

EMILIA MODZELEWSKA, ŁUCJA DOMAŃSKA

Depresja i poczucie koherencji u osób z chorobą Parkinsona

Depression and feeling of coherence in patients with the Parkinson's disease

DEPRESJA JAKO PODSTAWOWE ZABURZENIE EMOCJONALNE U PACJENTÓW
Z CHOROBA PAKINSONA

Choroba Parkinsona jest jednym z powszechniejszych schorzeń neurologicznych, przejawiającym się głównie w sferze motorycznej i prowadzącym do różnego stopnia niesprawności fizycznej. Nie pociąga za sobą bezpośredniego zagrożenia życia, ale wiąże się z licznymi dolegliwościami fizycznymi, utrudniającymi choremu sprawne funkcjonowanie. Obok zaburzeń funkcji motorycznych poważnym i częstym problemem osób z chorobą Parkinsona są zaburzenia emocjonalne o charakterze depresyjnym. Zauważył to James Parkinson w 1817 roku, który opisywał chorych jako „nieszczęśliwych melancholików” (za: Ghika 2000). Wskaźniki dotyczące częstości występowania zaburzeń nastroju wśród pacjentów z chorobą Parkinsona wahają się od 30 do nawet 90% (Tison i in. 1995, White i in. 1992, za: Łojek 1999). W 26 przeanalizowanych badaniach średnia częstość występowania depresji wyniosła 40% (za: Cummings 1992). Wpływ na tak duże zróżnicowanie w szacunkach występowania depresji mają z pewnością różne strategie oceny zaburzeń emocjonalnych, odmienne kryteria diagnostyczne i metody stosowane w badaniach. Rozpoznanie depresji w chorobie Parkinsona komplikowane jest dodatkowo przez fakt, że niektóre typowe objawy choroby, takie jak amimia czy spowolnienie ruchowe, mogą maskować oznaki depresji (Jaracz, Rybakowski 1999).

W poszukiwaniach przyczyn powstawania zaburzeń depresyjnych zaznaczają się dwa nurty: jeden, w którym podkreśla się organiczny i endogeny charakter

zakłóceń nastroju (zmiany neuroanatomiczne i biochemiczne w mózgu), i drugi, w którym depresję traktuje się jako reakcję psychologiczną na postępujący proces chorobowy.

W badaniach nad chorobą Parkinsona często akcentuje się rolę sytuacji trudnych związanych z chorobą w powstawaniu i rozwoju depresji (Brown i in. 1988, Taylor i in. 1986, za: Osiejuk-Łojek 1998, Huber i in. 1990). Uważa się, że objawy depresji mogą stanowić reakcję pacjenta na zmianę sytuacji życiowej i postępującą niesprawność. Ograniczenia związane z chorobą oraz powinności łączące się z rolą chorego upośledzają możliwość pełnienia dotychczasowych, ważnych dla jednostki ról zawodowych i rodzinnych (Heszen-Niejodek 2000a). Choroba oznaczająca trwałą, znaczącą i niepomysłną zmianę w sytuacji pacjenta jest dla niego źródłem stresu. W przebiegu choroby Parkinsona zidentyfikować można wiele czynników wywołujących stres, prowadzących w konsekwencji do ujawniania się objawów depresji. Źródłem stresu dla pacjenta jest niewątpliwie: pogarszająca się sprawność ruchowa, trudności w wykonywaniu codziennych czynności (a przez to często utrata niezależności życiowej) oraz mniejsza wydolność w wykonywaniu pracy zawodowej, a na pewnym etapie konieczność rezygnacji z niej.

Podjęmowane są badania nad związkiem między depresją a (1) rodzajem dysfunkcji motorycznych, (2) stopniem niesprawności oraz (3) jakością funkcjonowania w życiu codziennym pacjentów z chorobą Parkinsona. Huber i in. (1988) stwierdzili, że depresyjni pacjenci z chorobą Parkinsona przejawiali istotnie wyraźniejszą bradykinezję i ujawniali tendencję do bardziej nasilonej sztywności mięśniowej niż pacjenci niedepresyjni z dominującym drżeniem. Obserwacje te zostały potwierdzone w badaniu Jankovica i in. (1990 za: Cummings 1992). W badaniu tym pacjenci z chorobą Parkinsona przejawiający chwiejność postawy i zaburzenia chodu wykazali większą tendencję do zaburzeń depresyjnych niż pacjenci z dominującym drżeniem.

Próbowano wiązać depresję ze stopniem niesprawności chorego, jednak wyniki badań są sprzeczne. W niektórych nie stwierdzono żadnego związku między depresją a nasileniem niesprawności (Robins 1976, Santamaria i in. 1986, za: Cummings 1992), inne wskazują natomiast na umiarkowaną korelację między zaburzeniami nastroju a obniżeniem poziomu funkcjonowania w życiu codziennym. Zależność między zaburzeniami nastroju a stopniem niepełnosprawności badano także, korelując depresję z wynikiem w skali Hoehna i Yahra, oceniającej stadium choroby (Hoehn, Yahr 1967, za: Cummings 1992). Huber i in. (1988) stwierdzili, że depresyjni pacjenci z chorobą Parkinsona byli w nieznacznie, ale istotnie statystycznie bardziej zaawansowanym stadium niepełnosprawności niż pacjenci niedepresyjni z chorobą Parkinsona. Badania Starksteina i in. (1990) wykazały, że depresja jest najczęstsza w I stadium według skali Hoehna i Yahra, zmniejsza się w II stadium, ponownie pojawia się w III–IV i obniża w V stadium. Prawdopodobnie ta nie znalazła potwierdzenia we wszystkich

badaniach (Bieliauskas, Glantz 1989, Ehmann 1990, za: Cummings 1992). Rozbieżność wyników pozwala na sformułowanie ostrożnych wniosków o istnieniu ograniczonego związku między nasileniem niesprawności a obecnością zmian nastroju. Nie wiadomo, czy pacjenci z bardziej nasiloną niesprawnością wykazują większą depresję, czy może depresja jest jednym z czynników nasilających niesprawność osób z chorobą Parkinsona (Cummings 1992).

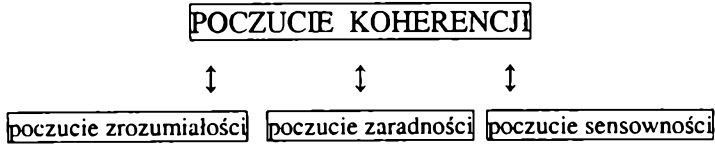
Wpływ na częstość występowania zaburzeń nastroju u osób z chorobą Parkinsona może mieć też fakt, że przeważającą liczbę chorych stanowią osoby w wieku podeszłym. W tym okresie życia rośnie prawdopodobieństwo nasilenia objawów depresyjnych (za: Rao i in. 1992), co związane jest najczęściej ze stratami w sferze społecznej, psychologicznej, ekonomicznej, a także z pogorszeniem stanu somatycznego i nasileniem się ogólnych problemów zdrowotnych. Pojawiającym się stratom i ograniczeniom towarzyszyć mogą pesymistyczne myśli prowadzące często do poczucia beznadziejności i obniżonej samooceny, a w konsekwencji predysponujące do zaburzeń depresyjnych (za: Zarb 1996).

Należy podkreślić, że nie wszystkie osoby z chorobą Parkinsona przejawiają zaburzenia depresyjne oraz że nasilenie tych zaburzeń różni się u poszczególnych pacjentów. Wśród zmiennych psychologicznych, modyfikujących reakcję emocjonalną na deficyty związane z chorobą, wymienia się przede wszystkim: osobowość przedchorobową, strategie radzenia sobie z chorobą oraz sytuację rodzinną pacjenta i wpływ otoczenia społecznego (por. Heszen-Niejodek 2000b, Ledwoch, Ledwoch 1994). Wyniki badań sugerują również, że duże znaczenie może mieć poziom poczucia koherencji (Mullen i in. 1993, za: Pasikowski 2000).

POCZUCIE KOHERENCJI JAKO WYZNACZNIK RADZENIA SOBIE W SYTUACJI TRUDNEJ

Poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC) definiowane jest jako „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny 2) dostępne są zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, 3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky 1995, s. 34). Antonovsky wyróżnił trzy podstawowe składniki poczucia koherencji: a) poczucie zrozumiałości, b) poczucie zaradności i c) poczucie sensowności (ryc. 1).

Poczucie zrozumiałości związane jest z poznawczą percepcją sytuacji, w jakiej znajduje się osoba. Odnosi się ono do stopnia, w jakim człowiek spostrzega napływające do niego bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego jako sensowne poznawczo. Są to informacje odbierane jako uporządkowane i spójne,



Ryc. 1. Składniki poczucia koherencji
Components of the sense of coherence

a nie chaotyczne i nieprzewidywalne. Osoba o wysokim poczuciu zrozumiałości będzie oczekiwała, że napotkane przez nią bodźce będą zrozumiałe. W przypadku nowych sytuacji będzie potrafiła przyporządkować je do znanej już sobie kategorii.

Poczucie zaradności ma charakter instrumentalny. Oznacza ono stopień, w jakim człowiek spostrzega, że posiadane przez niego i dostępne mu zasoby są wystarczające do sprostania wymogom sytuacji. Zasoby rozumiane są tu zarówno jako własne, wewnętrzne zdolności i właściwości, jak i zjawiska zewnętrzne, np. osoby mogące udzielić wsparcia, wiara. Osoba o wysokim poczuciu zaradności nie czuje się bezradna i traktowana niesprawiedliwie przez los. W trudnych chwilach potrafi sobie poradzić przy pomocy posiadanych i dostępnych środków. Ma też poczucie, że zawsze znajdzie w kimś lub czymś pomoc i oparcie.

Poczucie sensowności ma charakter emocjonalno-motywacyjny. Można je określić jako emocjonalny odpowiednik zrozumiałości. Jest to „stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania” (Antonovsky 1995, s. 34). Oznacza to, że ludzie o wysokim poczuciu sensowności są przekonani, że ich działania są pożyteczne, warte zaangażowania i wysiłku. Ten komponent poczucia koherencji uważany jest za najistotniejszy, gdyż bez poczucia sensowności niemożliwe jest wykształcenie trwałego poczucia zaradności i zrozumiałości.

Antonovsky (1995 1997) uważa poczucie koherencji za względnie trwałą właściwość człowieka, osiągającą względnie stały poziom w okresie dojrzałości. Jednak pewne wydarzenia życiowe, mające szczególne znaczenie dla jednostki, mogą modyfikować nasilenie poczucia koherencji.

Poczucie koherencji jest elementem mającym najważniejsze znaczenie w sytuacji trudnej, gdyż to ono mobilizuje potencjalne zasoby człowieka i wpływa na skuteczność radzenia sobie (Antonovsky 1995, Dolińska-Zygmunt 2001). W przypadku problemów osoby z wysokim SOC będą skłonne postrzegać je w sposób bardziej klarowny, określony i zróżnicowany. Będą wytrwale szukać sposobów i środków, które pozwoliłyby przewyciężyć im zaistniałą sytuację. Wysokie poczucie koherencji sprawia, że jednostka, mając do dyspozycji szeroki zakres różnych strategii, potrafi spośród nich wybrać najbardziej adekwatną do

danej sytuacji. W przypadku osób z niskim poczuciem koherencji możemy raczej spodziewać się reakcji rezygnacji, zaniechania (Antonovsky 1995, Pasikowski 2000).

Spośród komponentów poczucia koherencji najważniejszą rolę w radzeniu sobie ze stresorami przypisuje Antonovsky poczuciu sensowności. Ma ono decydujące znaczenie w procesie mobilizacji zasobów. Osoby z silnym poczuciem sensowności będą oceniać, że walka ze stresorami warta jest zaangażowania. Istotne jest też poczucie zrozumiałości, które ułatwia określenie charakteru problemu i ocenę aktualnej sytuacji (Pasikowski 2000).

Według Antonovsky'ego osoba o wysokim poczuciu koherencji, „mając motywację do radzenia sobie ze stresem, określiwszy jasno charakter i wymiary problemu oraz jego realny kontekst, jest na dobrej drodze do poradzenia sobie ze stresem poprzez wybór najbardziej adekwatnych dla danego problemu środków” (Antonovsky 1987, s. 144, za: Pasikowski 2000).

Badaczy ciekawił związek między SOC, zasobami i stylami radzenia sobie ze stresem – może wiązać się on z doбором określonych strategii radzenia sobie ze stresem. Uogólnione zasoby odpornościowe i poziom poczucia koherencji (które bywa zaliczane do tych pierwszych – Poprawa 2001) decydują o sposobie radzenia sobie jednostki ze stresem. McSherry i Holm (1994, za: Jelonkiewicz, Kosińska-Dec 2001) zbadali, czy i jak w sytuacji eksperymentalnej poziom poczucia koherencji różnicuje ocenę zasobów, które mogą być użyte w sytuacji stresowej oraz rodzaj stosowanego sposobu radzenia sobie. Stwierdzono, że niski poziom SOC łączy się z tendencją do unikania, wycofywania się z sytuacji stresowych, natomiast wysoki – z tendencją do zmierzenia się ze stresorami. Potwierdzono, że poczucie koherencji ma istotny wpływ na styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Przeprowadzono liczne badania dotyczące zależności między SOC a radzeniem sobie w sytuacji choroby (Mroziak 1994, Dudek, Koniarek, Szymczak 2001, Wrześniewski, Łuczyńska-Cieślak, Włodarczyk 2001). Niemal wszystkie prace empiryczne pokazują, że poczucie koherencji wpływa pozytywnie na efektywność radzenia sobie (por. Pasikowski 2000, Sęk 2001).

Nieliczne są prace empiryczne dotyczące populacji osób chorych neurologicznie. Badania osób ze stwardnieniem rozsianym (Kossakowska, Basińska 2000) wykazały brak istotnych różnic w ogólnym poczuciu koherencji między chorymi na SM i osobami zdrowymi. Stwierdzono też, że czas od zachorowania i sprawność fizyczna nie mają wpływu na poczucie koherencji u chorych na SM. Nieznane są dotychczas prace empiryczne dotyczące poczucia koherencji w populacji osób z chorobą Parkinsona. Charakterystyka osób z chorobą Parkinsona w kategoriach poczucia koherencji mogłaby przyczynić się do doskonalenia oddziaływań terapeutycznych i poprawienia jakości życia chorych.

Prace empiryczne wskazują na istotne ujemne korelacje między poziomem poczucia koherencji a poziomem depresji (Mroziak 1994). Badania prowadzone

przez Habrat i Mroziak (1999) wśród osób ze zdiagnozowaną dużą depresją, będących w fazie remisji, wskazują na istotnie niższy poziom poczucia koherencji u tych osób w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych. Natomiast w badaniach porównawczych przeprowadzonych wśród chorych z nerwicą, z zespołem depresyjnym i w grupie osób zdrowych najniższy poziom poczucia koherencji i jego składowych stwierdzono u osób z depresją. One również uzyskały najniższe wskaźniki poczucia sensowności.

Warto zwrócić uwagę na badania nad zmiennością i zakresem modyfikowalności poziomu poczucia koherencji w trakcie życia oraz pod wpływem różnych czynników działających na jednostkę. Antonovsky (1992, za: Mroziak 1994) cytuje wyniki badań podłużnych nad wpływem interwencji terapeutycznej na poziom SOC u pacjentów z różnymi chorobami somatycznymi. Na przykład Kabat-Zinn uzyskał istotny wzrost poziomu poczucia koherencji u swoich pacjentów po 8-tygodniowym programie redukcji stresu. Gdyby okazało się, że poczucie koherencji jest podatne na oddziaływania terapeutyczne i można je trwale podwyższać, byłby to rezultat niezwykle obiecujący dla praktyki klinicznej. Stosowanie odpowiednich technik terapeutycznych w odniesieniu do chorych przyczyniłoby się istotnie do poprawy jakości ich funkcjonowania. Tym bardziej że – jak wykazują badania (np. Brown i in. 1988, za: Łojek 1999) – dysfunkcje psychiczne w chorobie Parkinsona, przejawiające się głównie w postaci depresji, poddają się psychoterapii. Pomoc psychologiczna nawet u starszych wiekiem pacjentów, przynosi pozytywne zmiany w zachowaniu i procesach poznawczych.

Z tego względu istotne wydają się badania zmierzające do poznania zależności między nasileniem objawów depresyjnych a poczuciem koherencji. Potrzebne z praktycznego punktu widzenia jest kontynuowanie prac nad wpływem oddziaływań terapeutycznych na stopień poczucia koherencji pacjenta.

BADANIA WŁASNE

W badaniach własnych podjęto problem związku między faktem zachorowania na chorobę Parkinsona a nasileniem objawów depresyjnych. Pierwsze ze sformułowanych pytań brzmiało: czy osoby z chorobą Parkinsona różnią się istotnie pod względem nasilenia objawów depresyjnych od pacjentów z niesprawnością ruchową bez patologicznych zmian mózgowych? Wybór grupy kontrolnej (pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa) podyktowany był zamiarem porównania ze sobą osób borykających się z podobnym problemem, tj. niesprawnością ruchową.

Badania miały również na celu określenie powiązań między objawami depresji a poczuciem koherencji. Postawiono następujące pytanie: czy u osób

z chorobą Parkinsona istnieje związek między nasileniem objawów depresji a stopniem poczucia koherencji?

Uwzględniając wyniki dotychczasowych badań, oczekiwaliśmy, iż:

– osoby z chorobą Parkinsona przejawiają istotnie większe nasilenie objawów depresyjnych niż pacjenci niesprawni ruchowo z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa;

– istnieje związek między nasileniem objawów depresyjnych a stopniem poczucia koherencji osób z chorobą Parkinsona.

OSOBY BADANE ORAZ METODY POMIARU I KONTROLI ZMIENNYCH

W przeprowadzonych badaniach uczestniczyły 24 osoby z chorobą Parkinsona (ChP) oraz 22 osoby hospitalizowane z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa (K). Badane osoby ze zdiagnozowaną chorobą Parkinsona były członkami Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona. Poruszały się o własnych siłach, nie wykazywały upośledzenia funkcji intelektualnych, uniemożliwiającego udział w badaniu (ocena orientacji auto- i allopsychicznej, pamięci, uwagi i funkcji językowych za pomocą wybranych prób eksperymentalnych i MMSE). Wykluczano osoby przyjmujące leki antydepresyjne, a także pacjentów, którzy w ciągu ostatnich kilku lat przeżyli silnie stresujące wydarzenia (poważny wypadek, śmierć bliskiej osoby itp.).

Osoby w grupie kontrolnej to hospitalizowani pacjenci z rozpoznanymi zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, poruszający się o własnych siłach, bez współwystępujących innych schorzeń (zwłaszcza o charakterze mózgowym i nowotworowym), bez zmian o charakterze otępiennym. Wyłączono z badań osoby (podobnie jak w przypadku grupy ChP), które w ostatnich latach przeżyły silnie stresujące wydarzenie.

Grupy były zbliżone do siebie pod względem płci (tab. 1). Nie różniły się istotnie pod względem wieku, wykształcenia oraz czasu trwania choroby ($p < 0,01$). Charakteryzowała je podobna sytuacja rodzinna (tab. 2), badane grupy były zbliżone do siebie pod względem liczby osób mieszkających samotnie i z rodziną.

W celu oceny nasilenia objawów depresyjnych zastosowano Inwentarz Objawów Depresyjnych (*The Beck Depression Inventory* – BDI) A. T. Becka, zaś pomiaru stopnia poczucia koherencji dokonano za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (*The Sense of Coherence Questionnaire* – SOC-29) A. Antonovsky'ego. Badania w obu grupach miały charakter indywidualny.

Tab. 1. Charakterystyka badanych grup
Characteristics of the examined groups

	Grupa	
	ChP (N = 24)	K (N = 22)
Wiek:		
<i>X</i>	68,42	64,05
Przedział	(51–81)	(53–79)
<i>S</i>	8,57	8,13
Płeć:		
Kobiety	11	11
Mężczyźni	13	11
Okres kształcenia (w latach):		
<i>X</i>	12,5	11,95
Przedział	(8–17)	(8–17)
<i>S</i>	2,6	2,84
Czas trwania choroby (w latach):		
<i>X</i>	9,3	12,86
Przedział	(2–31)	(1–31)
<i>S</i>	6,44	10,34

Tab. 2. Sytuacja rodzinna osób w badanych grupach
Family situation in the examined groups

Sytuacja rodzinna	ChP (N = 24)		K (N = 22)	
	N	%	N	%
Samotni	5	20,8	3	13,6
Mieszkający z rodziną	19	79,2	19	86,4

INWENTARZ OBJAWÓW DEPRESYJNYCH (BDI) A. T. BECKA

Inwentarz Objawów Depresyjnych (BDI) – powszechnie znana skala do badania depresji – wykazuje wysoką trafność w różnicowaniu osób zdrowych od chorych oraz dobrze ocenia głębokość depresji (Puzyński 1988). Podstawowym warunkiem stosowania BDI jako techniki samoopisowej jest dobra współpraca pacjenta.

Większość cech zawartych w Inwentarzu dotyczy psychologicznych objawów depresji, tylko niektóre z nich obejmują objawy somatyczne. Pełna skala obejmuje 21 kategorii objawów depresyjnych dotyczących samopoczucia badanego: obniżenie podstawowego nastroju (smutek), pesymizm, poczucie niewydolności, utrata satysfakcji, poczucie winy, poczucie kary, brak akceptacji siebie, samooskarżanie się, pragnienie śmierci, płaczliwość, drażliwość, wycofanie ze związków społecznych, niezdecydowanie, poczucie zmiany w wyglądzie, niezdolność do pracy, zaburzenia snu, zmęczenie, utrata łaknienia, zmniejszenie masy ciała, troska o zdrowie somatyczne, utrata popędu seksualnego.

Ogólny wynik stanowi suma punktów uzyskanych w poszczególnych kategoriach – maksymalnie 63 punkty. W niniejszej pracy analizie poddane zostały wyniki surowe.

Uzasadniając wybór narzędzia, należy stwierdzić, że ze względu na obecność w BDI pozycji dotyczących objawów somatycznych uzasadniona jest obawa, że pacjenci z chorobą Parkinsona będą wykazywali większą tendencję do potwierdzania somatycznych pozycji testowych z powodu dolegliwości mających ścisły związek z chorobą (brak energii, zwiększona męczliwość, trudności w wykonywaniu codziennych zajęć, zaburzenia snu). Wyniki badań Levina i in. (1988), przeprowadzonych na populacji osób z chorobą Parkinsona oraz w grupie kontrolnej, wskazują jednak, że BDI – obejmując pozycje somatyczne – jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru depresji u osób z chorobą Parkinsona. Słuszne wydaje się zatem uwzględnianie symptomów somatycznych w operacyjnej definicji depresji.

KWESTIONARIUSZ ORIENTACJI ŻYCIOWEJ (SOC-29) A. ANTONOVSKY'EGO

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego (1995) służy do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji. Prace nad polską wersją SOC-29 prowadzone były w Zakładzie Psychologii Pracy IMP w Łodzi, Zakładzie Psychologii Klinicznej IPN w Warszawie i Zakładzie Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu.

Podstawy teoretyczne SOC-29 wywodzą się z koncepcji salutogenezy A. Antonovsky'ego – centralne miejsce w niej zajmuje konstrukt „poczucie koherencji”, złożony z trzech skorelowanych ze sobą składników: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) składa się z 29 twierdzeń, odnoszących się do różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Pytania te pogrupowane są w trzy podskale odpowiadające trzem komponentom poczucia koherencji. Badany ma za zadanie ocenić każde z 29 pytań w odniesieniu do siebie i swojego życia na 7-punktowej skali. Wynik ogólny, określający poziom poczucia koherencji, stanowi sumę uzyskanych punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom poczucia koherencji.

Badania nad polską wersją SOC-29 wykazały wysoką rzetelność skali (Koniarek, Dudek, Makowska 1993, Sęk, Pasikowski 2001). Kwestionariusz dobrze różnicuje osoby z odmiennych populacji i może być z powodzeniem stosowany w różnych kulturach (Antonovsky 1995). Wykazano również wysoką trafność teoretyczną (Koniarek, Dudek, Makowska 1993, Mroziak 1994). Stwierdzono – zgodnie z założeniami koncepcji Antonovsky'ego – istotne korelacje z pozytywną samooceną, wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, z oceną jakości życia i satysfakcją życiowej, z poziomem zadowolenia z pracy.

Uzyskano też istotne korelacje ujemne z lękiem jako cechą. Wyniki badań (np. Dudek 1993, Makowska, Makowiec-Dąbrowska 1993, za: Mroziak 1994) wskazują, że najbardziej diagnostyczną podskalą SOC-29 jest poczucie sensowności, które daje wyraźniejsze zależności z innymi zmiennymi niż pozostałe dwa wymiary Kwestionariusza.

W niniejszej pracy analiza statystyczna przeprowadzona została na wynikach surowych.

Uzasadniając wybór narzędzia, trzeba podkreślić, że koncepcja Antonovsky'ego jest oryginalnym, nowatorskim sposobem ujęcia uwarunkowań zachowania człowieka. Kwestionariusz SOC-29 jest metodą coraz bardziej popularną wśród psychologów-praktyków. Pozwala uzyskać informacje dotyczące nie tylko poziomu poczucia koherencji oraz jego poszczególnych składowych. Umożliwia gromadzenie danych na temat preferowanych przez osobę badaną sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby (Antonovsky 1995).

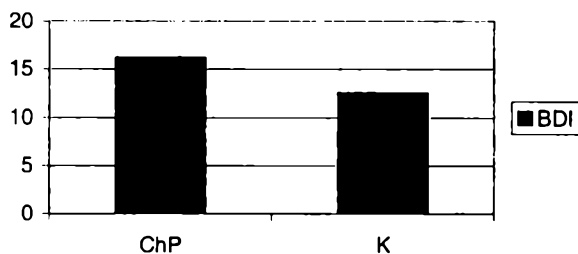
WYNIKI

PORÓWNANIE NASILENIA OBJAWÓW DEPRESJI W BADANYCH GRUPACH

Osoby z chorobą Parkinsona uzyskały średnio 16,17 pkt. w Inwentarzu Objawów Depresyjnych (tab. 3). Średni wynik pacjentów z grupy kontrolnej wyniósł 12,5 pkt.

Tab. 3. Wyniki uzyskane przez osoby z grup ChP i K w Inwentarzu Objawów Depresyjnych (BDI)
Results obtained by ChP and K groups in the Depression Symptoms Inventory (BDI)

	ChP (N = 24)	K (N = 22)
<i>X</i>	16,17	12,5
S	6,5	4,98
Wynik max.	28	22
Wynik min.	4	4



Ryc.2. Średnie wyniki uzyskane przez osoby z grup ChP i K w Inwentarzu Objawów Depresyjnych (BDI)

Mean results obtained by groups ChP and K in the Depression Symptoms Inventory (BDI)

Średni wynik surowy w grupie ChP był wyższy niż w grupie K (ryc. 2). Analiza porównawcza przeprowadzona za pomocą testu t-Studenta wykazała istotną statystycznie różnicę ($t=2,04$, $p<0,05$) w nasileniu objawów depresyjnych pomiędzy grupami. Osoby z chorobą Parkinsona przejawiały średnio większe nasilenie objawów depresyjnych niż pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa.

PORÓWNANIE BADANYCH GRUP POD WZGLĘDEM POZIOMU POCZUCIA KOHERENCJI

Rezultaty uzyskane za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) przedstawiono w postaci wyniku ogólnego (– poziom poczucia koherencji) oraz wyników częściowych (– poziom poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności). Średni wynik ogólny uzyskany w grupie ChP wyniósł 130,33 pkt., zaś w grupie K – 149,95 pkt. (tab. 4).

Tab. 4. Wyniki ogólne uzyskane przez osoby z grup ChP i K w SOC-29
The overall results obtained by ChP and K groups in SOC-29

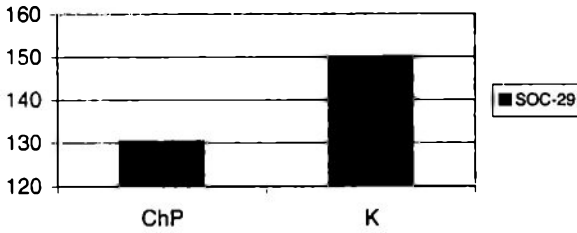
	ChP (N = 24)	K (N = 22)
X	130,33	149,95
S	22,24	20,68
Wynik max.	189	187
Wynik min.	81	113

Tab. 5. Wyniki uzyskane przez osoby z grup ChP i K w poszczególnych składowych poczucia koherencji

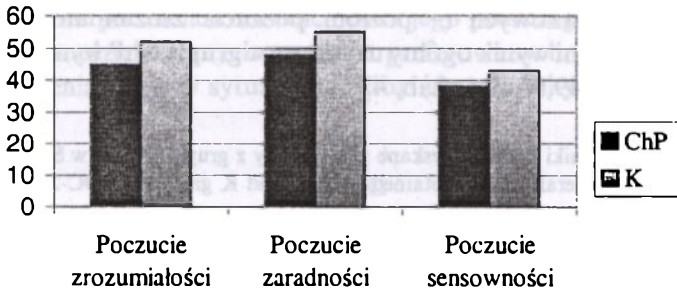
Results obtained by ChP and K groups in the particular constituents of the sense of coherence

	Poczucie zrozumiałości		Poczucie zaradności		Poczucie sensowności	
	ChP (N = 24)	K (N = 22)	ChP (N = 24)	K (N = 22)	ChP (N = 24)	K (N = 22)
X	44,79	52,05	47,88	55	38,04	42,91
S	8,84	9,49	8,52	7,73	9,54	8,43
Wynik max.	62	70	69	70	58	56
Wynik min.	28	29	33	40	15	27

W podskali mierzącej poczucie zrozumiałości średni wynik uzyskany przez grupę ChP był równy 44,79 pkt., zaś grupie K – 52,05 pkt. (tab. 5). Średnie wyniki w podskali poczucia zaradności wyniosły w grupie ChP 47,88 pkt., a w grupie K – 55 pkt. W podskali poczucia sensowności średni wynik w grupie ChP był równy 38,04 pkt., a grupie K – 42,91 pkt. Średnie wyniki w przypadku wszystkich składowych poczucia koherencji były wyższe w grupie kontrolnej w porównaniu z grupą ChP (ryc. 3 i 4).



Ryc. 3. Średnie wyniki uzyskane przez osoby z grup ChP i K w SOC-29
Mean results obtained by ChP and K groups in SOC-29



Ryc. 4. Średnie wyniki uzyskane przez osoby z grup ChP i K w poszczególnych składowych poczucia koherencji
Mean results obtained by ChP and K groups in particular constituents of the sense of coherence

Zastosowanie testu t-Studenta pozwoliło stwierdzić istotną statystycznie różnicę między porównywanymi grupami w zakresie ogólnego poczucia koherencji ($t = -3,09$, $p = 0,003$). W grupie osób z chorobą Parkinsona ogólne poczucie koherencji było niższe niż w grupie kontrolnej. Badane grupy różniły się między sobą istotnie także w zakresie poczucia zrozumiałości ($t = -2,68$, $p = 0,01$) i poczucia zaradności ($t = -2,96$, $p = 0,005$). W grupie ChP poziom poczucia zrozumiałości i zaradności był niższy niż w grupie K.

OBJAWY DEPRESYJNE A POCZUCIE KOHERENCJI

Analizę związku między nasileniem objawów depresyjnych a poziomem poczucia koherencji przeprowadzono oddzielnie dla każdej z badanych grup (tab. 6). Stwierdzono następujące istotne statystycznie korelacje w grupie ChP:

– umiarkowana korelacja ujemna ($p < 0,01$) pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych a ogólnym poczuciem koherencji – oznacza to, że im silniejsze poczucie koherencji u badanej osoby, tym mniejsze u niej nasilenie objawów depresyjnych;

Tab. 6. Wartości współczynnika korelacji r-Pearsona dla korelowanych zmiennych
 Values of Pearson's r-correlation coefficient for correlated variables

Korelowane zmienne	ChP (N=24)		K (N=22)	
	r-Pearsona	P	r-Pearsona	P
Depresja a ogólne poczucie koherencji	-0,551	0,005**	-0,136	0,547
Depresja a poczucie zrozumiałości	-0,431	0,035*	-0,228	0,308
Depresja a poczucie zaradności	-0,355	0,088	-0,002	0,991
Depresja a poczucie sensowności	-0,525	0,008**	-0,074	0,745

* korelacja istotna na poziomie $p < 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p < 0,01$.

- umiarkowana korelacja ujemna ($p < 0,01$) między nasileniem objawów depresyjnych a poczuciem sensowności – oznacza to, że nasilenie objawów depresyjnych jest mniejsze u osób z silniejszym poczuciem sensowności;

- umiarkowana korelacja ujemna ($p < 0,05$) między nasileniem objawów depresyjnych a poczuciem zrozumiałości – oznacza to, że nasilenie objawów depresyjnych jest mniejsze u osób z silniejszym poczuciem zrozumiałości.

Korelacje nieistotne odnotowano w grupie ChP między nasileniem objawów depresyjnych a poczuciem zaradności. W grupie K wszystkie korelacje okazały się nieistotne.

DYSKUSJA

W niniejszej pracy poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy wśród osób z chorobą Parkinsona inne jest nasilenie objawów depresyjnych w porównaniu z osobami o podobnym problemie związanym z niesprawnością ruchową (bez zmian patologicznych w obrębie mózgu). Przedstawione rezultaty potwierdzają przyjęte na początku założenie, iż w przypadku osób z chorobą Parkinsona nasilenie objawów depresyjnych jest większe niż w populacji osób cierpiących na inne schorzenia somatyczne związane z niesprawnością ruchową. Osoby z chorobą Parkinsona przejawiają większe nasilenie takich objawów jak obniżenie nastroju, stany smutku, przygnębienia, zniechęcenia, apatii. Odnotowana różnica jest tym bardziej znacząca, że w badaniu wzięli udział chorzy należący do stowarzyszenia pacjentów z chorobą Parkinsona, a więc mający odwagę, żeby „wyjść z domu” oraz chęć, aby pogłębiać wiedzę na temat swojej choroby i sposobów zwalczania jej objawów. Być może, w przypadku chorych zamkniętych w swoich domach i niemających kontaktu z innymi osobami cierpiącymi na to samo schorzenie różnica między grupami zaznaczyłaby się jeszcze wyraźniej. Należy również uwzględnić okoliczności życiowe, w jakich byli badani pacjenci z grupy K, którzy przebywali w szpitalu z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Fakt hospitalizacji mógł mieć wpływ na ich nastrój i wyniki, jakie uzyskali w badaniu objawów depresyjnych (por. Kulczycki 1983). Praw-

dopodobnie hospitalizację należy traktować jako zmienną, która zaniżyła różnicę w nasileniu objawów depresyjnych między badanymi grupami. Różnica ta byłaby prawdopodobnie większa, gdyby okoliczności przeprowadzania badań były bardziej ujednolicone.

Otrzymane wyniki zgodne są z ustaleniami Ehmann'a i współpracowników (1990), według których pacjenci z chorobą Parkinsona są bardziej depresyjni niż inni chorzy mający trudności w zakresie funkcji motorycznych, np. paraplegicy. Potwierdzono w ten sposób tezę, że ograniczenie funkcji motorycznych nie jest jedyną determinantą depresji w chorobie Parkinsona, choć może przyczyniać się do pogłębiania objawów depresyjnych. Mimo że z założenia praca nie miała przynieść rozstrzygnięcia kwestii uwarunkowań zmian emocjonalnych w chorobie Parkinsona, uzyskany rezultat może świadczyć na korzyść hipotezy o tzw. organicznym podłożu zaburzeń depresyjnych w chorobie Parkinsona, bądź – jak formułują to inni autorzy – o związku między mózgowym mechanizmem depresji a patologicznymi procesami swoistymi dla choroby Parkinsona. Nie można wykluczyć, że mózgowo mechanizmy wpływają nie tylko na obniżenie nastroju, ale także na poziom poczucia koherencji. Kierunek dalszym rozważaniom na temat uwarunkowań zmian emocjonalnych wyznaczy prawdopodobnie odejście od ostrego przeciwstawiania reaktywnego charakteru tych zaburzeń ich mózgowym mechanizmom. Przykładem takiego podejścia do wyjaśniania mechanizmu zaburzeń nastroju w chorobie Parkinsona jest model psychobiologiczny, zaproponowany przez J. Cummings'a (1992), stanowiący próbę powiązania zmian neurobiologicznych z zachowaniem.

Drugie pytanie badawcze dotyczyło związku między nasileniem objawów depresyjnych a poziomem poczucia koherencji. Uzyskano istotną ujemną korelację pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych a ogólnym poczuciem koherencji w grupie osób z chorobą Parkinsona. Według Antonovsky'ego osoby z silnym poczuciem koherencji starają się porządkować napływające informacje i nadać im określony sens. W przypadku problemów i trudności będą one wytrwale poszukiwać sposobów i środków, które pozwoliłyby im przezwyciężyć zaistniałą sytuację. Osoby o niskim poczuciu koherencji będą natomiast przejawiały tendencję do spostrzegania nowych bodźców jako niezrozumiałych i chaotycznych oraz do reagowania poczuciem przeciążenia i bezradności na pojawiające się trudności. Wyniki badań potwierdzają założenie Antonovsky'ego, że osoby o niższym poczuciu koherencji będą bardziej skłonne do popadania w stany smutku, apatii, poczucia beznadziejności. Osoby te będą zatem częściej niż jednostki o silnym poczuciu koherencji przejawiać objawy charakterystyczne dla depresji. Zastanawiające jest to, że w grupie osób ze zwyrodnieniowymi zmianami kręgosłupa nie odnotowano istotnej korelacji między ogólnym poczuciem koherencji a nasileniem objawów depresyjnych. Być może, wynika to z charakteru schorzenia, z jakim borykają się pacjenci. Okresy zaostżenia dolegliwości (ból kręgosłupa uniemożliwiający codzienne funk-

cjonowanie) przeplatają się z okresami dobrego samopoczucia (szczególnie po włączeniu intensywnego leczenia). Dynamika objawów chorobowych może powodować wahnięcia nastroju. W przypadku osób z grupy ChP objawy chorobowe mają względnie stabilny charakter.

Porównanie wartości współczynników korelacji w grupie ChP wykazało najsilniejszy ujemny związek między objawami depresji a poczuciem zrozumiałości (poczuciem, że napływające informacje są spójne, logiczne i możliwe do zinterpretowania, że wydarzenia można przewidzieć i zrozumieć). Nieco niższe współczynniki ujemnej korelacji uzyskano w przypadku poczucia sensowności (poczucia, że życie ma sens, że warto się w nie angażować i podejmować wysiłek, aby aktywnie rozwiązywać pojawiające się trudności i problemy). Wydaje się zatem, że przed pojawieniem się objawów depresyjnych najsukuteczniej „chroni” zdolność rozumienia napływających informacji i doświadczeń oraz poczucie, że warto angażować się w życie i podejmować wysiłki w celu sprostania pojawiającym się trudnościom. Nasilenie objawów depresyjnych u osób z chorobą Parkinsona nie ma natomiast związku z poczuciem zaradności.

Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby z chorobą Parkinsona charakteryzuje niższe poczucie koherencji w porównaniu z badanymi ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Różnice te widoczne są w wymiarze poczucia zrozumiałości i zaradności. Być może, osoby z chorobą Parkinsona mają mniejsze uogólnione zasoby odpornościowe, co powoduje większą skłonność do reagowania stanami smutku, przygnębienia i poczuciem beznadziejności na sytuacje trudne. Znajduje to potwierdzenie w wynikach badań sugerujących, że chorzy ci używają mniejszej liczby i mniej skutecznych strategii radzenia sobie niż niesprawne osoby z grupy porównawczej (Ehmann i in. 1990). Może to być wynikiem wykształconego u niektórych pacjentów poczucia bezradności wobec choroby, na którą nie ma skutecznego leku (szczególnie u tych, którzy chorują już od dłuższego czasu). Pacjenci są świadomi, że do końca życia będą musieli zmagać się ze swoim schorzeniem. Być może, niższe poczucie koherencji związane jest też w pewnym stopniu z mózgowymi zmianami charakterystycznymi dla choroby Parkinsona.

Warto zauważyć, że średni wynik poczucia koherencji w tej grupie (130 pkt.), mimo że niższy niż w przypadku grupy kontrolnej, jest porównywalny ze średnimi wynikami uzyskiwanymi przez osoby zdrowe. W badaniach Mroziak i in. (1997) średnia wyników SOC-29 dla osób zdrowych wyniosła 139 pkt., natomiast grupa kontrolna osób zdrowych w badaniach Habrat (1997) uzyskała średnio 133 pkt. Niektóre badane osoby osiągnęły bardzo wysokie wyniki (najwyższy w grupie ChP wyniósł 189 pkt. na 203 możliwe). Świadczy to o tym, że niektórzy pacjenci pomimo choroby zachowują poczucie sprawstwa oraz przekonanie, że napotykanne doświadczenia są spójne, logiczne i sensowne.

Średni wynik uzyskany w SOC-29 przez osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa wynosił około 150 pkt. Jest on więc stosunkowo wysoki,

nawet w porównaniu z wynikami uzyskiwanymi przez osoby zdrowe. W dalszych badaniach należałoby zweryfikować, dlaczego osoby cierpiące na zwyrodnieniowe zmiany kręgosłupa odznaczają się tak wysokim poczuciem koherencji. Być może, dokuczliwa choroba, z którą badani muszą zmagać się przez wiele lat, mogła przyczynić się do wzmocnienia u nich poczucia koherencji.

Antonovsky uważa poczucie koherencji za względnie stałą właściwość człowieka. Zaznacza jednak, że pewne czynniki mogą spowodować nieznaczną zmianę w nasileniu tej zmiennej. Można by przypuszczać, że długotrwała choroba przewlekła będzie miała pewien wpływ na poziom poczucia koherencji. Wyniki badań nie pozwalają wypowiedzieć się na temat charakteru tego związku. Kossakowska i Basińska (2000) porównały poziom poczucia koherencji u pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane i u osób zdrowych. Stwierdziły brak istotnych różnic między grupami. Według autorek wynik ten świadczy o tym, że bycie chorym przewlekle nie obniża poczucia koherencji.

Istotna różnica odnotowana między grupami ChP i K w niniejszym badaniu skłania do przypuszczenia, że być może dysfunkcje mózgowe swoiste dla choroby Parkinsona mogą w pewnym zakresie modyfikować nasilenie poczucia koherencji u osób z tą chorobą. Weryfikację tej hipotezy można traktować jako jedno z trudniejszych wyzwań w omawianym obszarze badań.

SUMMARY

The studies undertaken by the authors were aimed at finding out, firstly, whether people with Parkinson's disease are different with regard to the intensity of the symptoms of depression from patients with decreased motor functions of other etiology, secondly, whether there exists a correlation between the degree of depressive symptoms intensity and the perception of coherence in people with Parkinson's disease. The paper is an analysis constructing an image of complex correlations between the emotional functioning of the patients and such variables as: brain damage, disease-related disability, intensification of the sense of coherence. The obtained results confirm that restriction of motor functions is not the only determinant of depression in Parkinson's disease. Enriching of patients' characteristics with the dimension of coherence seems to be promising with regard to the undertaken therapeutic actions.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja IPN.
- Antonovsky A. (1997). *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Cummings J. L. (1992). Depression and Parkinson's disease: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 4, 443-454.
- Dolińska-Zygmunt G. (2001). *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

- Dudek B., Koniarek J., Szymczak M. (2001). *Rola poczucia koherencji w rozwoju symptomów zaburzenia po stresie pourazowym*. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Ehmann T. S., Beninger R. J., Gawel M. J., Riopelle R. J. (1990). Depressive symptoms in Parkinson's disease: a comparison with disabled control subjects. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2, 3–9.
- Ghika J. (2000). *Mood and behavior in disorders of the basal ganglia*. W: J. Bogousslavsky, J. L. Cummings (red.). *Behavior and Mood Disorders in Focal Brain Lesions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Habrata E. (1997). Poczucie koherencji u osób z przebyłym zespołem depresyjnym. *Psychoterapia*, 3, 73–79.
- Habrata E., Mroziak B. (1999). Sense of coherence in patients after an endogenous depression episode. A preliminary report. *Polish Psychological Bulletin*, 4, 349–353.
- Heszen-Niejodek I. (2000a). *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen-Niejodek I. (2000b). *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Huber S. J., Friedenberg D. L., Paulson G. W., Shuttleworth E. C., Christy J. A. (1990). The pattern of depressive symptoms varies with progression of Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 53 275–278.
- Huber S. J., Paulson G. W., Shuttleworth E. C. (1988). Depression in Parkinson's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 1, 47–51.
- Jaracz J., Rybakowski J. (1999). Depresja w stwardnieniu rozsianym, chorobie Parkinsona i chorobie Huntingtona. *Dyskusje o depresji*, t. 12. 7–10.
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (2001). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 337–347.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 491–502.
- Kossakowska M., Basińska M. (2000). Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, 55–61.
- Kulczycki M. (1983). *Pacjent w szpitalu*. W: M. Jarosz (red.). *Psychologia lekarska*. Warszawa: Wyd. PZWL.
- Ledwoch M., Ledwoch B. (1994). *Stany depresyjne w uszkodzeniach mózgu*. W: M. Steuden (red.). *Wybrane zagadnienia z neuropsychologii*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Levin B. E., Llabre M. M., Weimer W. J. (1988). Parkinson's disease and depression: psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 51 1402–1404.
- Łojek E. (1999). *Zaburzenia emocjonalne w wybranych chorobach struktur podkorowych mózgu*. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.). *Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania, klinika*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Mroziak B. (1994). A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5–16.
- Mroziak B., Czabała J. C., Wójtowicz S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 3 257–268.
- Osiejuk-Łojek E. (1998). *Deficyty neuropsychologiczne w chorobie Parkinsona*. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.). *Związek mózg–zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*. Lublin: UMCS.

- Pasikowski T. (2000). *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Poprawa R. (2001). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Pużyński S. (1988). *Depresje*. Wydanie II uzupełnione. Warszawa: PZWL.
- Rao S. M., Huber S. J., Bornstein R. A. (1992). Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 369–378.
- Sęk H. (2001). *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk H., Pasikowski T. (2001) (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Starkstein S. E., Preziosi T. J., Forrester A. W. i in. (1990). Specificity of affective and autonomic symptoms of depression in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 53, 869–73.
- Wrześniewski K., Łuczyńska-Cieślak A., Włodarczyk D. (2001). *Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca*. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Zarb J. (1996). Correlates of depression in cognitively impaired hospitalized elderly referred for neuropsychological assessment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 18, 5, 713–723.