

Doświadczenie depresji u osób starszych – kontekst somatyczny i społeczny. O depresji inaczej

*The experience of depression among older people
– somatic and social context. On depression from another perspective*

JOANNA ŚMIGIEL

Z Zakładu Psychologii Społecznej Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu

STRESZCZENIE. *Odwołuję się do koncepcji wyuczonej bezradności i depresji Seligmana. Seligman zakłada podobieństwo między wyuczoną bezradnością a stanem depresji psychogennej (przyczyny i symptomy). Depresja może wynikać z przekonania jednostki o braku kontroli nad zdarzeniami, wypływa z utrwalonych pesymistycznych nawyków wyjaśniania zdarzeń (atrybucja przyczyn porażek). Osoby depresyjne trafniej jednak niż niedepresyjne spostrzegają swój wpływ na rzeczywistość. Straty, ponoszone z upływem lat sprawiają, że ludzie starzy mają większe szanse na przeżywanie depresji. Otoczenie społeczne wywiera wpływ na przebieg depresji i skuteczność jej leczenia.*

SUMMARY. *The author refers to Seligman's conception of learned helplessness. Seligman assumed a similarity between learned helplessness and psychogenic depression (as regards causes and symptoms). Depression may result from the individual's belief about his/her lack of control over life events, or from his/her stable habits of pessimistic explanation of events (causal attribution of failures). However, depressive people perceive their influence on the reality more accurately than do non-depressives. Losses more and more frequent with years increase the probability of experiencing depression among older people. The social environment affects not only the course of depression, but also efficacy of its treatment.*

Słowa kluczowe: depresja / wiek podeszły / czynniki psychologiczne i społeczne
Key words: depression / old age / psychological and social factors

Depresja jest chorobą stosunkowo często pojawiającą się u osób w starszym wieku, zwłaszcza wśród kobiet. Według dość pesymistycznych szacunków psychiatrów brytyjskich występuje ona prawdopodobnie u co czwartej osoby starszej [Pitt 1986].

To, co nazywamy depresją, bywa inaczej rozumiane w różnych kulturach, inaczej też może się przejawiać. Wspomniani wcześniej psychiatrzy brytyjczyści dwukrotnie częściej niż amerykańscy (Stany Zjednoczone) stawiają w podobnych przypadkach diagnozę depresji [Czapiński 1991]. Ponadto, często depresja wydaje się przynależać do tzw. „niższych” warstw społecznych, co nie oznacza, że tak jest rzeczywiście [Pitt 1986].

W naszej kulturze depresja częściej przejawia się w kategoriach egzystencjalnych niż wśród ludów Azji, gdzie przybiera charakter bardziej somatyczny, trudności występują przy próbach tłumaczenia terminu depresja, np. w języku nigeryjskiego plemienia Joruba za najbliższy jego odpowiednik uznano zwrot „serce słabnie” [Czapiński 1991].

Istnieją zatem społeczne uwarunkowania depresji, aby je pokazać pragnę odwołać się do teorii wyuczonej bezradności sformułowanej pierwotnie przez Seligmana, rozwijanej i modyfikowanej następnie przez licznych jego kontynuatorów [Seligman 1993, Abramson, Seligman, Teasdale 1978; cyt. za Sędek 1983, 1991].

TEORIA WYUCZONEJ BEZRADNOŚCI

Klasyczne eksperymenty Seligmmana składały się z dwóch części. Pierwsza, zwana fazą treningu bezradności, polegała na angażowaniu się osoby badanej w próby rozwiązywania obiektywnie nierozwiązywalnego zadania. Okazało się, że te osoby (lub zwierzęta), w przeciwieństwie do osób, które nie odnosiły wcześniej takich porażek, nie potrafiły poradzić sobie z zadaniem, które można było rozwiązać. W wyniku ponoszonych porażek osoby te nauczyły się, że osiągnięcie przez nie pożądanego rezultatu jest poza ich kontrolą i oczekiwały, że również w przyszłości, w nowych sytuacjach, brak będzie związku między ich zachowaniem a wynikami. Inaczej mówiąc, osoby te stały się bezradne, wyuczyły się bezradności.

Na powstały zespół wyuczonej bezradności składają się deficyty: motywacyjny i poznawczy tworzące razem deficyt wykonania oraz deficyt emocjonalny. Deficyt motywacyjny polega na pojawieniu się trudności w inicjowaniu zachowań dowolnych. Na deficyt poznawczy składa się przekonanie o niekontrolowalności wyników oraz trudność nauczenia się, że w nowej sytuacji wyniki mogą już zależeć od zachowania. Deficyt emocjonalny wyraża się natomiast w wystąpieniu negatywnych stanów emocjonalnych z dominantą depresyjną. Co ciekawe, wyuczona bezradność może się pojawić również wtedy, gdy nie mamy wpływu na osiąganie sukcesów, które uzyskujemy niezależnie od naszych działań, nie występuje wtedy jednak deficyt emocjonalny, a ponadto Alloy i Abramson stwierdziły, że trudniej jest nam zauważyć brak związku gdy wygrywamy, niż wtedy gdy przegrywamy [cyt. za Abramson, Seligman, Teasdale 1978].

Część osób, nawet po przejściu treningu bezradności, nie staje się jednak bezradna. Zdaniem Abramson, Seligmmana i Teasdale'a za to zjawisko odpowiadają atrybucje przyczyn bezradności, jakich dokonuje dana osoba. Przypisywanie tych przyczyn czynnikom stabilnym, w przeciwieństwie do czyn-

ników zmiennych, odpowiada za trwałość (chroniczność) deficytów. Wymiar "atrybucje globalne-atrybucje specyficzne" odpowiada za transfer deficytów na różne sytuacje, natomiast „wymiar atrybucje zewnętrzne-atrybucje wewnętrzne” decyduje o bezradności uniwersalnej lub osobistej i determinuje intensywność deficytów. Osobista bezradność związana z przypisaniem przyczyn bezradności czynnikom wewnętrznym łączy się z obniżeniem samooceny i prowadzi do większych zaburzeń emocjonalnych niż bezradność uniwersalna.

Tym, co decyduje o możliwości powstania zjawiska wyuczonej bezradności jest jednak niemodyfikowalność i niekontrolowalność zachodzących zdarzeń. Zdaniem Sędeka i Kofty [Sędek 1991] ponoszenie porażek w realnym życiu nie musi wiązać się z obecnością nierozwiązywalnych problemów, czasem „uczmy się na błędach” i wtedy ponoszenie porażek, choć nieprzyjemne, stanowi cenną informację, czasem natomiast brak wpływu na wyniki nie musi wiązać się z otrzymywaniem informacji o niepowodzeniu. Niemodyfikowalność sytuacji i porażki nie zawsze zatem występują razem. Sędek i Kofta wykazali, że możliwe jest uzyskanie deficytów bezradności także wtedy, gdy procedura treningowa ma charakter wyłącznie poznawczy. Zjawisko bezradności polega tu nie na nieskuteczności podejmowanych działań, ale na niemożności wymyślenia sensownego programu działania. Aby powstały deficyty bezradności, człowiek musi zaangażować się intelektualnie w próby rozwiązywania nierozwiązywalnych zadań, musi też otrzymywać w trakcie prób poznawczego opanowania zadania całkowicie niespójne informacje o możliwościach jego rozwiązania. W konsekwencji narasta niepewność dotycząca tego, co robić. Przedłużająca się nieefektywna praca umysłowa prowadzi do fazy poznawczego wyczerpania, kiedy koszt wysiłku intelektualnego jest bardzo duży. W wyniku przejścia treningu bezradności powstaje zatem nie zanik aktywności, ale stan demobilizacji po-

znawczej, w którym jednostka unika wysiłku umysłowego, opierając się na starych i sprawdzonych sposobach działania. Przejście treningu bezradności nie powinno zatem wywierać wpływu na wykonanie zadań stosunkowo prostych, w których można wykonać lub unieemożliwić rozwiązywanie zadań wymagających tworzenia nowych hipotez.

Jaki jest jednak związek między wyuczoną bezradnością a depresją?

Otóż Seligman przedstawił również model depresji. Nie neguje on istnienia biologicznych podstaw depresji i jednocześnie zwraca uwagę, że symptomy charakterystyczne dla depresji o podłożu biologicznym mogą pojawiać się także w stanie wyuczony bezradności, istnieje zatem podobieństwo między wyuczoną bezradnością a depresją. Przyczyny depresji są, jego zdaniem, analogiczne do przyczyn wyuczony bezradności. Depresję zatem może powodować przekonanie jednostki, że jej działania są daremne, gdy doznaje ona porażek lub znajduje się w sytuacjach, na które nie ma wpływu. Intensywność deficytu emocjonalnego i obniżenie samooceny są tym większe im bardziej dana osoba pragnie nieosiągalnego wyniku lub im bardziej awersyjne są wyniki przez nią niepożądane, im większa jest pewność co do braku kontroli nad wynikami, może zależeć również od tego, czy jednostka spozstrzega swoją bezradność jako uniwersalną czy osobistą, a także od tego, czy porażka jest przypisywana czynnikom wewnętrznym czy zewnętrznym. Intensywność motywacyjnych i poznawczych składników depresji nie zależy jednak od tego, czy bezradność jest uniwersalna bądź osobista. Osoby dotknięte depresją często dokonują w stosunku do swoich porażek atrybucji wewnętrznych, globalnych i stałych, natomiast sukcesy przypisują czynnikom zewnętrznym, specyficznym i mniej stabilnym (zmiennym).

Trwałość i ogólność deficytów w depresji oraz jej intensywność mogą zależeć od atrybucji dokonywanych odnośnie własnej bezradności oraz od ważności wyniku. Zda-

niem Seligmana depresja wypływa zatem z utrwalonych nawyków myślenia, z pesymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń. W takim ujęciu można zatem pokusić się o zmianę tych nawyków i wyleczyć depresję. To podejście do depresji zostało nazwane terapią kognitywną.

Seligman zauważa też, że kobiety są dwukrotnie bardziej podatne na depresję, gdyż na ogół skłonne są do „przeżuwania” (ruminacji), czyli obsesyjnego analizowania niepomyślnych wydarzeń, stanu i przyczyn depresji, mężczyźni natomiast w podobnych sytuacjach skłonni są raczej działać niż myśleć, a zatem – być może – dzięki temu trudniej im znaleźć odpowiednio pesymistyczne wyjaśnienie (bo go wcale nie szukają!).

Warto w tym momencie wspomnieć, że w naszej kulturze odmiennie traktuje się sukcesy i porażki kobiet i mężczyzn, dziewcząt i chłopców, wyjaśniając wyniki kobiet w sposób, który Seligman nazwał „depresyjnym” [Aronson 1995, Seligman 1993, Strykowska 1992].

KONTROLA I POCZUCIE SPRAWSTWA

Pragnę teraz wrócić do wspomnianego wcześniej eksperymentu Alloy i Abramson nad sądami o kontroli u osób depresyjnych i niedepresyjnych. Zadaniem badanych było oszacowanie swojego wpływu na zapalenie się lampki. Okazało się, że osoby badane trafnie oceniały swój wpływ wtedy, gdy rzeczywiście miał on miejsce, natomiast w sytuacji, gdy zapalenie się lampki (sukces) nie zależało w żaden sposób od ich działań osoby depresyjne nadal trafnie szacowały swój wpływ – czyli spozstrzegały jego brak, osoby niedepresyjne – o ile częstość zdarzeń była duża – wyraźnie przeceniały swój wpływ na te zdarzenia, ulegały iluzji kontroli! Co ciekawe iluzja kontroli występowała u nich wyłącznie wówczas, gdy zapalenie się lampki oznaczało sukces, a nie niepowodzenie [cyt. za Kofta 1991].

Kofta [1991] wskazuje, że osoby niedepresyjne używają nietrafnych reguł wnioskowania

i mają trudności z dostrzeganiem braku związku między swoim działaniem a jego następstwami. Okazuje się, że mamy tendencję do tego, by w naszym umyśle przetwarzać sytuacje losowe na sprawnościowe, tj. takie, w których wynik zależy od naszego działania, zwłaszcza gdy zewnętrznie przypominają one takie sytuacje. Może dlatego wielu z nas woli wypełniać samodzielnie kupony Lotto niż korzystać z lottomatu. Tendencja do przeceniania własnego wpływu na zdarzenia łączy się z nastrojem, przy jego obniżeniu lub podwyższeniu u osób niedepresyjnych i depresyjnych odpowiednio zanika lub pojawia się iluzja kontroli.

Osoby niedepresyjne („normalne”) charakteryzuje ponadto egotyzm atrybucyjny, wyrażający się w tendencji do spostrzegania siebie i własnych działań jako przyczyny zdarzeń pozytywnych i do zaprzeczania temu, że jest się przyczyną zdarzeń negatywnych. Pacjenci depresyjni natomiast tracą tę tendencję i przypisują zdarzenia negatywne w większym stopniu samym sobie, a zdarzenia pozytywne w większym stopniu okolicznościom, niż osoby zdrowe [Kofta 1991].

Badania, w których uczestniczyli ludzie starzy wykazały również, że odczucie sprawstwa powoduje zwiększenie aktywności, poprawę stanu psychicznego i fizycznego, wzrost poczucia szczęścia, a także spadek śmiertelności [cyt. za Kofta 1991]. Truizmem będzie zatem stwierdzenie, że pragniemy znajdować się w takich sytuacjach, w których możemy dokonywać wyborów i aktywnie wywoływać zmiany w naszym otoczeniu, nie lubimy natomiast takich sytuacji i źle się w nich czujemy, gdy tego jesteśmy pozbawieni. Jest to truizmem, a jednak... Nie zawsze jesteśmy w pozycji panów, czasem odgrywamy rolę pionków.

Mówiłam dotąd o pewnych, klasycznych właściwie zjawiskach i teoriach w psychologii społecznej – o poczuciu sprawstwa i o Seligmanowskim modelu wyuczony bezradności i depresji. Takie rozumienie depresji jest odmienne od podejścia klinicznego. Niekoniecznie trzeba się z nim zgadzać;

ważne jest raczej to, czy dane stanowisko jest inspirujące. I moim zdaniem koncepcja Seligmana takie zadanie spełnia!

STARZENIE SIĘ A DEPRESJA

Niewiele mówiłam o ludziach starych. Postaram się teraz to naprawić. Nawiązując do wcześniej przedstawionych koncepcji, chciałabym wykazać, że ludzie starzy są grupą społeczną szczególnie predysponowaną do przeżywania depresji. Już Seligman zauważył, że w realnym życiu bezradność niezwykle często wywodzi się ze społecznej nieadekwatności i odrzucenia. Niestety, te dwie przyczyny nader często dotyczą ludzi starych. Liczne są straty ponoszone wraz ze starzeniem się.

Stratą, która powszechnie dotyczy ludzi starych, jest utrata pozycji społecznej związana z przejściem na emeryturę. Ponadto decyzja o dymisji jest podejmowana całkowicie arbitralnie, starzy ludzie znajdują się zatem w roli pionków, mających jedynie kontrolę poznawczą (wiedzą, kiedy to nastąpi), ale nie behawioralną (nie mają żadnego wpływu na decyzję o opuszczeniu miejsca pracy lub wpływ ten jest bardzo niewielki).

Przejściu na emeryturę towarzyszy utrata dotychczasowej pozycji społecznej i zawodowej i związanych z nią ról i statusu, a także utrata członkostwa w dotychczasowej grupie społecznej. W przeciwieństwie do poprzednich okresów życia straty ponoszone na starość są głównie nieodwracalne i nie są zastępowane czymś innym [Rosov 1985]. Normy, które dotąd regulowały zachowanie ludzi starych stopniowo zanikają. Utrata dotychczasowych statusów nie pozwala ludziom starym na wyraźne ustrukturuwanie życia, a ich zobowiązania i odpowiedzialność, nawet jeśli zaliczymy ich do grupy starych, są minimalne. Pozycja osób w starszym wieku nie łączy się z pozycją żadnej grupy [Rosov 1985], wzmocnienia, które dotąd zależały od zachowania danej jednostki, stają się niekontrolowane.

Odejście na emeryturę w społeczeństwie, którego celem jest praca i osiągnięcie sukcesów, utrudnia lub wręcz uniemożliwia ludziom starzym osiągnięcie cenionych wartości. Emeryt traci większość spośród kulturowo uznanych sposobów osiągania społecznie aprobowanych celów. Niedostępność zinstytucjonalizowanych środków i odległość kulturowo uznanych celów sprawia, że ludzie starzy mają bardzo niewielkie możliwości działania, odpowiednie dla nich normy są zbyt ogólne, by mogły stanowić regulator ich zachowania, a zatem można mówić o obejmującej ich sytuacji anomii w rozumieniu Mertona [1982]. Anomia wymaga wyboru indywidualnego przystosowania, z których to ludzi starych dotyczy zwłaszcza wycofanie z życia społecznego, łączące się zarówno z zarzuceniem celów sukcesu, jak i dostępnych sposobów ich osiągania. Z wycofaniem wiąże się życie na marginesie społeczeństwa, sfrustrowania, bierność i bezradność [por. Śmigiel – w druku].

Kolejne nieprzyjemne doświadczenie ludzi starych wiąże się z panującymi uprzedzeniami – agizmem (ang. *ageism*) i antyagizmem (ang. *anti-ageism*), wyrażającymi się w traktowaniu ludzi starych jako homogenicznej grupy i podkreślaniu zwłaszcza negatywnych aspektów starzenia się. Agizm pociąga za sobą dyskryminowanie ludzi starych jako całej grupy społecznej, odmawia im prawa do szacunku i dostępu do przywilejów, które są udziałem innych osób [Coupland, Coupland 1990, 1993].

W miarę upływu lat towarzystwo ludzi starych staje się coraz mniej liczne. Ich rówieśnicy coraz częściej chorują i umierają, pojawia się zatem problem samotności. Poza tym nie zawsze stan zdrowia danej osoby w starszym wieku umożliwia jej utrzymywanie kontaktów towarzyskich na dotychczasowym poziomie, a czasem praktycznie je uniemożliwia. Niekorzystne zmiany w stanie zdrowia w połączeniu z niedostatecznymi dochodami mogą zmuszać ludzi starych do korzystania z opieki i pomocy innych osób lub instytucji i w konsekwencji prowadzić

do uzależnienia. To uzależnienie bywa potęgowane przez nieumiejętne działanie ze strony otoczenia [Pitt 1986].

Przedstawiłam tutaj raczej nieprzyjemny obraz starzenia się, obraz wynikający z niekorzystnych uwarunkowań społecznych i somatycznych. Utrata pozycji społecznej, spadek sił fizycznych sprzyjają utracie kontroli nad wieloma zdarzeniami, nie tylko społecznymi, czasem też – w wyniku choroby – następuje utrata kontroli nad dotychczas jej podlegającymi funkcjami organizmu. Percepcja tego braku kontroli, trudność, a czasem niemożność wywierania wpływu na wyniki i atrybucja przyczynowa decydują o pojawieniu się deficytów bezradności i o trwałości tych deficytów.

KOLORYT DEPRESJI

Nie chcę tu sugerować, że depresja w okresie starzenia się wynika wyłącznie ze spostrzegania własnej bezradności czy niemocy. Etiologia depresji odwołuje się do dwóch rodzajów przyczyn – somatycznych i psychospołecznych [Bilikiewicz 1987]. Wyróżniamy zatem różne rodzaje depresji: psychogenne, endogenne i somatogenne [Bilikiewicz 1987]. Depresje psychogenne, tj. depresje reaktywne, będące, zdaniem Pitta [1986], prawidłową reakcją na klęski życiowe, depresje z wyczerpania i depresje nerwicowe, będą mieściły się w modelu Seligmanowskim, choć niekontrolowalność zdarzeń, będących przyczyną depresji reaktywnych, będzie polegać raczej na ich nagłości, nieprzewidywalności i traumatyczności. Wszystkie te depresje, tak uwarunkowane wewnątrznie, jak i zewnątrznie, będą jednak mieć pewien wspólny mianownik. Tym mianownikiem jest koloryt depresji. Opisywany jest on w ciemnych barwach, szarości i czerni; łączy się z nim uczucie smutku, nieokreślony zwykle lęk, zahamowanie i ciężkość bądź rozdrażnienie i niepokój, poczucie pustki, bezsensu i samotności, opuszczenia, poczucie winy i krzywdy, a także agresja (którą próbuje się wypierać),

gniew i wściekłość, bezwład i bezradność [Aalberse 1992, Kępiński 1993]. Poza tym nawet depresja o podłożu głównie somatycznym będzie miała odmienny przebieg, nie tylko w zależności od prawidłowej diagnozy i terapii, ale też w zależności od wpływu otoczenia, w jakim chora osoba aktualnie się znajduje, w jakim przebywała i do jakiego wróci. Jeżeli to otoczenie będzie sprzyjające, przebieg depresji u starego człowieka będzie łagodniejszy i rokowania bardziej pomyślne.

TROCZĘ OPTYZMU

Ludzie starzy są grupą, w której prawdopodobieństwo ujawnienia się depresji jest znaczne. Decydują o tym liczne czynniki psychologiczne, społeczne i biologiczne, towarzyszące starzeniu się ciała. Większość jednak osób w starszym wieku nie jest dotknięta depresją. Pozwolę sobie tutaj zacytować słowa Kępińskiego: „Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najlepszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje się prawdziwy smak życia, a to, co się w ciągu życia przeżyło daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może” [Kępiński 1992, s. 278].

Potwierdzenie dla tych osób stanowi także psychospołeczna teoria rozwoju Eriksona [1963], w myśl której w okresie starzenia rozgrywa się kryzys między integralnością a rozpaczą. Integralność oznacza zdolność do syntezy doświadczeń i dotychczasowych dokonań, a wyraża ją poczucie spełnienia własnego ja, akceptacja siebie samego i swego życia. Rozwiązanie kryzysu po stronie rozpaczki oznacza nasilenie się frustracji i strach przed śmiercią lub paradoksalne jej pragnienie, wynikające z przekonania, że za późno już na zmianę swego życia, które i tak nie ma sensu. Ze starcia między integralnością a rozpaczą rodzi się mądrość, pozwalająca zaprezentować młodemu swój styl życia charakteryzujący się poczuciem pełni,

rozwijają się też twórcze ego, wyznaczające i dynamizujące funkcjonowanie jednostki.

Życzę nam wszystkim twórczego rozwiązania ostatniego, ósmego stadium Eriksonowskiego po stronie integralności.

PIŚMIENNICTWO

1. Aalberse M.: Trwoga gruntowania i „noc ciemna” duszy. W: Santorski J. (red.): Depresja, esencja i ciało. Jacek Santorski & Co., Warszawa 1992.
2. Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D.: Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J. Abnorm. Psychol.* 1978, 87, 1, 49–74.
3. Aronson E.: Człowiek istota społeczna. PWN, Warszawa 1995.
4. Bilikiewicz A.: Leczenie wybranych objawów i zespołów psychopatologicznych (psychiatryczna pomoc doraźna). W: Bilikiewicz A. (red.): Zarys metod leczenia w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1987.
5. Coupland N., Coupland J.: Language and later life. W: Giles H., Robinson W.P. (red.): Handbook of language and social psychology. John Wiley & Sons Ltd., Chichester 1990.
6. Coupland N., Coupland J.: Discourses of ageism and anti-ageism. *J. Aging Studies* 1993, 7, 3.
7. Czapiński J.: Szczęście – złudzenie czy konieczność. W: Kofta M., Szustrowa T. (red.): Złudzenia, które pozwalają żyć. PWN, Warszawa 1991.
8. Erikson E.: Childhood and society. W.W. Norton & Co. Inc., New York 1963.
9. Kępiński A.: Rytm życia. Sagittarius, Warszawa 1992.
10. Kępiński A.: Melancholia. Sagittarius, Warszawa 1993.
11. Kofta M.: Człowiek jako przyczyna zdarzeń. W: Kofta M., Szustrowa T. (red.): Złudzenia, które pozwalają żyć. PWN, Warszawa 1991.
12. Merton R.K.: Teoria socjologiczna i struktura społeczna. PWN, Warszawa 1982.
13. Pitt B.: Psychogeriatrics. Wprowadzenie do psychiatrii wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1986.
14. Rosov J.: Status and role change through the life cycle. W: Binstock R.H., Shanahan E.

- (red.): Handbook of aging and the social sciences. Van Nostrand Reinhold Co., New York 1985.
15. Seligman M.E.P.: Optimizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. Media Rodzina of Poznań, Poznań 1993.
 16. Sędek G.: Wyuczona bezradność. W: Gliszczyńska X. (red.): Człowiek jako podmiot życia społecznego. Ossolineum, Wrocław 1983.
 17. Sędek G.: Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? W: Kofta M., Szustrowa T. (red.): Złudzenia, które pozwalają żyć. PWN, Warszawa 1991.
 18. Strykowska M.: Psychologiczne mechanizmy zawodowego funkcjonowania kobiet. Wyd. Nauk. UAM, Poznań 1992.
 19. Śmigiel J.: Starzenie się jako problem społeczny. W: Miluska W. (red.): Psychologia rozwiązywania problemów społecznych (w druku).

*Adres: Dr Joanna Śmigiel,
ul. Dzieci Wrzesińskich 1/5, 66-400 Gorzów Wlkp.*