

## **Patologiczna żałoba w standardowych systemach klasyfikacyjnych oraz dotyczące jej implikacje prewencyjne przy wykorzystaniu Berlińskiego Paradygmatu Mądrości**

### **Pathological grief in standard classification systems and its prevention implications according to the Berlin Wisdom Paradigm**

Małgorzata S t a r z o m s k a

Z Katedry Psychopatologii i Psychoterapii  
Wydziału Psychologii UW

#### **Summary**

The article emphasizes the place of pathological grief in psychiatric classification systems and suggests the need to precisely conceptualize pathological grief and diagnostic criteria which differentiate pathological bereavement from Major Depression and from “normal” mourning. In addition the article presents results of the Berlin Wisdom Paradigm Research and suggests possibilities of using these results in pathological grief prevention. Finally the article describes difficulties in therapeutic work with people who suffer from such a human condition as mourning

*Słowa klucze:* patologiczna żałoba, mądrość, prewencja

*Key words:* pathological grief, wisdom, prevention

#### **Miejsce patologicznej żałoby w systemach klasyfikacyjnych**

Emocjonalna reakcja na utratę bliskiej osoby wiąże się ze wzrostem ryzyka zaburzeń psychicznych i rozmaitych somatycznych dolegliwości. W niektórych przypadkach może ona być tak intensywna i długotrwała, że odpowiada kryteriom niektórych chorób psychicznych w DSM-IV czy ICD-10. Czy zatem patologiczna żałoba powinna zostać włączona do powyższych systemów klasyfikacyjnych jako odrębna jednostka chorobowa? W literaturze psychiatrycznej istnieje stosunkowo mało dyskusji nad rozwiązaniem tego pozornie tylko nozologicznego problemu. Najważniejsze pytania otwierające drogę do dyskusji brzmią następująco:

- Jak zdefiniować patologiczną żałobę?
- Jakie jest najważniejsze kryterium przesądzające o patologii żałoby?
- Czy patologiczną żałobę należałoby opisywać w ramach szerszej kategorii, na przykład chorób afektywnych, czy też należałoby ją rozpatrywać w kontekście tylko

i wyłącznie żałoby?

Freud [1] stwierdził: „Warto podkreślić, że jakkolwiek żałoba powoduje znaczne odejście od normalnych postaw wobec życia, to nigdy nie traktujemy ich jako patologicznych i nie leczymy ich. Ufamy, że stan minie po pewnym czasie, a jakiegokolwiek interwencje uważamy za zbędne lub wręcz szkodliwe” (s. 28–29). Niestety, mimo że badacze żałoby zakwestionowali użyteczność jej potocznych określeń, które poddał pod rozwagę Freud, nadal trudno jest sprecyzować kryteria diagnostyczne patologicznej żałoby oraz określić jej miejsce w systemach klasyfikujących zaburzenia psychiczne.

Dowodem na niedostatek badań nad patologiczną żałobą jako kategorią diagnostyczną jest jej obecna pozycja we współczesnych standardowych systemach diagnostycznych, na przykład w czwartej edycji „Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych” z 1994 roku [2]. Mimo tego, że wielu autorów sugeruje rozpatrywanie żałoby jako odrębnej kategorii diagnostycznej, stwierdzając, iż patologiczna żałoba jest wielowymiarowym fenomenem, który zasługuje na odrębne miejsce w strukturach diagnostycznych [2, 4, 5], w DSM-IV [2] została ona, po wyłączeniu zarówno z kategorii wielkiej depresji (Major Depression), jak i zespołu stresu pourazowego (Post-traumatic stress disorder – PTSD), zaliczona do osi V, obejmującej te stany, które „obecnie nie należą do zaburzeń psychicznych, ale stanowią przedmiot zainteresowania lub postępowania terapeutycznego” (s. 675). Do tej grupy oprócz żałoby zalicza się między innymi: trudności szkolne, problemy związane z pracą, problemy małżeńskie, brak zgody na określone postępowanie medyczne.

### **Patologiczna żałoba i depresja**

Częściowo objawy żałoby przypominają te cechujące wielką depresję. Są to na przykład: poczucie smutku, bezsenność, brak apetytu, spadek wagi ciała. Na przykład Pużyński [6] zaliczył żałobę do grupy depresji reaktywnych, wskazując jednocześnie na jej procesualny przebieg (wyróżnia się tu następujące etapy żałoby: okres odrętwienia, okres żalu i złości oraz ostatni etap – depresyjny). Stwierdza, że gdy depresja w reakcji żałoby przedłuża się, może osiągnąć poziom obserwowany w depresji endogennej. Jednak DSM-IV [2] wyraźnie określa granicę między wielką depresją a żałobą w następujący sposób: „Po utracie kogoś kochanego, nawet jeśli depresyjne symptomy trwają długo i spełniają kryteria wielkiej depresji, powinny być przypisane raczej patologicznej żałobie niż epizodowi depresyjnemu, jeśli nie trwają dłużej niż dwa miesiące i o ile nie pojawiają się następujące objawy: poczucie beznadziejności, myśli samobójcze czy spowolnienie psychoruchowe” (s. 60). Intencją autorów DSM-IV, mówiących o dwumiesięcznej „normalności” żałoby, według Stroebe i współautorów [5] było podkreślenie, że jej symptomy osiągające poziom wielkiej depresji dopiero wówczas wymagają interwencji klinicysty, gdy czas ich trwania przekracza dwa miesiące. Przez dwa miesiące żałobę, która przejawia wszystkie cechy wielkiej depresji, można uważać za wyraz naturalnego bólu po stracie kochanej osoby.

Według DSM-IV [2] „obecność pewnych symptomów, które nie są charakterystyczne dla normalnej żałoby, może być pomocna w rozróżnianiu między żałobą a wielką depresją. Są to: poczucie winy odczuwane z powodu wykonania lub niewykonania

pewnych działań w momencie śmierci bliskiej osoby, myśli o śmierci (że powinno się umrzeć samemu lub razem z tą osobą), poczucie bezwartościowości, przedłużające się i wyraźne zaburzenia funkcjonowania, spowolnienie psychoruchowe, halucynacje o innej treści niż słyszenie głosu lub widzenie postaci zmarłego. Jednak, jak twierdzą Stroebe i współautorzy [5], powyżej zacytowana część DSM-IV jest niejasna, mianowicie nie precyzuje się w niej, czy objawy takie jak spowolnienie psychoruchowe albo zaburzenia funkcjonowania bardziej mają charakteryzować depresję czy patologiczną żałobę. Freud [1] twierdził w swojej pracy *Żałoba i melancholia*, iż depresję i żałobę dzieli tylko obniżenie poczucia wartości cechujące tę pierwszą. Niewątpliwie niejasności DSM-IV w zakresie diagnozy różnicowej patologicznej żałoby uniemożliwiają rozpoznanie tego zaburzenia.

### Spory co do kryteriów diagnostycznych patologicznej żałoby

Poza niejasnościami dotyczącymi miejsca żałoby w systemach diagnostycznych oraz różnicowania żałoby od wielkiej depresji, w literaturze przedmiotu pojawiają się dodatkowo różnice poglądów między badaczami utrudniające opracowanie jasnych kryteriów patologicznej żałoby.

Po pierwsze – brak jest jednomyślności badaczy co do definicji żałoby. Middleton i wsp. [3] zwracają uwagę, że o ile normalna żałoba jest dobrze zdefiniowana, inaczej jest z żałobą patologiczną. Wśród określeń, odróżniających patologiczną żałobę od żałoby normalnej, spotyka się następujące przymiotniki: nieobecna, nienormalna, chorobliwa, dezadaptacyjna, atypowa, zaburzona, nie rozwiązana, neurotyczna, dysfunkcyjna, chroniczna, przewlekła, zahamowana. Patrząc na te różnorodne określenia, można spostrzec ukryte w nich różnorodne definicje patologicznej żałoby. Dużo informacji o normalnej żałobie wnosi psychoonkologia. Jak wiadomo, personel na oddziałach onkologicznych zajmuje się nie tylko umierającym pacjentem, ale także przygnębią procesem umierania i atmosferą śmierci rodziną [7, 8].

Po drugie – jest wiele różnych koncepcji na temat patologicznej żałoby. Niektórzy badacze rozpatrują ją w kategoriach skrajnego stresu. Głównym przedstawicielem tej koncepcji jest Horowitz. Zgodnie z nią, patologiczna żałoba jest następstwem pełnego stresu wydarzenia życiowego, które może przerastać możliwości radzenia sobie z nim człowieka. Według Horowitza patologiczna żałoba powinna być uznana za jeden ze stresorów w zmodyfikowanym układzie symptomów PTSD [9]. Inni badacze, jak Clayton [10], rozpatrują ją w kategoriach depresji i skupiają się na emocjonalnej reakcji w postaci depresji, będącej następstwem specyficznego wydarzenia życiowego, jakim jest śmierć bliskiej osoby. Według Clayтона różnica między patologiczną żałobą a wielką depresją polega na tym, że w żałobie występuje mniejsza niż w wielkiej depresji liczba symptomów, poza tym, o ile osoba w żałobie często przygotowana jest na to, że będzie smutna i czuje, że jest to zgodne z jej osobowością, o tyle pacjent z wielką depresją czuje się odmieniony na gorsze przez chorobę. Ponadto Clayton zwraca uwagę, że antydepresanty nie są skuteczne w leczeniu patologicznej żałoby [10]. Jak już zostało wspomniane, DSM-IV wyraźnie rozgranicza objawy depresji i patologicznej żałoby. Poza dwiema wyżej wymienionymi teoriami, istnieją jeszcze

inne konceptualizacje patologicznej żałoby. Wielokrotnie była ona opisywana w kategoriach psychodynamicznych jako tłumiona tęsknota, zaprzeczanie, obwinianie siebie. Ponadto określano ją jako rezultat zniekształceń poznawczych na temat bliskich postaci, a także następstwo zależności, w której brak było poczucia bezpieczeństwa. Te różne konceptualizacje patologicznej żałoby potwierdzają, że wymaga ona rzetelnej i wielowymiarowej systematyzacji w kolejnym wydaniu DSM [5].

Po trzecie – istnieją spory co do granic między „normalną” a „patologiczną” żałobą. Należy tu odpowiedzieć na pytanie, czy niepatologiczna żałoba zmienia się w patologiczną, gdy osiągnie głębokość wielkiej depresji czy PTSD? Oczywiście biorąc pod uwagę klasyfikację DSM-IV, nie można mówić o zaliczaniu patologicznej żałoby do którejkolwiek z powyższych jednostek. Problematicznym kryterium odróżniającym patologiczną żałobę od niepatologicznej jest czas jej trwania. Krótka żałoba nie musi oznaczać braku patologii. Innym problematycznym kryterium dystynktywnym jest zjawisko przepracowywania żałoby. Chociaż wielu badaczy stwierdza, że taki proces nie jest obecny w patologicznej żałobie, to jednak ostatnie badania wykazały, że adaptacyjne procesy obejmują więcej skomplikowanych zjawisk psychicznych niż przepracowywanie żałoby. Także w odróżnianiu wyżej wymienionych dwóch typów żałoby wydaje się zawodzić stwierdzenie, że patologiczna żałoba powoduje dysfunkcje społeczne. Przede wszystkim, przy rozważaniu tego kryterium nie brano pod uwagę, że taka dysfunkcja może być adaptacyjną reakcją na stratę i że przy pomocy przyjaciół, rodziny oraz rozmaitych organizacji osoba w żałobie może wrócić do funkcjonowania w społeczeństwie [5]. Stwierdzenie, że żałobę można uznać za patologiczną w momencie, gdy symptomatologia osiągnie poziom zaburzenia psychicznego, na przykład wielkiej depresji, zamykać może perspektywy badań nad patologiczną żałobą jako odrębnym zaburzeniem psychicznym.

Wydaje się, że rozważania nad symptomatologią żałoby bardziej zmerają do „uczenia się reagowania na wiadomość o śmierci bliskiej osoby” [5, s. 60]. Być może w chwili, gdy nie istnieją jeszcze jasne kryteria diagnostyczne patologicznej żałoby, takie rozważania są optymalnym kierunkiem badań. W niniejszym artykule wskazana zostanie jedna z takich możliwości: wykorzystanie paradygmatu mądrości do zapobiegania ostrym przejawom patologicznej żałoby.

Nie można zapominać, że gdyby żałoba została włączona jako odrębna kategoria do systemów klasyfikujących zaburzenia psychiczne, zwiększyłyby się perspektywy dalszych badań nad nią, wzrosłaby również liczba instytucji wspierających psychologicznie osoby, które nie radzą sobie z żałobą. Jednakże istnieje niebezpieczeństwo, że bez podstawy w postaci wyników systematycznych i pogłębionych badań nad zjawiskiem żałoby i nad granicami między patologią a normą w żałobie, patologiczna żałoba zostanie włączona w system klasyfikacyjny i jej miejsce w nim nie będzie podlegało zmianie przez długie lata. Nasuwa się tu konkluzja, że potrzeba dalszych rzetelnych badań nad patologiczną żałobą, aby móc włączyć ją w system klasyfikacyjny jako odrębną jednostkę.

### **Berliński Paradygmat Mądrości**

Teoria określana mianem Berlińskiego Paradygmatu Mądrości (Berlin Wisdom Paradigm) została stworzona przez Paula B. Baltesa i Ursulę M. Staudinger, prowadzących badania w Centrum Badań nad Psychologią Przebiegu Życia w Max Planck Institute w Berlinie [11–13].

Chociaż temat mądrości był poruszany przez filozofów od tysięcy lat, psychologiczne koncepcje mądrości zaczęły się rozwijać dopiero w latach 80. w ramach tzw. pozytywnej psychologii [14, 15].

Mądrość jest uważana za szczyt umiejętności wglądu w sens ludzkiej kondycji i głębokiej wiedzy na temat sposobów prowadzenia dobrego życia oraz na temat końca ludzkiego życia [13]. Wśród teorii mądrości wyróżnia się te opisujące ją *implicite* oraz *explicite* [11, 13].

- Teorie *implicite* są związane z potocznymi opisami, które zainicjował w 1980 roku Clayton [16], badając osoby powszechnie uznawane za mądre. Według tych teorii mądrość różni się od takich cech, jak inteligencja społeczna, dojrzałość oraz twórczość, i jest oceniana jako wyjątkowy poziom ludzkiego funkcjonowania. Mądrość jest takim stanem umysłu i zachowania, w którym zauważa się koordynację i równowagę intelektu, emocji i motywacji. Mądrość jest także związana z wysokim stopniem osobowych oraz interpersonalnych kompetencji, takich, jak umiejętność słuchania, oceniania i doradzania. Mądrość zawsze wiąże się z dobrymi intencjami, które dotyczą zarówno własnego funkcjonowania, jak i dobra innych. Baltes wyróżnia następujące cechy mądrości. Mądrość stanowi najwyższy poziom wiedzy, oceniania oraz porad, obejmujący ważne i trudne pytania oraz poglądy na temat przebiegu i znaczenia życia. Ważne w mądrości jest, że obejmuje ona także wiedzę na temat granic wiedzy oraz niepewności różnych rzeczy w życiu. Mądrość to także wiedza o niezwykłym zasięgu, głębokości, wymiarze i pełna równowagi. Jest to również perfekcyjna synergia umysłu i charakteru, czyli zharmonizowanie wiedzy i przymiotów charakteru. Ponadto mądrość stanowi wiedzę służącą dobremu funkcjonowaniu – nas oraz innych [11, 13].
- Teorie *explicite* na temat mądrości dotyczą poznawczych i behawioralnych przejawów mądrości oraz zajmują się jej operacjonalizacją, ale przede wszystkim odnoszą się do konceptualizacji mądrości jako specjalistycznego systemu znaczenia i przebiegu życia [11–13]. Berliński Paradygmat skupiający się na mądrości jako doskonałości opiera się na takim rozumieniu mądrości.

Według Berlińskiego Paradygmatu Mądrości istnieje pięć kryteriów rozpoznawania mądrości.

Po pierwsze – mądrość cechuje głęboka teoretyczna wiedza na temat fundamentalnych praw życia dotyczących rozwoju człowieka, norm społecznych, kryzysów w życiu człowieka etc. Po drugie – cechuje ją głęboka wiedza praktyczna w tym zakresie, a zatem znajomość różnych strategii pomocnych w pojmowaniu znaczenia i przebiegu życia, w radzeniu innym, w wazeniu i strukturalizowaniu celów życiowych, radzeniu sobie z konfliktami i decyzjami. Jest to także umiejętność znajdowania alternatywnych rozwiązań w nieoczekiwanych sytuacjach. Po trzecie – mądrość cechuje kontekstualizacja różnych wydarzeń w życiu. Po czwarte – cechuje ją relatywizm wartości

uznawanych przez jednostki i społeczeństwo, a także troska o powszechne dobro. Po piąte – mądrość cechuje świadomość niepewności i pokonywanie jej. Niepewność ta dotyczy przetwarzania przez ludzi informacji, które zmienia pierwotny sens, a także tego, że jednostki mają dostęp tylko do części rzeczywistości, a przyszłość nigdy nie może być w pełni odkryta [12].

### **Berliński Paradygmat Mądrości w zapobieganiu ostrym przejawom patologicznej żałoby**

Jak wspomniano wyżej, mądrość jest związana z poczuciem relatywności różnych dóbr oraz niepewności. W okresie (zwłaszcza początkowym) żałoby osoba, która ją przeżywa, ma poczucie utraty wartości, jaką jest życie drugiego człowieka. Niewątpliwie styka się ona ze względnością ludzkiego życia. Taki człowiek ma już wiedzę na temat praw życia i śmierci, a zwłaszcza na temat nieuchronnego kresu życia. Można by zasugerować hipotezę, iż normalna żałoba może ulec zaostrzeniu w warunkach, gdy człowiek ją przeżywający nie jest przygotowany „konstytucjonalnie” do jej przyjęcia i radzenia sobie z nią. Takie „nieprzygotowanie” oznacza przede wszystkim brak dystansu do bezlitosnych praw natury takich, jak kruchość i krótkotrwałość życia. Niewątpliwie kontekstualizacja zdarzenia, jakim jest śmierć bliskiej osoby, zrozumienie, że jest ona, tak jak narodziny – fundamentalnym prawem natury, że naturalne są wtedy chwile żałoby, wiedza na temat kryzysów i znajomość różnych strategii ułatwiających pojmowanie znaczenia i sensu życia mogłyby okazać się cechami pomocnymi w złagodzeniu cierpienia żałoby. Działaniem prewencyjnym mogłaby być edukacja społeczeństwa – na przykład ograniczenie warsztatów prowadzonych przez osoby, które spełniają kryteria paradygmatu mądrości, a jednocześnie same przeżyły stratę bliskiej osoby.

### **Zakończenie**

Żałoba jest terminem, który, w równej mierze, przynależy tak do obszaru badawczego psychologii i psychiatrii, jak i filozofii. W odróżnieniu od depresji czy schizofrenii, dotyka ona wcześniej czy później wszystkich ludzi. Ta różnica stała się przyczyną wielu oporów i trudności w szukaniu miejsca żałoby we współczesnych systemach diagnostycznych. Mimo, a może i z powodu jej powszechności, rozpoznawanie przez psychiatrę, czy przekroczyła ona granicę patologii, następuje wiele trudności. Co za tym idzie – trudna jest odpowiedź na pytanie, kiedy leczyć żałobę, innymi słowy mówiąc, kiedy uznać ją za „nadającą się” do leczenia?

Koncepcja, którą stworzyła grupa naukowców z Max Planck Institute z Berlina, umożliwia opracowanie klarownego programu zapobiegającego patologicznej żałobie. Berliński Paradygmat Mądrości stworzony przez Baltesa i jego współpracowników pomaga zrozumieć psychologiczne uwarunkowania żałoby, a przede wszystkim czynniki mogące chronić jednostkę przed patologicznym obniżeniem nastroju w jej przebiegu. Mądrość, która według Berlińskiego Paradygmatu Mądrości objawia się świadomością ograniczeń człowieka, w tym jego śmiertelności, tolerancją niepewności, pomaga w radzeniu sobie z pogarszającym się samopoczuciem psychicznym po śmierci bliskiej osoby. Każda przeżywana żałoba może z kolei wzmacniać siły człowieka, który

w coraz większym stopniu spostrzega, że oplakiwanie jest nierozzerwalnie związane z kondycją ludzką, a nawet przynależne do niej; Kramer [17] określa tę świadomość jako dojrzewającą inteligencję. Paradoksalnie, ciemna strona ludzkiej egzystencji, jaką jest żałoba, staje się postulatem psychologii pozytywnej, która wskazuje nie tylko na zaburzenia człowieka, ale i na pokłady sił, które umożliwiają mu pokonanie tego, niestety, nieuniknionego w ludzkim życiu, bólu.

**Đřňñēiāč=łñęćē ņđród ā ņňřřāđđňiāúó ěřňñćóćęřōćiiúó ņćňñłěró,  
ř ņřęćł ĩňňň ũćłń ě iěě đđlāóđđlćārťúćł ěó ěđđěćęřōćē  
đđē ěđđiēüćārīćē Āłđēćiņēiāi đđřāčāēřňř ēóāđiňňē**

#### Niālćęřł

Ńňňmü' ņňřđřłłň' idđlālěćňü ēłňňi āćřāiňňē=łñęćē ěřňłāiđćē „ňđród” ā đđćóćřňđē=łñęćō ěřňñćóćęřōćiiúó ņćňñłěró ě ņóāāłđćółđ ĩđ'ĩđłāiňňü āiđđiēćňłēüiāi idđlālēłē' āćřāiňňē=łñęćō đđēćęřňłēłē đđñēiāč=łñęćiāi ņđródř, ř ņřęćł āćóółđiōćēřēüiúó đđēćęřňłēłē đđñēiāč=łñęćiāi ņđródř ĩň āiēüřīē āłđđłłňćē ě ĩň „iđēřēüiāi” idēřęćārīćē ōēłđřłāi. Ęđēł ņiāi, ā ņňřňüł đđłāňňřāēłiū đłćō-ēüňňü ěňñēłāiāřīćē iřā Āłđēćiņēē đđřāčāēřňřē ēóāđiňňē ě ōēřęřīćē iř āićēićiňňü ěđđiēüćārīćē đłćōēüňňiā ŷňēō ěňñēłāiāřīćē ā đđlāóđđlćārťúćł đđñēiāč=łñęćiāi ņđródř. Ā đđñēłāiē řřňňē ņňřňüć đđłāňňřāēłiř ņóāāłłňē iř ņłēó ņđóāiňňē ā ņłđřđłāňē=łñęćē đđāiđł ĩ ēćōřēć, đđlćēārťúćē ĩřęćł =łēiāł=łñęćł ĩňňňi' ićł, ěřęćē 'āē' łňň' idēřęćārīćēl āēćęćiāi =łēiāłēř.

### Pathologische Trauer in standarden Klassifizierungssystemen und ihre Vorbeugungsimplikationen bei der Anwendung von Berliner Weisheitsparadigma

#### Zusammenfassung

Der Artikel bestimmt die diagnostische Kategorie „Trauer“ in den psychiatrischen Klassifizierungssystemen und zeigt auf die Notwendigkeit, die diagnostischen Kriterien der pathologischen Trauer und die Kriterien, die pathologische Trauer von der großen Depression und von „der normalen Trauer“ unterscheiden, näher zu bestimmen. Außerdem bespricht der Artikel die Ergebnisse der Forschungen an dem Berliner Weisheitsparadigma und zeigt auf die Möglichkeit der Ausnutzung dieser Ergebnisse in der Vorbeugung der pathologischen Trauer. Der Artikel beschreibt zum Schluss die Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit mit den Personen, die mit diesem menschlichen Zustand, wie die Trauer um die nächste Person, betroffen sind.

### Le deuil pathologique dans les systèmes standardisés de classification et ses implications préventives liées avec le Berlin Wisdom Paradigm

#### Résumé

L'article présente la position d'une catégorie diagnostique «deuil» dans les systèmes psychiatriques de classification et suggère la nécessité de préciser les critères du deuil pathologique et des critères de différenciation de ce deuil pathologie et de la grande dépression et du deuil «normal». L'auteur décrit encore les recherches concernant le Berlin Wisdom Paradigm et indique les possibilités de profiter de ces recherches pour la prophylaxie du deuil pathologique. L'article finit par la description des difficultés thérapeutiques liées avec la thérapie des personnes souffrant du deuil, état lié avec la condition humaine.

#### Piśmiennictwo

1. Freud S. *Żałoba i melancholia*. W: Walewska K, Pawlik J, red. *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1992, s. 28–41.

2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4 edition). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
3. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. *The bereavement response: A cluster analysis*. Brit. J. Psychiatry. 1996; 169: 167–171.
4. Prigerson H, Shear K, Newsom J, Frank E, Reynolds C, Maciejewski P, Houck P, Bierhals A, Kupfer D. *Anxiety among widowed elders. Is it distinct from depression and grief?* Anxiety 1996; 2: 1–12.
5. Stroebe M, van Son M, Stroebe W, Kleber R, Schut H, van den Bout J. *On the classification and diagnosis of pathological grief*. Clin. Psychol. Rev. 2000; 20, 1: 57–75.
6. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: PZWL; 1988.
7. Chochinow HM, Holland JC, Katz Y. *Bereavement: A special issue in oncology*. W: Holland JC, red. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press; 1998, s. 1016–1032.
8. Hoekstra-Weebers JE, Jaspers JP, Kamps WA, Klip C. *Risk factors for psychological maladjustment of parents of children with cancer*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. 1999; 38, 12: 1526–1535.
9. Horowitz M, Bonanno G, Holen A. *Pathological grief: Diagnosis and explanation*. Psychosom. Med. 1993; 55: 260–273.
10. Clayton PJ. *Bereavement and depression*. J. Clin. Psychiatry. 1990; 51: 34–40.
11. Baltes PB, Gluck J, Kunzmann U. *Wisdom: Its structure and function in regulating successful lifespan development*. W: Snyder CR, Lopez SJ, red. *The handbook of positive psychology* [w druku].
12. Baltes PB. *On the incomplete architecture of human ontogeny*. Amer. Psychol. 1997; 52,4: 366–380.
13. Baltes PB, Staudinger UM. *Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence*. Amer. Psychol. 2000; 55, 1: 122–136.
14. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology: An introduction*. Am. Psychol. 2000; 55: 5–14.
15. Snyder CR, McCullough E. *A positive psychology field of dreams: If you build it, they will come*. J. Soc. Clin. Psychiatr. 2000; 19: 151–160.
16. Clayton VP, Birren JE. *The development of wisdom across the lifespan: A reexamination of an ancient topic*. W: Baltes PB, Brim JOG, red. *Life-span development and behavior*. New York: Academic Press; 1980, s. 103–135.
17. Kramer DA. *Wisdom as a classical source of human strength: Councptualization and empirical inquiry*. J. Soc. Clin. Psychiatr. 200; 19: 83–101.

Otrzymano: 15.02.2001

Zrecenzowano: 5.03.2001

Przyjęto do druku: 3.10.2001

Adres: 03-741 Warszawa  
ul. Białostocka 24/98