdrowia somatycznego.

Obniżenie stanu zdrowia a depresja

Cztery wskaźniki zdrowotne prowadzą do pogłębienia symptomów depresji.

1. Depresja jest następstwem zmian biologicznych pojawiających się na skutek występowania różnych chorób somatycznych i efektów ubocznych ich leczenia.
2. Depresja charakteryzuje się tym, że zwiększa wrażliwość, zmienia procesy neuroimmunologiczne, a także jest powiązana ze zmniejszeniem troski o siebie, dlatego przyczynia się do powstania chorób somatycznych.
3. Depresja może pojawić się w wieku senioralnym jako reakcja na stresory w postaci obniżenia sprawności fizycznej oraz choroby somatyczne.
4. Depresja, choć ma charakter niezależny i nie jest powiązana z chorobami somatycznymi, to na nie oddziałuje i potęguje ich konsekwencje.

Warto odnotować, że poziom depresji po ukończeniu 60 roku życia jest różny w grupie mężczyzn i kobiet. Generalnie u kobiet w przedziale wiekowym 50-60 lat jest wyższy niż u mężczyzn. Zaś po 80 roku życia różnice się zacierają i mniej więcej podobny odsetek kobiet i mężczyzn zapada na depresję. Natomiast w okresie między 60 a 80 rokiem życia dynamika objawów depresyjnych u mężczyzn systematycznie wzrasta, tak że około 80 roku życia poziomy obu grup wyrównują się. Oznacza to, że sposób radzenia sobie z nową sytuacją przebiega inaczej w obu grupach. Generalnie należy zauważyć, że stany depresyjne ściśle wiążą się z ogólną kondycją zdrowotną. Pogarszające się zdrowie ma wpływ na pojawienie się symptomów depresyjnych i na odwrót. Niebagatelny wpływ na pierwsze objawy depresji ma utrata słuchu i wzroku, które utrudniają funkcjonowanie w codzienności.

Część problemów związanych z kondycją psychiczną w okresie senioralnym wynika nie tylko z depresji, ale również z procesów otępiennych. Rozróżnienie tych dwóch stanów wymaga wiedzy, ale wynikające z nich problemy są podobne. Należą do nich głównie trudności w zakresie uczenia się, deficyty pamięci bezpośredniej i operacyjnej. Seniorzy z depresją lub zespołem otępiennym mają deficyty w zakresie funkcji językowych oraz wzrokowo-przestrzennych. Pojawiają się problemy

w zakresie uwagi, zwłaszcza jej podzielności i wybiórczości. Psychologia kliniczna, porównując oba zespoły chorobowe, podkreśla, że najbardziej różnią się w zakresie funkcji językowych i wzrokowo-przestrzennych. Zarówno depresja, jak i choroby otępienne w życiu osobistym seniorów mają te same skutki, co przekłada się na podobne wyzwania dla otoczenia, które opiekuje się osobami starszymi.

Przystosowanie w starości

Problematyka przystosowania w starości jest jednym z podstawowych zagadnień poruszanych w psychologii starzenia się, gdyż proces ten buduje poczucie zadowolenia z życia i przyczynia się do aktywności społecznej seniorów. Jednym z podstawowych czynników utrudniających przystosowanie się seniora jest poczucie nieprzydatności społecznej. Nieskuteczność w przystosowaniu prowadzi do wrogości wobec siebie i otoczenia społecznego. Pojawiają się lęki i obawy przed partycypacją społeczną, nierzadko poczucie winy z powodu obciążenia dla otoczenia.

Problem przystosowania społecznego osób starszych najczęściej jest wyjaśniany za pomocą teorii, które odwołują się do bardziej ogólnych koncepcji: teorii wycofania się, teorii stresu z powodu starości oraz teorii aktywności. Choć powstały one ponad pięćdziesiąt lat temu, to nadal są przywoływane w wyjaśnianiu omawianego zjawiska. Pierwsza teoria zakłada, że wycofywanie się z życia społecznego jest naturalnym procesem i potrzebą człowieka, który z różnych powodów odkrywa w sobie takie pragnienie. Teoria stresu podkreśla z kolei, że osoby starsze muszą dostosować się do swoich możliwości oraz zmieniających się wymagań środowiska życiowego. Trzecia teoria bazuje na przekonaniu, że senior może znaleźć liczne obszary dla swojej aktywności, stosownie do możliwości i zainteresowań.

Teoria selektywnej optymalizacji z kompensacją

Obok wyżej wspomnianych teorii warto przytoczyć teorię selektywnej optymalizacji z kompensacją, stworzoną przez Paula Baltesa i Margaret Baltes¹³. Według tych autorów adaptacyjne radzenie sobie seniorów polega na kontrolowaniu starzenia się oraz próbie podtrzymywania jakości życia w sytuacji tracenia ważnych wartości. Chodzi głównie o to, by seniorzy przyjmowali strategię, która polega na minimalizacji strat, czyli posiadali umiejętność rezygnacji z najmniej istotnych obszarów. Optymalne zachowanie polega na koncentracji na tym, co najistotniejsze. Według autorów teorii starość wyzwala trzy mechanizmy: selekcję, optymalizację oraz kompensację. Proces selekcji wymaga świadomości swoich możliwości oraz

¹³ P. Baltes, M.M. Baltes, *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*, w: *Successful aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*, ed. P. Baltes, M. Baltes, Cambridge University Press 1990, s. 1-34.

granic zaangażowania. Każdy człowiek subiektywnie musi dokonać oceny sytuacji, w której się znajduje i określić, które obszary mogą być efektywne i przynieść jakąś satysfakcję. Żeby wykonać to zadanie w sposób właściwy, senior musi dokonać reinterpretacji celów i sposobów ich osiągnięcia, adekwatnie do posiadanych możliwości. Do przeprowadzenia procesu optymalizacji potrzebny jest natomiast pewien rodzaj plastyczności w modyfikacji środowiska. Optymalizacja dotyczy trzech obszarów: psychologicznego, społecznego oraz fizycznego. Optymalizacja psychologiczna powinna prowadzić do poszukiwania takich obszarów, które uchronią seniora przed stresem i niezadowoleniem. Na przykład w sytuacji obniżających się sprawności, osoby powinny poszukiwać takich obszarów, w których posiadane zasoby pozwalają wykonywać pewne zadania, ale nie prowadzą do sytuacji stresowej spowodowanej utratą dawniej posiadanych zasobów. Optymalizacja społeczna polega na poszukiwaniu obszarów, które zapewnią seniorowi niezależność i autonomię. Optymalizacja fizyczna sprowadza się do kontroli obszarów aktywności, by nadmiernie nie tracić energii poprzez forsowanie swoich sił fizycznych. Narastający proces utraty zasobów i obszarów wymusza stosowanie mechanizmu kompensacji, gdyż utworzenie nowych zasobów często już nie jest możliwe. Podstawowym zadaniem kompensacji jest doprowadzenie do zmniejszenia natężenia pojawiających się braków. Kompensacja zakłada wykorzystanie istniejących zasobów w taki sposób, by zminimalizować utratę innych obszarów i zasobów. Zaproponowany model pozytywnego starzenia wymaga od seniorów własnej aktywności w poszukiwaniu nowych obszarów aktywności oraz przyjęcia nowych zadań rozwojowych.

Teoria oscylacji pomiędzy asymilacją a akomodacją

Teoria ta wyjaśnia optymalne procesy adaptacyjne wieku senioralnego. Twórcy teorii zajęli się zjawiskiem narastających rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami i możliwościami człowieka starego. Asymilacja polega na podjęciu próby zmiany środowiska poprzez własną aktywność w taki sposób, by zrealizować własne cele i oczekiwania. Mechanizm akomodacji polega na zmianie celów i obniżeniu oczekiwań z tego powodu, że pewne cele nie są już możliwe do osiągnięcia, np. utrata sprawności fizycznej, ruchowej czy psychicznej. Akomodacja zawsze zakłada ponowną ocenę celów możliwych do osiągnięcia. Postawa osoby starszej powinna być na tyle plastyczna, by prowadziła do wyznaczania sobie nowych celów. Wspomniane dwa mechanizmy są stosowane naprzemiennie, gdyż tylko wtedy mogą przynieść pozytywny skutek. Literatura przedmiotu wskazuje, że natężenie stosowania mechanizmów jest skorelowane z wiekiem. Młodszy seniorzy chętniej stosują asymilację,

zaś osoby starsze częściej muszą odwołać się do akomodacji, by przewartościować dotychczasowe cele¹⁴.

Teoria społeczno-emocjonalnej aktywności

To jest podejście, które wyjaśnia naturę zanikających relacji interpersonalnych u seniorów. Jest sprawą oczywistą, że osoby starsze budują mniej relacji, ale są nastawione na bardziej satysfakcjonujące i głębsze kontakty. Poszukują relacji bardziej wspierających. Generalnie kontakty społeczne służą przede wszystkim do zdobywania nowych informacji oraz regulacji emocjonalnej. W wieku senioralnym ograniczenie kontaktów społecznych będzie prowadziło do zubożenia procesu przyswajania sobie nowych informacji oraz możliwości regulowania stanów emocjonalnych poprzez kontakt z drugim człowiekiem. Zasób ten dość często ulega ograniczeniu, głównie z tego powodu, że seniorzy tracą bliskich członków rodziny oraz znajomych. Problem ten nasila się wraz z wiekiem, dlatego najstarsza grupa seniorów doświadcza najgłębszych deficytów w tym zakresie. Perspektywa temporalna seniora również ulega skróceniu, gdyż częściej ogranicza się do teraźniejszości, a w mniejszym stopniu wybiega w przyszłość. Trzeba też podkreślić, że zawężanie interpersonalnych kontaktów wynika głównie z powodu mniejszego zapotrzebowania na szeroko pojętą wiedzę. Często jest to powiązane ze zmianą ról społecznych, pojawieniem się nowych, ważnych osób, którym niejako należy poświęcić więcej uwagi i nie szukać nowych relacji, gdyż zasoby w tym zakresie ulegają systematycznemu kurczeniu się¹⁵.

Teoria gerotranscendencji

Dość ciekawym podejściem do jakości życia w okresie senioralnym jest teoria gerotranscendencji. Podkreśla ona, że starość jest okresem, w którym człowiek ma szansę na poszerzenie własnego Ja, głównie poprzez lepsze rozumienie siebie, znajdowanie nowych aktywności, wychodzenie poza własne problemy, angażowanie się na rzecz innych ludzi. Twórcy teorii podają, że obszary ulegające poszerzeniu dotyczą sfery kosmicznej, czyli zmiany postrzegania czasu i przestrzeni. Seniorom zaciera się granica pomiędzy tu i teraz a przeszłością. Obie perspektywy zlewają się i mają ogromny wpływ na nawiązywanie więzi z poprzednimi pokoleniami. Częściej poszukują korzeni, interesują się historią rodziny, chętnie odnawiają utracone kontakty rodzinne. Drugi obszar dotyczy transcendencji własnego Ja. Starość

¹⁴ J. Brandtstadter, W. Greve, *The aging self: stabilizing and protective process*, „Developmental Review” 1994, no. 14, s. 52-80.

¹⁵ I. Carstensen, *Selectivity theory: social activity in life span context*, „Annual Review of Gerontology and Geriatrics” 1991, no. 11, s. 195-217.

w mniejszym stopniu skoncentrowana jest na swoich potrzebach. Seniorzy częściej deklarują, że wiele rzeczy nie jest im już potrzebnych, zarówno w wymiarze materialnym, jak i psychicznym. Obszar trzeci stanowią kontakty społeczne. Osoby starsze zaczynają podtrzymywać jedynie relacje ważne, istotne z ich punktu widzenia. Potrzeba samotności wymaga rewizji dotychczasowych relacji, dlatego te istniejące stają się głębsze i mniej liczne, ale bardziej satysfakcjonujące. Opisywane podejście adaptacyjne osób w wieku senioralnym, choć jest zróżnicowane, to kładzie akcent na wielość obszarów i mechanizmów wykorzystywanych do osiągnięcia satysfakcji z życia w nowych okolicznościach¹⁶.

Zachowania proaktywne

Problem szeroko pojętej aktywności seniorów w klasycznym ujęciu psychologii sprowadza się do osiągnięcia dwóch zasadniczych celów: prewencyjnego oraz korekcyjnego. Zaangażowanie seniora w cele prewencyjne zmierza do zapobiegania utracie zdrowia, zapewnienia otrzymywania wsparcia emocjonalnego oraz planowania przyszłości. Natomiast cele adaptacyjne polegają na dążeniu do otrzymywania wsparcia w sytuacji utraty lub zmniejszenia się zasobów. Nowsze podejścia, wyjaśniające rolę aktywności senioralnej, podkreślają, że osoby starsze, w dobie gwałtownego rozwoju cywilizacyjnego i technologicznego, poszukują aktywności związanej z wiedzą oraz korzystają ze zdobyczy technicznych, by zmniejszyć dystans do młodszych pokoleń. Innym, bardzo ważnym celem aktywności seniorów jest obszar zdrowia. Rosnące możliwości monitorowania zdrowia i zapobiegania chorobom coraz bardziej angażują osoby starsze w tych obszarach.

Style życia w okresie senioralnym

Styl życia można zdefiniować jako unikalny, niepowtarzalny system przekonań, wartości, motywów, rodzajów percepcji świata, wyznaczających model funkcjonowania danej osoby. Styl życia bardzo dobrze odzwierciedla aktywność człowieka. Osobom starszym można przypisać następujące style życia: bierny, rodzinny, aktywny ruchowy, aktywny społecznie, skoncentrowany na domu, pobożny, edukacyjny¹⁷. Do najbardziej negatywnych stylów, przynoszących najwięcej szkody, należy styl bierny. Jest on typowy dla seniorów pozostających w domu. Często spowodowany jest pojawieniem się przewlekłej choroby, co z kolei ma wpływ na stopniowe ograniczanie kontaktów interpersonalnych. Osoby te z powodu choroby, niskich zasobów sił fizycznych, niepełnosprawności ruchowej, mają trudności z podtrzymywaniem

¹⁶ L. Tornstam, *Gerotranscendence – a theory about maturing in old age*, „Journal of Aging and Identity” 1996, no. 1, s. 37-50.

¹⁷ O. Czerniawska, *Style życia ludzi starych*, w: *Style życia w starości*, red. tenże, Łódź 1998. s. 17-26.

wcześniejszych kontaktów. Bardzo często trudności natury somatycznej przekładają się na trudności natury psychicznej, co prowadzi do obniżenia samopoczucia. Dwuwymiarowe problemy wzmacniają tendencje izolacjonistyczne, zamykanie się w świecie własnych doznań i przeżyć, ograniczanie kręgu osób, z którymi można się kontaktować.

Styl rodzinny i domowy koncentruje się natomiast na aktywności we własnym domu i na rzecz swojej rodziny. Choć często wiąże się z ograniczaniem kontaktów i koncentracją na potrzebach rodziny, to jednak ma charakter proaktywny i zapewnia podtrzymywanie, a czasami poszerzanie perspektywy egzystencjalnej.

Style skoncentrowane na aktywności ruchowej i społecznej najczęściej prowadzą do podtrzymywania i tworzenia nowych więzi i znajomości. Zwykle ruch, sport czy zaangażowanie społeczne wymuszają podtrzymywanie relacji interpersonalnych.

Styl oparty na zaangażowaniu w życie religijne należy również do ważnych sposobów realizowania siebie w okresie senioralnym. Wartości religijne, perspektywa eschatologiczna to obszary, które odgrywają ważną rolę w konfrontowaniu się z nieuchronną śmiercią. Szczególnie w sytuacji ograniczonych kontaktów społecznych, podtrzymywanie aktywności o charakterze duchowym może być najistotniejszym czynnikiem dającym poczucie sensu życia.

Styl edukacyjny jest z pewnością nową, poszerzoną możliwością funkcjonowania człowieka w okresie późnej dorosłości. Oferta edukacyjna dla seniorów systematycznie się poszerza. Właściwy dobór tej oferty ma ogromny wpływ na jakość życia, ponieważ przyczynia się do utrzymywania kompetencji poznawczych i stwarza warunki do podtrzymywania i rozwoju sieci społecznych. Szczególną postacią aktywności i stylem życia jest zaangażowanie w wolontariat. Steuden podaje, że wolontariat łączy się z następującymi korzyściami:

1. Większym dobrostanem psychicznym (większy poziom satysfakcji z życia, zadowolenia z siebie i swoich działań, mniejszy poziom stresu i lęku).
2. Wzrostem długości życia (poczucie sensu i znaczenia sieci społecznej, poczucie bycia użytecznym, wzrost poczucia własnej wartości i umocnienia tożsamości).
3. Lepszym społecznym zaangażowaniem i przystosowaniem do różnych warunków życia (większe poczucie znaczenia, celu i sensu życia, wzrost samooceny i poczucia własnej wartości).
4. Lepszym zdrowiem fizycznym i odpornością immunologiczną (mniejsze odczucie różnych dolegliwości chorobowych).
5. Mniejszym poziomem depresji, poczucia beznadziejności, stresu¹⁸.

¹⁸ S. Steuden, *Psychologia...*, dz. cyt., s. 98-99.

Konkretnym wskaźnikiem dobrostanu seniorów jest podejmowanie aktywności wolontariackiej, o czym świadczą wyniki zaprezentowane przez M. Argyle. Autor ten podaje, że respondenci zaangażowani w tę formę aktywności generalnie deklarowali odczuwanie satysfakcji (93%), naprawdę sprawiało im to przyjemność (93%), dało poczucie osobistych osiągnięć (78%). Wśród istotnych korzyści z zaangażowania w wolontariat badani wymienili również rozszerzanie doświadczeń życiowych (75%) czy spotkanie się z ludźmi, zawieranie przyjaźni (85%)¹⁹.

Jak pokonać stereotypy związane ze starością?

Myślenie stereotypowe jest dość częstą ludzką przypadłością. Dotyczy również starości, która często jest postrzegana jedynie w kategoriach negatywnych. Stereotyp jest specyficzną formą opinii nt. najróżniejszych grup społecznych, które w znacznej mierze wiążą się z ubogą treścią, opartą na niezbyt rzetelnej wiedzy i często nieprawdziwych informacjach. Jest efektem generalizacji treści, która nie dostrzega wyjątków i różnic między ludźmi, różnych kontekstów. Zwykle stereotypy mają charakter trwałe i dość spójną postać, dlatego tak trudno je przełamać. Wyrażają emocjonalny stosunek do danej grupy. Osoby starsze dość często właśnie w taki sposób są postrzegane, a coraz radsze doświadczenie rodziny wielopokoleniowej nie stwarza młodym ludziom warunków do bezpośredniej obserwacji i partycypacji w życiu osób starszych. Stereotyp starości często wiąże się z niepełnosprawnością i niedołęstwem. Czasami osoby starsze, pod wpływem kultu młodości, postrzegają swoją sytuację egzystencjalną jako niekorzystną, dlatego doświadczają lęku przed odrzuceniem i uruchamiają postawy obronne. Taka strategia wobec zmian i upływu czasu prowadzi do poczucia osamotnienia, izolacji i rozczarowania. Jednym z trudniejszych do przełamania stereotypów dotyczących starości jest podkreślanie infantylnych form zachowania i funkcjonowania osób z tej grupy wiekowej. Skutkuje to często nadmiernie opiekuńczym podejściem lub emocjonalnym oddalaniem się od nich, gdyż rzekomo nie wnoszą nic istotnego w życie młodszego pokolenia. Stereotypowe postrzeganie starości może uruchamiać społeczne mechanizmy dyskryminacji, a internalizacja takich treści przekłada się na znacznie gorsze funkcjonowanie seniorów w codziennym życiu. Ostir, Ottenbacher i Markides piszą, że osoby mające negatywny stosunek do własnej starości żyją średnio o 7,5 roku krócej, a osoby pozytywnie ustosunkowane do swojego wieku znacznie rzadziej doświadczają problemów o charakterze kardiologicznym²⁰. Siła oddziaływania stereotypu jest na tyle duża, że osoby, które go akceptują, mają deficyty, które nie

¹⁹ M. Argyle, *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa 2002, s. 191-192.

²⁰ G.V. Ostir, J.K. Ottenbacher, K.S. Markides, *Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affects*, „Psychology and Aging” 2004, no. 19, s. 402-408.

odzwierciedlają faktycznego stanu w wymiarze psychicznym i fizycznym²¹. U seniorów stereotyp starości uruchamia nieadekwatne oczekiwania, a następnie źle interpretuje niektóre symptomy. Przypisuje im stały charakter, co sugeruje przewlekłość pewnych dolegliwości. W końcu stereotyp może zniechęcać do podejmowania adekwatnych działań, zwłaszcza prozdrowotnych, gdyż senior może być przekonany, że nie mają one sensu i nie doprowadzą do poprawy zdrowia. Niemalże znaczenie w utrwalaniu takich postaw mają osoby, które z racji zawodowych uczestniczą w opiece i pielęgnacji seniorów. Postrzeganie starości w kategoriach stereotypowych sprawia, że błędnie podpowiadają pewne rozwiązania, sugerują bierność lub rezygnację z właściwego leczenia. Społecznie funkcjonujące stereotypy są dość trudne do przezwyciężenia, szczególnie gdy starość będzie postrzegana jedynie z perspektywy straty. Programy skierowane zarówno do seniorów, jak i do osób mających z nimi codzienny kontakt powinny być wzbogacone nie tylko o wiedzę nakierowaną na bardziej efektywną pomoc, ale również na podkreślanie wymiarów, które dopiero w tym okresie życia mogą w pełni się ujawnić i wzbogacić życie seniora oraz jego otoczenia. Literatura przedmiotu podkreśla, że starość często jest wypełniona mądrością, o którą trudno we wcześniejszych okresach życia.

Mądrość stanowi cnotę człowieka w pełni dojrzałego, identyfikowaną z najwyższym, integracyjnym stadium rozwoju osobowości, a osiąganą dzięki skutecznemu rozwiązywaniu typowych dla wcześniejszych stadiów zadań i kryzysów rozwojowych [...] przystosowanie do świata, przy równoczesnym zachowaniu własnej autonomii. Tak rozumiana mądrość przejawia się ostatecznie w odnalezieniu i zaakceptowaniu swojego miejsca w świecie, w harmonijnych relacjach z otoczeniem oraz w poczuciu sensu życia, mimo nie zawsze i nie pod każdym względem pozytywnie ocenianej własnej biografii, a także w pozbawionej lęku konfrontacji z perspektywą zbliżającego się kresu życia²².

Postrzeganie mądrości jako ważnego zasobu życiowego seniorów może stać się jednym z przykładów pozytywnej wizji starości. Propozycje aktywizacji seniorów, niezależnie od form i sposobów, stwarzają możliwości do eksponowania zasobów, w które są wyposażeni.

²¹ B.R. Levy, M.D. Slade, S.R. Kunkel, S.V. Kasl, *Longevity increased by positive self-perceptions of aging*. „Journal of Personality and Social Psychology” 2002, no. 83, s. 261-270.

²² M. Straś-Romanowska, *Człowiek stary, czyli mądry (?)*, w: *Siła umysłu w starości*, red. M. Kielar-Turska, Kraków 2019, s. 215-231.

Podsumowanie i wnioski

Starzenie się istotnie zmienia perspektywę życiową człowieka, który traci wiele pól aktywności i zasobów osobistych. Nowa sytuacja wymaga właściwego rozpoznania specyficznych potrzeb i obszarów, które zaczynają kumulować negatywne emocje z powodu słabszego radzenia sobie z wyzwaniami egzystencjalnymi. Kluczowym procesem, pozwalającym na odnalezienie sensu życia, jest udana adaptacja, która musi przybierać coraz nowsze kształty z powodu zmniejszających się zasobów. Istotnym czynnikiem pomocowym w radzeniu sobie ze starością jest łamanie stereotypów, które – mocno zakotwiczone w mentalności i kulturze – przyczyniają się do nieadekwatnego reagowania na symptomy starości. Postrzeganie i przeżywanie starości jest uwarunkowane wieloma czynnikami (cechami osobowości, sytuacją zdrowotną, warunkami ekonomicznymi). Jednak wpływ czynników nakierowanych na aktywność społeczną, zdolność do adekwatnej autorefleksji oraz odpowiednie bilansowanie życia, prowadzą do nadawania znaczenia (sensu) życiu i podnoszenia jego jakości. Odkrycie, że można nadal się rozwijać i wciąż mieć coś do zaoferowania drugiemu człowiekowi, jest podstawą do przeżycia udanej starości i poczucia przydatności życiowej.

Bibliografia

- Argyle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa 2002.
- Baltes P., Baltes M.M., *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*, w: *Successful aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*, ed. P. Baltes, M. Baltes, Cambridge University Press 1990.
- Błądowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf (dostęp 10.10.2023).
- Brandtstadter J., Greve W., *The aging self: stabilizing and protective process*, „Developmental Review” 1994, no. 14.
- Brzezińska A., Wilowska J.A., *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, w: *Pomyślna starość*, red. K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, Poznań 2010.
- Carstensen L., *Selectivity theory: social activity in life span context*, „Annual Review of Gerontology and Geriatrics” 1991, no. 11.
- Cierpiąłkowska L., *Psychopatologia*, Warszawa 2007.
- Czerniawska O., *Style życia ludzi starych*, w: *Style życia w starości*, red. tenże, Łódź 1998.
- Fopka-Kowalczyk M., *Samotność osób starszych i czynniki ją warunkujące*, „Kultura i Edukacja” 2018, nr 1(119).
- Jagielska K., *Attitudes of the Elderly Towards Old Age*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2020, nr 1 (33).
- Jeste D.V., Alexoupoulos G., Bartels S i in., *Depression and depressive symptoms in old age*, w: *Clinical geropsychology*, ed. I. Nordhous, G. Vanden Bos, P. Fromholt, Washington 1998.
- Kliszcz J., *Psychologia potrzeb osób starszych. Potrzeby psychospołeczne po 65 roku życia*. Warszawa 2019.

- Levy B.R., Slade M.D., Kunkel S.R., Kasl S.V., *Longevity increased by positive self-perceptions of aging*, „Journal of Personality and Social Psychology” 2002, no. 83.
- Liberska H., Źródła satysfakcji z życia w starości, w: *Starość jak ją widzi psychologia. Siła umysłu w starości*, red. M. Kielar-Turska, Kraków 2019.
- Lubrańska E., Zawira E., *Wolontariat – jako przykład bycia i stawania się w starości*, „Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej” 2021, nr 1 (20).
- Marcinek P., *Funkcjonowanie intelektualne w okresie starości*, „Gerontologia Polska” 2007, t.15, nr 3.
- McClusky H.Y., *Education for Aging. The Scope and the Field and Perspective for the Future*, w: *Learning for Aging*, Adult Education Association of the U.S.A, ed. S.M. Grabowski, M.D. Mason, Washington 1973.
- Ostir G.V., Ottenbacher J.K., Markides K.S., *Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affects*, „Psychology and Aging” 2004, no. 19.
- Pikuła N., *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Kraków 2016.
- Reichard, S., Livson, F., Peterson, P., *Aging and Personality*, John Wiley and Sons, New York 1962.
- Sikora M., *Potrzeby osób starszych w kontekście procesu uczenia się*, w: *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania, trendy, metody*, red. K. Lipka-Szostak, Warszawa 2013.
- Steuken S., *Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na jaskrę*, w: *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*, red. P. Oleś, S. Steuden, J. Toczolowski, Lublin 2002.
- Steuken S., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2011.
- Straś-Romanowska M., *Człowiek stary, czyli mądry (?)*, w: *Siła umysłu w starości*, red. M. Kielar-Turska, Kraków 2019.
- Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*, Poznań 2006.
- Synak B., *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000.
- Tornstam L., *Gerotranscendence – a theory about maturing in old age*, „Journal of Aging and Identity” 1996, no. 1.
- Zych A., *Globalne starzenie się oraz potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne ludzi starych: wyzwanie dla uniwersytetów trzeciego wieku*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 2012, nr 2 (58).