

Krzysztof Walczewski¹, Piotr Słowik², Łukasz Müldner-Nieckowski³

OCENA PORADY EDUKACYJNEJ POD KĄTEM MOŻLIWOŚCI OBNIŻENIA POZIOMU DEPRESYJNOŚCI. PRZEBIEG I ANALIZA UZYSKANYCH WYNIKÓW BADAŃ

RATING PREVENTIVE ADVICE FOR OPPORTUNITIES TO REDUCE THE LEVEL OF DEPRESSION. CONDUCT AND ANALYSIS OF RESULTS

¹Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie

²Zakład Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii, Instytut Psychologii Stosowanej UJ

³Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii UJ CM

**consultation
depression prevention
satisfaction areas**

Narastający problem depresji już dawno wykroczył poza gabinety psychiatrów i psychoterapeutów. Autorzy ukazują jego skalę oraz proponują pewne metody zaradcze, skutkujące tam, gdzie profesjonalna pomoc może być trudna do uzyskania w pełnym zakresie. Artykuł pokazuje także, w jaki sposób zapobieganie i leczenie depresji może być włączone w przebieg badania przesiewowego.

Summary

Objectives: Research Aim: The aim of the studies was to find out whether an early preventive intervention may reduce the effects of depression, and whether a preventive consultation may decrease susceptibility to depression in the long term.

Methods: Research Methods: The following research tools were used in the studies: Two-Question Test (TQT) used for early detection of depression and its intensity, HS-20 Scale, Beck's Scale, Satisfaction Areas Scale (SAS) used among other things for examining the areas of satisfaction, Participants' Assessment of the Preventive Consultation Questionnaire (PAPCQ), Demographic Questionnaire.

Results: The results showed among other things that on the TQT scale, HS-20 Scale, Beck's Scale, participants of consultations obtained high scores, which may suggest the occurrence of depression. It can be observed that people participating in the second consultation have statistically significantly lower level of depression compared with the level of depression observed among them during the first consultation. It can also be observed that the areas of satisfaction increased in seven cases.

Conclusions: It can be noted that consultations conducted within the framework of this research led to positive changes in people who had participated in preventive consultations. The following hypothesis can be formulated: the level of depression reduced and some areas of satisfaction may increase in the examined group due to consultations.

Wstęp

Dane epidemiologiczne wskazują, że z roku na rok wzrasta liczba osób, u których występują zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia nastroju typu depresyjnego [1]. Badania Lasserre'a i wsp. [2] dostarczają informacji mówiących o trzy razy wyższej umieralności osób z epizodem depresji, niż osób bez takiego rozpoznania. Autorzy niniejszego opracowania uważają, że depresji towarzyszy wysokie prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, zaś sam epizod depresyjny należy traktować jako stan zagrożenia życia [2]. Na problem zaburzeń depresyjnych w społeczeństwach europejskich zwracają także uwagę autorzy komentarza Lancetu [3] z 6 października 2012 roku. Uważają, że przyczynami depresji mogą być niekorzystne zmiany społeczne, takie jak wzrastające bezrobocie, zwłaszcza wśród ludzi młodych, a także materialne ubóstwo dużych grup ludności. Wspomniani autorzy obwiniają niewydolną służbę zdrowia, która zmniejsza zakres swoich usług dla społeczeństwa. Jak dalej piszą w swojej analizie, depresja ma związek z narastającym nadużywaniem alkoholu, a jej częstym skutkiem bywa samobójstwo, samouszkodzenie ciała oraz wiele innych niekorzystnych zdarzeń [3]. Analizując dane ze spisu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania [1] w roku 2011 zaobserwowano zapadalność roczną na choroby psychiczne we wszystkich państwach Unii Europejskiej na poziomie 38,2% populacji tych państw. Ponadto badania prowadzone w ostatnich latach wskazują, że zaburzenia psychiczne są główną i najbardziej powszechną przyczyną utraty zdrowia i sprawności przez obywateli Europy, a chorobowość roczna, jak i całkowita jest duża [4, 5]. Z przedstawionego przez Wittchena i wsp. [1] raportu wynika, że depresja w krajach Unii Europejskiej stanowi 6,9% występujących wszystkich zaburzeń psychicznych. Inne źródła oceniają częstość występowania depresji na poziomie 5–10% (uwzględniając tutaj także przewlekłe zaburzenia afektywne) [6]. Powyższe dane skłaniają do poszukiwania metody wykrywającej i choćby w pewnym stopniu zapobiegającej wystąpieniu ostrego kryzysu psychicznego w postaci epizodu depresji. Zapobieganie tej chorobie jest obszarem nielicznych badań, chociaż potrzeby są znacznie większe [3]. Andrews i wsp. [7] sądzą, że brak programów edukacyjnych może uniemożliwić leczenie wszystkich chorych w przyszłości, a w sytuacji braku profilaktyki koszty leczenia licznych pacjentów wzrosną niepomierne. Powołując się na Perlis i Giles [8] można powiedzieć, że opisana sytuacja daje podstawy, aby mówić o konieczności profilaktyki depresji i wymaganii szybkiego jej wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia. Podejmowane są działania w kierunku profilaktyki i oczekuje się, że wpłyną one na zmniejszenie niekorzystnych skutków wywołanych przez depresję u pacjentów, ich rodzin, w społecznościach i systemach ochrony zdrowia [9]. W badaniach w Norwegii i Danii wykazano bardzo interesującą wartość diagnostyczną trzech pytań w wykluczaniu bądź potwierdzaniu wczesnych objawów depresji u adolescentów. Test trzech pytań miał podobną wartość diagnostyczną, jak złożone narzędzia diagnostyczne [10]. Richards i wsp. [11], stosując prostą aktywację behawioralną dorosłych pacjentów z depresją, uzyskali podobne wyniki, jak w leczeniu metodą CBT (terapia poznawcza). Z kolei Ito i wsp. [12] opracowali zunifikowaną procedurę edukacyjną dla osób z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi oczekujących w kolejce do właściwego leczenia. Wskazuje to na potrzebę stosowania prostych, łatwych do zastosowania i skutecznych

sposobów diagnozy i redukcji objawów nie tylko w obszarze profilaktyki, ale i leczenia rozwiniętych objawów depresyjnych oraz lękowych.

Bardzo przydatna wydaje się zatem psychoprofilaktyka, która zgodnie z założeniem jest ukierunkowana na zapobieganie różnym formom patologii (można ją określić jako prewencję lub prewencję psychologiczną) [13, 14]. Jak pisze Sęk [13, 14] w psychoprofilaktyce ważne jest wykorzystywanie psychologicznych i społecznych mechanizmów, które mogą służyć „ujawnieniu potencjału rozwojowego jednostki, zapobieganiu możliwości wystąpienia zaburzeń oraz minimalizowaniu zaburzeń lub zapobieganiu ich rozwojowi” [13, s. 379].

Odwołując się do znanej klasyfikacji Caplana [por. 13, 14] można wyróżnić trzy rodzaje prewencji: 1. prewencję pierwotną, która jest nastawiona na zmniejszanie prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń, 2. prewencję wtórną, którą posługujemy się wówczas, gdy pojawiają się wczesne sygnały zaburzeń, po to, aby powstrzymać ich rozwój i skrócić czas ich trwania (w tym rodzaju prewencji można wykorzystywać również metody psychoterapii), 3. prewencję trzeciego stopnia, wykorzystywaną w celu zapobiegania skutkom przebytej choroby lub hospitalizacji, służącą przeciwdziałaniu nawrotom choroby i ponownej hospitalizacji, a także przyczyniającą się do minimalizowania negatywnych skutków choroby. Szczególnie ten pierwszy rodzaj prewencji wydaje się interesujący w przypadku profilaktyki zaburzeń psychicznych (a zwłaszcza depresyjnych w sytuacji omawianego programu). W podobny sposób potrzebę profilaktyki i edukacji prozdrowotnej formułują Mrazek i Haggerty [15]. W tym kontekście również warto wspomnieć o propozycji Grześiuk [16], która pisze, że pojawiają się także inne podejścia w psychoterapii osób z zaburzeniami psychicznymi, a szczególnie istotnym sposobem takiej pracy może być psychoedukacja. Jak zauważa Sęk [14] psycholog kliniczny lub psychiatra może zajmować się promocją zdrowia w dwóch obszarach: z jednej strony przez „upowszechnianie wiedzy psychologicznej przydatnej do promocji zdrowia”, a z drugiej przez „kształtowanie zasobów zdrowotnych i zachowań prozdrowotnych” [14, s. 260].

W niniejszym artykule opisano program, w ramach którego stosowana profilaktyka miała cechy interwencji edukacyjnej o charakterze uniwersalnym, adresowanej w tym konkretnym przypadku do osób, które wyraziły chęć uczestnictwa w konsultacji profilaktycznej [por. 17]. Jak się wydaje, tego typu profilaktyka powinna mieć charakter łatwo dostępnej edukacji prozdrowotnej, mającej na celu naukę prostych zachowań prozdrowotnych oraz wzmocnienie odporności psychicznej i wykształcenie psychicznej prężności [por. 18–20]. Aby wspomóc program, przeprowadzono społeczną akcję edukacyjną. Informacje o nim emitowano w telewizji regionalnej, umieszczano na tablicach reklamowych w środkach komunikacji miejskiej oraz w radiu i gazetach o zasięgu regionalnym i lokalnym. Istotnym krokiem na drodze do uczestnictwa w konsultacji osobistej były media społecznościowe, szczególnie strona profilaktykadepresji.malopolska.pl. Odpowiedź na zawarte na niej pytania pobudzała do refleksji oraz dawała pewną, schematyczną wiedzę motywującą do podjęcia kontaktu z infolinią i umówienia się na poradę z konsultantem programu edukacyjnego. Porady miały charakter bezpłatny, dzięki funduszom organizatora projektu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

Za realizację programu odpowiadał Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie (we współpracy naukowej z Instytutem Psychologii Stosowanej UJ) (nr programu: I/1618/PS/2323/13 z dnia 01.10.2013).

Cel pracy

Celem badań była ocena, czy podjęta interwencja profilaktyczna może przyczynić się do zmniejszenia natężenia objawów depresyjnych. W badaniu porównywano dwa pomiary poziomu nastroju depresyjnego (zgłaszanego przez osoby przychodzące na konsultację profilaktyczną) i przyglądano się, czy konsultacja profilaktyczna może mieć związek ze zmianą tego poziomu, badanego po miesiącu. Model badawczy nie zakładał porównania zmiany poziomu nastroju w zależności od zastosowanego rodzaju oddziaływania, miał jedynie na celu wstępną ocenę, czy ujawni się istotna statystycznie zmiana w tym zakresie, co mogłoby sugerować związek między przeprowadzeniem konsultacji profilaktycznej a nią.

Chodziło także o przyjrzenie się obszarom zadowolenia (podatności i odporności), które mogą przyczyniać się do zwiększenia lub zmniejszenia wystąpienia objawów depresyjnych. Interesujące było również to, jakie osoby zgłaszały się na konsultację profilaktyczną.

Przebieg konsultacji profilaktycznej

Konsultacje odbywały się w Krakowie oraz w innych miejscowościach w obrębie województwa małopolskiego w latach 2012–2013. Wzięły w nich udział osoby, które z różnych powodów, często motywowane niepokojem o stan swojego zdrowia, odczuły potrzebę konsultacji stanu psychicznego z profesjonalistą. Porady miały charakter bezpłatny, dzięki funduszom organizatora projektu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego. Za realizację programu odpowiadał Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie (we współpracy naukowej z Instytutem Psychologii Stosowanej UJ). Konsultantami były osoby odpowiednio przeszkolone, mające wykształcenie medyczne lub psychologiczne oraz doświadczenie w pracy z osobami cierpiącymi na problemy natury psychicznej (psychiatry, psychoterapeuci, psychologowie).

Konsultacja profilaktyczna miała formę około 45-minutowej rozmowy. Jej początkiem oraz podstawą było wypełnienie przez uczestnika razem z konsultantem Kwestionariusza Oceny Obszarów Zadowolenia (KOOZ). Na bazie powstałych wyników możliwe było zidentyfikowanie ważnych dla uczestnika obszarów, których modyfikacja mogłaby wpłynąć na zwiększenie odczuwanego zadowolenia z życia.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. W jakim nastroju osoby badane zgłosiły się na konsultację profilaktyczną?
2. Jaki był poziom zadowolenia z badanych obszarów życia u osób zgłaszających się na konsultację profilaktyczną.
3. Jak uczestnicy ocenili poradę profilaktyczną, prowadzoną przez konsultantów według procedury programu?

4. Czy w drugim badaniu, po miesiącu, uczestnicy porad profilaktycznych wskazali inną ocenę własnego nastroju oraz inny poziom zadowolenia w badanych obszarach życia niż wcześniej?
5. Czy trzy narzędzia, którymi mierzono poziom nastroju (depresji), dają podobne wyniki (a zwłaszcza, czy skala TDP jako nowe narzędzie daje podobne wyniki, jak w dwóch pozostałych skalach od dawna wykorzystywanych w diagnostyce depresji)?
6. Jakie występują związki pomiędzy badanymi zmiennymi (poziomami nastroju a poziomem zadowolenia z badanych obszarów życia, a także oceną konsultacji przez badanego)?

Grupa badana

W badaniach wzięło udział 298 osób, 223 kobiety (tj. 74,75%) oraz 75 mężczyzn (25,25%). Średni wiek osób badanych to 43 lata (rozpiętość wieku wahała się od 18 do 83 lat). Wykształcenie badanych: wyższe (wraz z licencjackim) 40,5%, średnie 36%, zawodowe 18,6%, podstawowe 4,4%. Zamieszkanie badanych to: miasto powyżej 500 tys. — 39,8%, miasto od 10 tys. do 100 tys. — 22,8%, miasto powyżej 100 tys. — 2,7%, miasto do 10 tys. — 6,1%, wieś — 28,6%. W badaniu dominują osoby pracujące (ponad 50%), natomiast uczy się 20%, w tym studiuje 42%. Różne problemy zdrowotne (somatyczne) zgłosiło ok. 50% badanych, natomiast wcześniej z porady psychiatrycznej korzystało 31% osób badanych.

Osoby badane nie były leczone farmakologicznie.

Narzędzia badawcze

Przed rozpoczęciem konsultacji uczestnicy wypełniali następujące narzędzia: Test Dwóch Pytań (TDP Kwestionariusz HS-20, Inwentarz Depresji Becka. Także przed przystąpieniem do konsultacji każdy uczestnik był proszony o wyrażenie na piśmie świadomej zgody na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych osobowych celem realizacji programu, z zapewnieniem ich ochrony.

Po zakończeniu konsultacji uczestnicy byli proszeni o wypełnienie Kwestionariusza Oceny Porady (KPP-U). Każdorazowo, po upływie około miesiąca, proszono uczestników o ponowne wypełnienie wyżej opisanych kwestionariuszy.

1. **Test Dwóch Pytań (TDP)** służy do wstępnego diagnozowania depresji i jej natężenia. Test ten składa się dwóch rozbudowanych pytań diagnostycznych, które pozwalają osobie badanej określić nasilenie objawów charakterystycznych dla zespołu depresyjnego.

Pytanie 1. (TDP1) „Czy w ciągu minionego miesiąca czuł się pan/pani przygnębiony, przybity lub towarzyszyło panu/pani poczucie braku nadziei?” odnosi się do obniżenia nastroju, apatii oraz negatywnego myślenia na temat przyszłości.

Pytanie 2. (TDP2) „Czy w ciągu minionego miesiąca dręczył pana/panią brak zainteresowania lub brak satysfakcji z pracy lub z zajęć, które pan/pani wykonuje?” dotyczy apatii, abulii i anhedonii.

Konstruując narzędzie autorzy (Walczewski, Müldner-Nieckowski, Słowik) in-

spirowali się funkcjonującymi już narzędziami badającymi poziom nastroju (obszar wewnętrzny) i ocenę funkcjonowania (obszar zewnętrzny). Dzięki autorskiej modyfikacji narzędzie ma skalę oceny (1–10), co pozwala jednocześnie na ilościową ocenę wyników. W celu porównawczym dla nowego i krótkiego narzędzia TDP, aby sprawdzić jego trafność, zastosowano dwa znane i wystandaryzowane narzędzia do badania depresyjności (poniżej: nr 2 oraz nr 3). Przeprowadzone analizy trafności tego narzędzia w grupie 298 osób pokazują, że występują dość wysokie i istotne korelacje TDP z Inwentarzem Depresji Becka oraz skalą depresji (beznadziejności) HS-20 [Beck i inni, 1974: za Stach 21]. Analizy te potwierdzają trafność TDP jako narzędzia do badania depresji. Korelacje sumy z dwóch pytań TDP (czyli TDP1 i TDP2) z HS-20 to $r = 0,51$, przy $p < 0,001$, ze Skalą Depresyjności Becka $r = 0,65$, $p < 0,001$. Korelacje były również wysokie dla poszczególnych dwóch pytań. Korelacje między poszczególnymi pytaniami TDP1 i TDP2: $r = 0,53$, $p < 0,001$.

2. **Inwentarz Depresji Becka** (skala depresyjności).

Jest to znane i często stosowane narzędzie służące do badania poziomu depresji. Ma charakter samoopisowy, zawiera 21 itemów. W trakcie badania osoba proszona jest o ustosunkowanie się do wymienionych stwierdzeń na czterostopniowej skali. Odnosi się tym samym do obecności i nasilenia różnych objawów depresji, takich jak zaburzenia poznawcze, anhedonia czy dolegliwości somatyczne. Końcowy wynik liczbowy stanowi sumę wszystkich punktów, które osoba badana przypisuje wybranym przez siebie pozycjom (im większe nasilenie objawu, tym wyższa liczba punktów). W literaturze przedmiotu spotyka się kilka różnych wskazań dotyczących oceny wyniku liczbowego, przyjmuje się jednak, że wynik powyżej 10 pkt może świadczyć o występowaniu objawów depresyjnych o niewielkim nasileniu, powyżej 20 pkt — średnim, natomiast wynik powyżej 30 pkt wskazuje na występowanie silnych objawów depresji.

3. **Skala Depresji (beznadziejności) HS-20** w oparciu o polską adaptację Stacha [21].

Jest to narzędzie do badania subiektywnej oceny przyszłości. Badany proszony jest o odniesienie się do 20 stwierdzeń. Mają one zarówno formę ocen pesymistycznych, jak i optymistycznych. Punkty przyznawane są za przypisanie litery „P” („Prawda”) do stwierdzeń pesymistycznych oraz litery „F” („Fałsz”) do stwierdzeń optymistycznych. Wynik testu stanowi sumę ocenianych zgodnie z tym kluczem odpowiedzi. Wysoki wynik odpowiada wysokiemu poziomowi beznadziejności, a więc negatywnej oceny przyszłości, co świadczy o depresji.

4. **Kwestionariusz oceny obszarów zadowolenia (KOOZ)**. Jest to autorskie narzędzie

(Müldner-Nieckowski, Walczewski, Słowik), które służy do stosunkowo szybkiej oceny zadowolenia z funkcjonowania osoby badanej w 22 obszarach życia, odnoszących się między innymi do oceny własnej aktywności i efektywności, samooceny, a także relacji z innymi. W narzędziu uwzględniono najważniejsze obszary życia, które występują w powszechnie stosowanych narzędziach do oceny jego jakości. Test ocenia funkcjonowanie pacjenta poprzez pytanie o poziom dobrostanu w określonych obszarach, nie zaś zaburzeń czy trudności. Narzędzie zostało poddane analizie w grupie 373 osób w celu ustalenia rzetelności wewnętrznej: alfa Cronbacha: 0,92; rzetelność między-

połówkowa wg Spearmana-Browna: 0,91. Na podstawie analizy można stwierdzić, że rzetelność wewnętrzna jest wysoka, a wszystkie pytania są silnie skorelowane z wynikiem ogólnym. Także zadowalająca jest wysokość korelacji retestowej (r-Pearsona: 0,60 przy $p < 0,001$).

5. **Kwestionariusz Oceny Porady Profilaktycznej przez Uczestnika (KPP-U).** Zawiera 12 pytań (każde ze skalą od 0 do 5), na które odpowiedzi stanowią informację zwrotną o jakości kontaktu uczestnika programu z konsultantem oraz korzyści, które mogą dla niego wynikać z udziału w konsultacji. Pytania w kwestionariuszu nawiązują do specyfiki porady profilaktycznej, jak również są jednym z jej elementów. Narzędzie to jest autorskie (Słowik, Walczewski, Müldner-Nieckowski), dlatego w celu sprawdzenia jego rzetelności zostało poddane analizie w grupie 373 osób, w której uzyskano wysoką rzetelność wewnętrzną (alfa Cronbacha: 0,83).
6. **Ankieta demograficzna.** Składa się z pytań dotyczących cech populacyjnych, takich jak m.in.: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, praca, stan zdrowia.

Przebieg badań

Osoby badane zgłaszały się dobrowolnie po poradę profilaktyczną, której udzielał odpowiednio przeszkolony konsultant psycholog. Zaproszenie na konsultację kierowano do osób, które obawiały się wystąpienia u siebie depresji obecnie lub w przyszłości. Informacje o konsultacjach profilaktycznych (jak już wspomniano) emitowano m.in. w telewizji regionalnej, umieszczano na tablicach reklamowych w środkach komunikacji miejskiej oraz w radiu i gazetach o zasięgu regionalnym i lokalnym, a osoby zainteresowane zgłaszały się dobrowolnie. Do porady profilaktycznej w pierwszym etapie (badanie pierwsze) zgłosiło się 298 uczestników, w drugim badaniu, po miesiącu, zgłosiło się 77 osób.

Zastosowane w badaniu kwestionariusze były wypełniane przez uczestników w obecności prowadzącego konsultację. Porada profilaktyczna trwała od 45 minut do 1 godziny. W początkowej fazie uczestnicy odpowiadali na pytania Testu Dwóch Pytań, odpowiadając „nie” lub „tak”. Dodatkowo odpowiedź na każde z pytań była zaznaczana na skali 10-punktowej, która określała poziom natężenia danego objawu zgodnie z odczuciem osoby badanej. W dalszej części porady uczestnik odpowiadał także na 22 pytania Kwestionariusza Oceny Obszarów Zadowolenia (KOOZ), a konsultant zapisywał wyniki na skali poziomu zadowolenia (od 1 do 7 pkt). Należy podkreślić, że przebieg porady profilaktycznej zależny był od uzyskanych wyników w Kwestionariuszu KOOZ, a konsultant podejmował dialog na temat obszarów życia, w których ujawnił się niski poziom zadowolenia. W dalszej części przekazywał on między innymi informacje o charakterze psychoedukacyjnym, dotyczące możliwości wprowadzenia korzystnych zmian w danym obszarze samodzielnie przez badanego lub przy pomocy specjalisty. Następnie uczestnik wypełniał dwa testy: Skalę Depresyjności Becka oraz Skalę Depresji HS-20 i na koniec Kwestionariusz Oceny Porady Profilaktycznej dla Uczestnika (KPP-U). Po miesiącu od pierwszego badania konsultanci zwracali się z zaproszeniem do osób badanych, aby ponownie wypełnili testy w celu sprawdzenia efektów odbytej konsultacji.

Wyniki

Pomiar 1 (badanie odbyło się w czasie przeprowadzonej konsultacji).

Poniżej przedstawiono tabelę nr 1, w której zamieszczone są wyniki średnich dla badanych zmiennych, takich jak poziom depresyjności (mierzony trzema narzędziami: TDP, HS-20, Skala Depresyjności Becka) oraz sumę oceny zadowolenia funkcjonowania w różnych obszarach życia (KOOZ), a także ocenę konsultacji przez uczestnika (KPP-U).

Tabela 1. Statystyki opisowe badanych zmiennych

Zmienna	N	Minimum	Maksimum	Średnia	OS
HS-20	298	1,00	20,00	10,24	4,76
Inwentarz Depresji Becka	298	1,00	48,00	18,69	9,83
KOOZ Suma	288	1,00	151,00	87,48	23,49
TDP Suma	298	1,00	20,00	12,73	5,02
TDP 1	298	1,00	10,00	7,20	2,55
TDP 2	298	1,00	10,00	5,74	3,03
KPP-U	298	13,00	60,00	49,55	8,63

OS — odchylenie standardowe. Pełne nazwy zmiennych znajdują się przy opisie narzędzi

Uzyskane wyniki badań pokazały, że w skali TDP (składającej się z dwóch pytań diagnostycznych ze skalami: TDP1 i TDP2), która może wskazywać na objawy depresyjne i ich natężenie, uczestnicy konsultacji uzyskali stosunkowo wysokie wyniki. Może to sugerować, że u badanych występował obniżony nastrój (średnie wyniki na dwóch skalach dziesięciopunktowych to odpowiednio: w pierwszej skali 7,20 pkt oraz w drugiej skali 5,74 pkt, także wynik sumy obu tych skali był dosyć wysoki, bo wynosił 12,73), są to wyniki powyżej 50% subiektywnego nasilenia objawów.

Warto podkreślić, że badany poprzez wybór danego pytania wskazywał na wystąpienie objawów (wg założeń pytania testującego), a jednocześnie zaznaczał na skali poziom ich natężenia (już sam wybór występowania objawu wskazuje na obniżony nastrój, a poziom natężenia w skali dodatkowo go dookreśla). Może to wskazywać na to, że na konsultacje przychodziły głównie osoby, które odczuwały problemy depresyjne o różnej etiologii i o różnym natężeniu. Wysoki poziom obniżonego nastroju w badanej grupie, zgodnie z przyjmowanymi normami stenowymi, obliczonymi na użytek tego badania, potwierdzał także średni wynik uzyskany w skali HS-20, który wynosił 10,24. Wynik uzyskany w skali Becka 18,69, wg przyjętych norm mówi o łagodnie podwyższonym poziomie depresji w badanej grupie (ten wynik jest nieco łagodniejszy w porównaniu z dwoma poprzednimi). Wydaje się jednak, że wyniki z trzech skali są spójne i wskazują na podobny poziom obniżonego nastroju u osób, które zgłosiły się na konsultację.

Z kolei średni wynik u badanych osób dla 22 wymienionych obszarów zadowolenia z życia wynosi 87,48 i jest on powyżej średniej (można go uznać za wynik przeciętny, czyli nieco podwyższony). Ocena przeprowadzonej konsultacji (i wynikające z niej korzyści dla osoby badanej) była stosunkowo wysoka i wyniosła 49,55 pkt (na 60 możliwych do

uzyskania). W dalszej kolejności dokonano analizy poszczególnych obszarów zadowolenia, a wyniki te są zamieszczone w poniższej tabeli nr 2.

Tabela 2. Statystyki opisowe poszczególnych składników KOOZ (obszarów zadowolenia)

Zmienna Składniki KOOZ	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
1. Efekty działań	290,00	1,00	7,00	4,11	1,88
2. Kontakty towarzyskie	290,00	1,00	7,00	4,08	1,60
3. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych	290,00	1,00	7,00	3,34	1,83
4. Aktywność fizyczna	286,00	1,00	7,00	3,91	1,88
5. Kontakty z ludźmi	290,00	1,00	7,00	4,60	1,83
6. Możliwości i plany na przyszłość	285,00	1,00	7,00	3,56	1,57
7. Wpływ na własne życie	287,00	1,00	7,00	3,83	1,67
8. Radzenie sobie z codziennymi sprawami	288,00	1,00	7,00	4,45	1,57
9. Samopoczucie psychiczne	289,00	1,00	7,00	2,96	1,68
10. Chęć do działania	289,00	1,00	7,00	3,83	1,73
11. Zdrowie fizyczne	287,00	1,00	7,00	4,17	1,70
12. Osiągnięcia	288,00	1,00	7,00	4,71	1,46
13. Sposób spędzania czasu wolnego	288,00	1,00	7,00	3,92	1,70
14. Zadowolenie z siebie	289,00	1,00	7,00	3,80	1,58
15. Pamięć i skupienie uwagi	289,00	1,00	7,00	3,98	1,72
16. Apetyt	289,00	1,00	7,00	4,63	1,80
17. Życie seksualne	283,00	1,00	7,00	3,53	1,97
18. Praca	288,00	1,00	7,00	4,22	1,90
19. Sen	288,00	1,00	7,00	3,78	1,90
20. Kontakty z rodziną	288,00	1,00	7,00	4,58	1,76
21. Dbanie o siebie	288,00	1,00	7,00	4,50	1,48
22. Aktualna sytuacja życiowa	289,00	1,00	7,00	3,48	1,79
KOOZ Suma	288,00	22,00	154,00	87,48	23,49

Niektóre pytania badani opuszczali, stąd liczba N jest różna

Patrząc na przedstawione powyżej statystyki można zauważyć, że średni poziom zadowolenia z różnych obszarów życia (wynik sumaryczny) u osób, które zgłosiły się na konsultacje był powyżej średniej i wynosił 87,48 (maksymalnie można było uzyskać 154 punkty). Także wyniki dla większości poszczególnych badanych obszarów zadowolenia

przekraczały średnią. Najwyżej oceniane były: kontakty z ludźmi oraz z rodziną, a także apetyt, dbanie o siebie i radzenie sobie z codziennymi sprawami (co pokazuje w miarę dobre funkcjonowanie). Najniżej natomiast ocenione zostało samopoczucie psychiczne.

W dalszej kolejności przeprowadzono analizy korelacyjne pomiędzy badanymi zmiennymi, a ich wyniki zostały przedstawione poniżej w tabeli nr 3.

Tabela 3. Zależności pomiędzy badanymi zmiennymi

Zmienna	HS-20	Inwentarz Depresji Becka	KOOZ Suma	KPP-U	TDP 1	TDP 2
Inwentarz Depresji Becka	0,62**					
KOOZ Suma	-0,56**	-0,53**				
KPP-U	-0,14*	-0,03	0,08			
TDP 1	0,47**	0,62**	-0,54**	0,00		
TDP 2	0,41**	0,51**	-0,57**	0,03	0,49**	
TDP Suma	0,48**	0,64**	-0,49**	0,00	0,84**	0,88**

Korelacje r Pearsona, *: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Analiza korelacji pokazuje występowanie istotnych (i wyraźnych) zależności pomiędzy wszystkimi zmiennymi mierzącymi poziom depresji (pochodzącymi z trzech zastosowanych w badaniach testów tzn.: pomiędzy Inwentarzem Depresji Becka, HS-20, TDP zarówno jako sumą oraz osobno TDP1 i TDP2). Uzyskane korelacje są dodatnie, co pokazuje, że jeżeli poziom depresji w jednym z testów jest wysoki to także wysoki jest poziom depresji w innej skali badającej depresję. Rezultat taki może wskazywać na to, że badanie jest spójne, a wysoki wynik w jednym z testów jest potwierdzony jako istotny i wysoki w pozostałych testach. Można na tej podstawie powiedzieć, że wydaje się, iż TDP (Test Dwóch Pytań) jest dobrym predyktorem do wstępnej diagnozy depresji (co było także przyjętym założeniem w prowadzonych badaniach) i przeprowadzona analiza empiryczna to potwierdza (także wcześniejsza analiza trafności). Można zauważyć, że osoby zgłaszające się na konsultację mają wyraźnie podwyższone poziom depresji.

Kolejne istotne korelacje występują pomiędzy wszystkimi zmiennymi mierzącymi depresję a badanymi obszarami zadowolenia (KOOZ). Korelacje te są ujemne, czyli mówią, że im niższy poziom depresji (potwierdzony w takim samym stopniu wszystkimi testami, tj. Inwentarzem Depresji Becka, HS-20, DTP1, TDP2) tym wyższy poziom obszarów zadowolenia u osób badanych (i odwrotnie im wyższy poziom depresji, tym niższy poziom obszarów zadowolenia u osób badanych).

Im wyższy poziom depresji występuje u osoby badanej, tym częściej korzysta ona z pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Poza tym wiek osoby badanej wiąże się z oceną konsultacji, tzn. im osoba starsza, tym lepiej ocenia przeprowadzoną konsultację, natomiast gorzej jest oceniana starsza osoba przez konsultanta (osoby młodsze są lepiej oceniane).

Pomiar 2

Po upływie miesiąca od pierwszej konsultacji przeprowadzono ponownie badanie, do którego zgłosiło się 77 osób. Zaobserwowano kilka istotnych zmian, które są zaprezentowane w tabeli nr 4 (przedstawiono interkorelacje pomiędzy zmiennymi — z pomiaru 1 oraz pomiaru 2; korelacje r Pearsona).

Tabela 4. Porównanie poziomu istotności różnic pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem w zakresie analizowanych zmiennych

Zmienna	N	Średnie		Odchylenie standardowe		t	df	p
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 1	Pomiar 2			
HS-20	77	11,13	9,66	4,97	5,99	3,11	76	0,003
Inwentarz Depresji Becka	77	21,03	15,43	1,28	11,42	4,88	76	<0,001
TDP1	76	7,36	5,72	2,61	2,93	4,60	75	<0,001
TDP2	76	6,71	6,07	2,65	3,10	1,67	75	0,09
TDP Suma	77	13,88	11,90	4,74	5,90	2,82	76	0,006
KPP-U	75	49,84	36,03	8,19	8,68	12,68	74	<0,001

Istotne: dla $p < 0,5$

Uzyskane wyniki pokazują, że istotnie zmniejszyły się wszystkie wskaźniki depresji mierzone trzema narzędziami, czyli TDP, HS-20 i Inwentarzem Depresji Becka. Jedynie w przypadku jednej składowej (TDP2) wynik ten nie jest istotny statystycznie, można jednak także i tutaj zauważyć pewną tendencję, gdyż wynik w drugim badaniu jest niższy niż w pierwszym (choć nie jest on istotny statystycznie). Może to jednak wynikać m.in. z faktu mniejszej ilości badanych w stosunku do badanych w pierwszej próbie. Trzeba dodać, że badanie pilotażowe (prowadzone rok wcześniej) wykazało także istotną statystycznie różnicę w TDP2 pomiędzy pierwszym i drugim badaniem [17]. Poza tym warto zauważyć, że wynik sumaryczny TDP jest na poziomie istotności statystycznej wyraźnie niższy w trakcie badania po miesiącu niż przy pierwszym pomiarze. Podsumowując obserwuje się, że w przypadku badania poziomu depresji takimi testami, jak: HS-20, Inwentarz Depresji Becka oraz TDP, poziom depresji u osób badanych w drugim pomiarze, czyli miesiąc po konsultacji profilaktycznej, obniżył się (jednakże na tym etapie badań trudno jednoznacznie wyjaśnić przyczynę takiej zmiany).

W dalszej kolejności przeprowadzono analizy porównawcze pomiędzy 22 badanymi obszarami zadowolenia, które zamieszczone są w tabeli nr 5

Tabela 5. Porównanie poziomu istotności różnic pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem w KOOZ (jako sumą oraz pomiędzy poszczególnymi składowymi KOOZ)

Zmienna Obszary zadowolenia (składowe KOOZ)	N	Średnie		Odchylenie standardowe		t	df	p
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 1	Pomiar 2			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

1. Efekty działań	75	3,93	3,88	1,88	1,68	0,29	74	0,771
2. Kontakty towarzyskie	75	3,87	3,96	1,47	1,36	-0,59	74	0,559
3. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych	75	3,15	3,64	1,75	1,61	-2,48	74	0,015
4. Aktywność fizyczna	75	3,55	3,37	1,81	1,67	0,99	74	0,326
5. Kontakty z ludźmi	75	4,13	4,32	1,72	1,78	-1,16	74	0,249
6. Możliwości i plany na przyszłość	72	3,44	3,60	1,40	1,70	-0,80	71	0,425
7. Wpływ na własne życie	73	3,47	3,82	1,48	1,69	-2,04	72	0,045
8. Radzenie sobie z codziennymi sprawami	74	4,15	4,30	1,51	1,58	-0,73	73	0,465
9. Samopoczucie psychiczne	75	2,99	3,68	1,63	1,63	-3,51	74	0,001
10. Chęć do działania	75	3,47	3,87	1,54	1,60	-2,13	74	0,037
11. Zdrowie fizyczne	75	4,12	4,09	1,64	1,59	0,17	74	0,863
12. Osiągnięcia	74	4,28	4,31	1,46	1,51	-0,21	73	0,835
13. Sposób spędzania czasu wolnego	75	3,67	3,95	1,54	1,63	-1,54	74	0,127
14. Zadowolenie z siebie	75	3,53	3,75	1,46	1,62	-1,30	74	0,196
15. Pamięć i skupienie uwagi	75	3,63	3,73	1,53	1,53	-0,63	74	0,531
16. Apetyt	75	4,64	4,60	1,68	1,56	0,21	74	0,831
17. Życie seksualne	74	3,57	3,16	1,89	1,92	2,25	73	0,028
18. Praca	75	3,73	3,60	1,83	1,69	0,71	74	0,481
19. Sen	75	3,53	4,21	1,74	1,73	-3,38	74	0,001
20. Kontakty z rodziną	74	4,47	4,32	1,70	1,72	0,94	73	0,351
21. Dbanie o siebie	75	4,17	4,11	1,38	1,52	0,40	74	0,693
22. Aktualna sytuacja życiowa	75	3,24	3,67	1,64	1,62	-2,63	74	0,010
KOOZ Suma	77	8,14	85,45	26,31	27,58	-1,92	76	0,059

Istotne dla $p < 0,5$

N — liczba osób, które wypełniły test

Przeprowadzone analizy porównawcze w badaniu obszarów zadowolenia (KOOZ) uwidaczniają, że miesiąc po odbytej konsultacji profilaktycznej podniósł się poziom zadowolenia w następujących obszarach: Radzenie sobie w sytuacjach trudnych, Wpływ

na własne życie, Samopoczucie psychiczne, Chęć do działania, Życie seksualne, Sen, Aktualna sytuacja życiowa. Ponadto obserwuje się ogólną tendencję do zwiększenia się wyniku w KOOZ jako całości (zbliżył się on do granicy poziomu istotności 0,059).

Warto zauważyć, że obserwowane i analizowane prawidłowości uwidoczniły się już w badaniu pilotażowym rok wcześniej (w obecnym badaniu, na większej grupie, zmiany te są jeszcze bardziej widoczne) [17].

Dyskusja

Przeprowadzone badania pozwoliły na dokonanie kilku istotnych obserwacji. Po pierwsze, co nie było na początku programu oczywiste, wydaje się, że istnieje świadomość społeczna dotycząca zagrożenia depresją i jest coraz więcej osób, które są chętne i zdeterminowane do podjęcia wysiłku zgłoszenia się po poradę profilaktyczną, co umożliwi z jednej strony zdiagnozowanie problemu, a z drugiej zwiększenie zakresu zachowań prozdrowotnych. Co więcej, osoby zgłaszające się na konsultację i po poradę edukacyjną podejmują pracę polegającą na samodzielnym określeniu swojego stanu psychicznego. Można mieć nadzieję, że ta samoocena jest zbliżona do obiektywizowanej oceny diagnostycznej przeprowadzonej przez eksperta prowadzącego konsultację. Analiza wyników realizowanego programu edukacyjno-profilaktycznego wskazuje na takie prawidłowości. Pozytywnym zaskoczeniem okazały się korzystne zmiany (w badaniu powtórnym po miesiącu) w ocenie 7 obszarów zadowolenia stwierdzonych u badanych osób, a także (co jest najbardziej interesującą obserwacją, choć wymagającą jeszcze dalszych badań), że zmiany te dotyczyły również spadku depresyjności, która była badana i oceniana równocześnie przez trzy testy badające jej poziom (tzn. przez Inwentarz Depresji Becka, Skalę HS-20 oraz Test Dwóch Pytań). Wszystkie wspomniane tutaj zmiany mają wartość istotną statystycznie. Trzeba jednak podkreślić, że na tym etapie badań trudno jednoznacznie wyjaśnić ich przyczynę. Ciekawa jest także analiza narzędzia do przesiewowego badania depresyjności, czyli Testu Dwóch Pytań, którego wyniki pokrywały się z bardziej złożonymi i uznanymi narzędziami do pomiaru depresji (potwierdziła to także analiza trafności, podana przy opisie narzędzia). Jest to wskazówka zachęcająca do wykorzystywania tego prostego narzędzia do szybkiej przesiewowej diagnozy poziomu depresji w celach profilaktycznych (badanie będzie jeszcze kontynuowane na większej grupie).

Uzyskane wyniki badań skłaniają do głębszej refleksji, pobudzając do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy jest prawdopodobny, a jeżeli tak, to jaki mechanizm przyczynia się do tego, że jednorazowa porada profilaktyczno-edukacyjna jest związana z pojawieniem się korzystnych zmian u osób, które przyszły na konsultację? Wydaje się, że może tak być dzięki trzem elementom procesu edukacyjnego związanego ze zdobywaniem przez osoby uczestniczące w konsultacji wiedzy, którą można by, w uproszczeniu, nazwać „wiedzą antydepresyjną”:

1. Skupienie uwagi na wiadomościach dotyczących zaburzeń depresyjnych dostępnych w mediach i na stronie internetowej oraz zastosowanie ich do własnej osoby.
2. Obiektywizacja obaw lub przypuszczeń na temat własnego stanu psychicznego dokonana w obecności oraz z pomocą konsultanta. Najistotniejszy jest tu osobisty kontakt osoby badanej z konsultantem, dzięki czemu badany mógł uzyskać:

- a. rozpoznanie własnych zasobów oraz obszarów życia, w których konieczne jest podjęcie określonych, prozdrowotnych działań,
 - b. potwierdzenie możliwości uzyskania korzystnego wpływu na własne funkcjonowanie psychiczne, a co za tym idzie, na poprawę nastroju,
 - c. zadeklarowanie dalszych, własnych działań prozdrowotnych, wspartych informacjami dotyczącymi możliwości wprowadzenia konkretnych zmian w życiu, chroniących przed trwałym pogorszeniem nastroju.
3. Trzecim czynnikiem mogącym mieć wpływ na zmiany jest ocena konsultacji i jej efektów wykonana po około 4–5 tygodniach, mająca na celu utrwalenie wiedzy zdobytej w trakcie porady i podtrzymanie uwagi osoby, która wzięła udział w konsultacji, na zagadnieniu podlegającym dyskusji w trakcie tej porady profilaktycznej. Powinno to pomagać w utrzymaniu nawyków prozdrowotnych wypracowanych w trakcie porady w miejsce poprzednich, niekorzystnych lub nieskutecznych elementów stylu życia danej osoby.

Wnioski

1. Osoby, mające obniżony nastrój, zgłaszają się na konsultację profilaktyczną, szukając specjalistycznej pomocy.
2. Uczestnicy porad profilaktycznych dość dobrze oceniają poziom zadowolenia z wielu obszarów swojego życia, przy czym samopoczucie psychiczne okazuje się obszarem ocenianym najgorzej. Są to więc osoby mające wiele zewnętrznych zasobów, a jednocześnie zakłócenia psychicznego samopoczucia.
3. Jakość porady profilaktycznej, mimo jej oczywistych ograniczeń (krótki czas, jednorazowy kontakt), oceniana jest przez uczestników wysoko.
4. Powtórzone po miesiącu badanie ujawniło, że w grupie osób, które zdecydowały się ponownie odpowiedzieć na pytania zawarte w kwestionariuszach, wystąpiła istotna statystycznie poprawa dotycząca podniesienia nastroju, a także oceny zadowolenia z wybranych obszarów życia. Wyniki te, jakkolwiek nie potwierdzają przyczynowej roli samej konsultacji profilaktycznej (choć sugerują jej możliwość), ukazują prawdopodobieństwo wystąpienia korzystnych zmian nastroju u osób, które angażują się w uczestnictwo w programie profilaktycznym.
5. Badania pokazują także, że 3 testy badające poziom depresji w podobny sposób ją mierzą — ich wyniki są zgodne. Może to sugerować, że prosty w zastosowaniu Test Dwóch Pytań (TDP) bada poziom depresyjności z podobną dokładnością jak sprawdzone, bardziej złożone narzędzia. Jest prostszy i szybszy w użyciu. Badanie będzie kontynuowane na większej grupie.
6. Zaobserwowane różnice między pomiarami sugerują zasadność kontynuowania badań, które umożliwią bliższe przyjrzenie się mechanizmom widocznych zmian w nastroju badanych osób oraz ich zadowolenia z poszczególnych obszarów życia (zauważone zmiany są ciekawe, ale na obecnym etapie badań trudno przesądzić ich znaczenie).

Piśmiennictwo

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharm.* 2011, 21(9): 655–790.
2. Lasserre AM, Marti-Soler H, Strippoli MP, Vaucher J, Glaus J, Vandeleur CL. Clinical and course characteristics of depression and all-cause mortality: A prospective population-based study. *J. Affect. Disord.* 2016 Jan 1;189:17-24. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.010. Epub 2015 Sep 14.
3. Depression and the global economic crisis: is there hope? *Lancet* 2012, 380(9849): 1203.
4. Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Choi JY. The early course of depression: a longitudinal investigation of prodromal symptoms and their relation to the symptomatic course of depressive episodes. *J. Abnorm. Psychol.* 2010, 119 (3): 459–467.
5. Fava GA, Tossani E. Prodromal stage of major depression. *Early Interv. Psychiatry* 2007; 1(1): 9–18.
6. Cuijpers P, Aartjan TF, Beekman MD, Charles F, Reynolds MD. Preventing depression a global priority. *JAMA* 2012, 307 (10): 1033–1034.
7. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilizing survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of 10 mental disorders. *Br. J. Psychiatry* 2004, 184: 526–533.
8. Perlis ML, Giles DE. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J. Affect. Disord.* 1997; 42 (2–3): 209–212.
9. Barrera AZ, Torres LD, Muñoz RF. Prevention of depression: the state of the science at the beginning of the 21st Century. *Int. Rev. Psychiatry* 2007; 19 (6): 655–670.
10. Mayor S. Depression in teenagers can be identified with three questions, study shows. *BMJ* 2016;352:i547.
11. Richards DA, Ekers D, McMillan D, Taylor RS, Byford S, Warren FC. i in. Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): a randomized, controlled, non-inferiority trial. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
12. Ito M, Okumura Y, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Miyamae M. i inn. Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. DOI: 10.1186/s12888-016-0779-8.
13. Sęk H. *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 1993.
14. Sęk H. Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń z perspektywy psychologii. W: Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 2008, s. 256–268.
15. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders. Washington (DC): National Academies Press, 1994.
16. Grzesiuk L. *Psychoterapia i praktyka*. Warszawa: ENETEIA; 2006.
17. Słowik P, Walczewski K, Müldner-Nieckowski Ł. Konsultacja profilaktyczna jako możliwość prowadzenia edukacji prozdrowotnej w zakresie profilaktyki depresji. Przebieg badań i analiza programu. W: Borzęcki A, red. *Problemy współczesnej higieny*. Lublin: Wydawnictwo Norbertinum, Drukarnia-Księgarnia; 2016, s. 329–347.
18. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Skala pomiaru prężności — SPP-25. *Now. Psychol.* 2008, 3: 39–56.
19. Oleś P. *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2008.

20. Ogińska-Bulik N. Prężność a postraumatyczny rozwój u młodzieży. W: Ogińska-Bulik N, Miniszewska J, red. Zdrowie w cyklu życia człowieka. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012, s. 75–87.
21. Stach R. Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1991.

Adres: pslow@op.pl