

OBRAZ PSYCHOLOGICZNY LUDZI Z ZAROSTOWYMI TĘTNICAMI KOŃCZYN DOLNYCH SPOWODOWANYMI CHOROBYMI NACZYŃ OBWODOWYCH

MARIA B. PECYNA

Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
Warszawa

PSYCHOLOGICAL PICTURE OF PEOPLE WITH LOWER EXTREMITIES ARTERIES DISEASES

Summary: This article is an attempt to show the picture of people with lower extremities arteries diseases. Psychological picture was measured with MMPI-WISKAD, 16PF, CPI and IDB. In the research, following factors were found: (1) for middle – aged people; schizotimia, emotional disorders, lack of socialisation, conservatism, psychasthenia, depression and intolerance. (2) for older people; psychasthenia, dominance, conservatism, depression, lack of will to be liked, bad frame of mind and schizophrenic – like symptoms.

These constructed model can be used in preventing and treatment of people with lower extremities arteries diseases.

Wprowadzenie

Choroby naczyń obwodowych z dominacją zarostowych tętnic kończyn dolnych stanowią poważny i stale narastający problem psychologiczno-medyczny i społeczny (Boobis i in., 1982; Costa i in., 1981; Foster i in., 1986; Pecyna i in., 1991), którego odzwierciedleniem są wzrastające wartości współczynników chorobowości i umieralności. I tak, np. w ostatnim dziesięcioleciu w grupie wiekowej 60 lat i więcej standaryzowany współczynnik umieralności wzrósł z 127,3/10 000 w roku 1988 do 169,5/10 000 w roku 1997 przy średniorocznym wzroście ok. 0,8% (współczynniki opracowano w oparciu o dane GUS).

Nazwa *choroby naczyń obwodowych* obejmuje schorzenie wszystkich naczyń krwionośnych organizmu poza sercem, mózgiem oraz układem chłonnym. Pod względem umiejscowienia niedrożności tętniczej według klasyfikacji Fontaine'a i Ratschowa wyróżnia się sześć ich typów: obwodowy (dotyczy on zamknięcia tętnic naczyń podudzia i stopy), udowy, miednicowy, tętnicy głównej, barkowy i tętniczo-

-szyjny, z których najczęściej występuje typ obwodowy pod nazwą zarostowych tętnic kończyn dolnych.

Opierając się na tej klasyfikacji, typ obwodowy charakteryzuje się zamykaniem naczyń podudzia i stopy, powoduje niedrożność w zakresie tętnic piszczelowych i ich rozgałęzień. Typowe jego objawy kliniczne są następujące: oziębienie kończyn, chromanie przestankowe, bóle w spoczynku, zmiany zabarwienia skóry, zmniejszenie tętnienia tętnic i bezodczynowe owrzodzenie lub zgorzel. Z kolei sam przebieg zaburzeń w krążeniu obwodowym dzieli się na cztery okresy chorobowe cechujące się typowymi objawami niedokrwienia: faza bezobjawowa, bóle wysiłkowe i chromanie przestankowe, bóle spoczynkowe nasilające się w nocy i martwica przechodząca w zgorzel (Kancelarczyk i in., 1981; Rymaszewski i in., 1988).

Zespół zaburzeń chorób zarostowych tętnic kończyn dolnych charakteryzuje się niewydolnością różnego rodzaju i stopnia nasilenia. Są one najczęściej pochodzenia miażdżycowego, rzadziej zapalnego i przedstawiają szereg interesujących zagadnień psychologicznych, bowiem niektórzy badacze przypisują stresowi emocjonalnemu pierwszoplanowe znaczenie w etiologii tychże chorób (Cohen, 1982; Foster i in., 1986; Kligman i in., 1986; Pecyna, 1992a i b). Stąd celem doniesienia jest próba odpowiedzi na następujące pytania: Czy w obrazie psychologicznym istnieją cechy psychologiczne charakteryzujące ludzi z chorobami naczyń obwodowych z dominacją zarostowych tętnic kończyn dolnych? Czy wykryte cechy osobowości mogą prognozować wystąpienie tych chorób? Czy stopień nasilenia poznanych cech jest warunkowany wiekiem badanych? Uzyskane wyniki wydają się mieć znaczenie praktyczne zarówno w postępowaniu profilaktycznym, jak i farmakologicznym oraz w psychoterapii.

Metoda badań

Osoby badane. Badaniami objęto 137 osób w wieku 30-42 lata, (średnia wieku: 35,4) i 154 osoby w wieku 60-72 lata (średnia wieku: 65,7), leczących się z powodu chorób naczyń obwodowych z dominacją choroby zarostowej tętnic kończyn dolnych. W zależności od wieku i objawów klinicznych choroby wyróżniono cztery grupy badawcze:

w wieku średnim:

- grupa A – 35 osób z obecnością objawów klinicznych w fazie początkowej choroby zarostowej kończyn dolnych (I okres choroby),
- grupa B – 32 osoby z silnymi bólami spoczynkowymi i rozległymi zmianami troficznymi skóry (IV okres choroby),

oraz w wieku starszym:

- grupa C – 33 osoby w pierwszym okresie choroby tętnic kończyn dolnych,
- grupa D – 35 osób w czwartym okresie tej samej choroby.

Grupy kontrolne stanowiły osoby zdrowe, u których nie stwierdzono żadnych objawów klinicznych choroby zarostowej tętnic kończyn dolnych i oznaczone były kolejnymi literami alfabetu: E, F, G i H. Były one równoważne do wyżej wymienionych grup zasadniczych pod względem płci, wieku, pochodzenia społecznego i miejsca zamieszkania (duże miasto). Grupy kontrolne zostały wykorzystane w regresyjnej metodzie modelowania matematycznego.

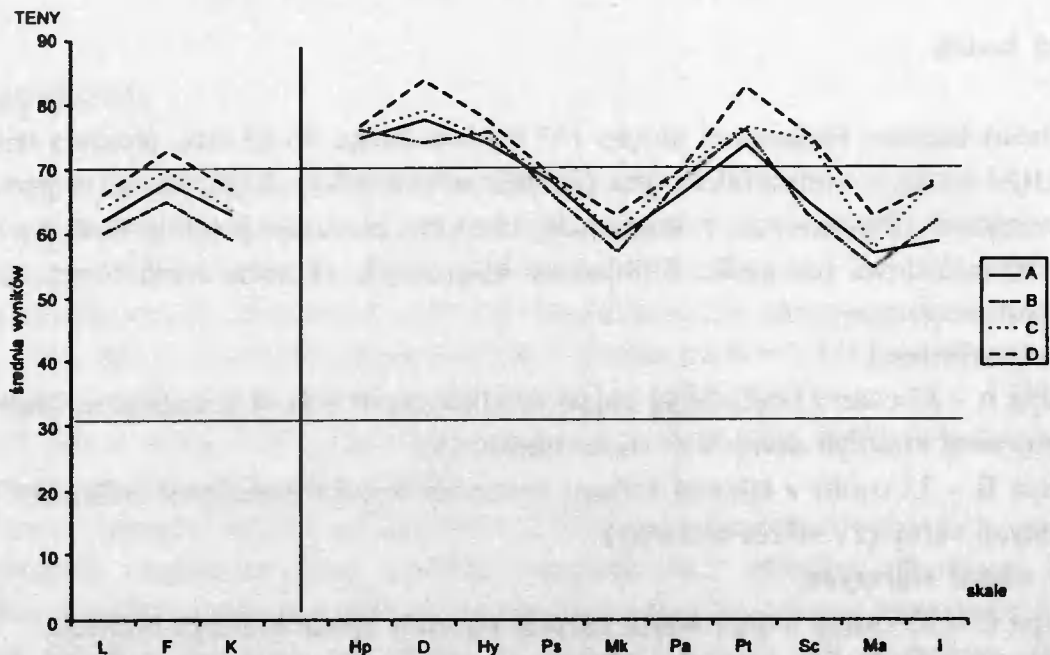
Pomiar. U wszystkich badanych wykonano badania psychologiczne następującymi narzędziami: R.B. Cattella 16-czynnikowym Kwestionariuszem Osobowości (16 PF), H.G. Gougha Kalifornijskim Inwentarzem Osobowości (CPI), S.R. Hathawaya i J.C. McKinleya Kwestionariuszem MMPI-WISKAD oraz A.T. Becka Inwentarzem Samooceny Depresji (IDB).

Zmienną zależną opisano jako *wskaźnik obrazu psychologicznego ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych* w skali ciągłej, którą dla celów opisowych zamieniono na czterostopniową skalę dyskretną: b. duże, duże, niewielkie, żadne.

W opracowaniu statystycznym uzyskanych wyników posłużono się metodą t-Studenta oraz regresyjną metodą modelowania matematycznego według pakietu Programów DANA.

Wyniki badań

W pierwszym etapie interpretacji Kwestionariusza MMPI-WISKAD dokonano wzajemnych porównań profili uzyskanych przez pacjentów wymienionych grup: A, B, C, D. Obraz psychologicznej analizy porównawczej prezentuje rycina 1.

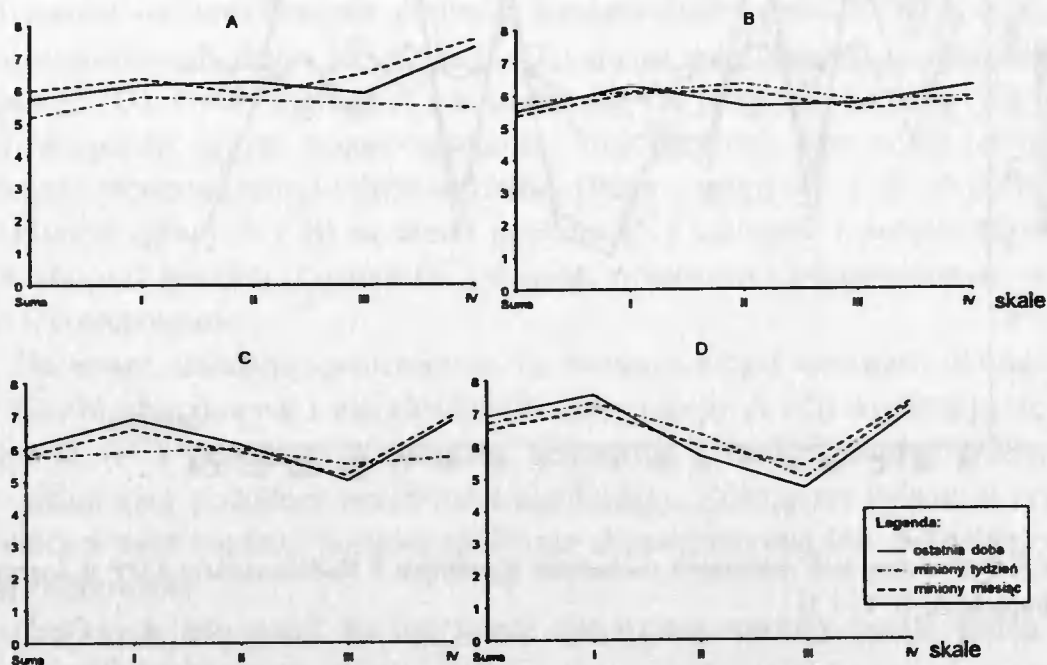


Rycina 1. Porównanie średnich wartości uzyskanych z Kwestionariusza MMPI-WISKAD w wyróżnionych grupach: A, B, C, D

Uzyskane profile są do siebie podobne i swym kształtem są charakterystyczne dla nerwicowego zespołu psychastenicznego z nasilonym syndromem triady neurotycznej: hipochondrii, depresji i hysterii oraz psychastenii. Wymienione skale mieszczą się w przedziale 74-85T i sugerują, że u badanych na pierwszy plan wybijają się skargi natury psychastenicznej. Do syndromu tego należą następujące cechy: natręctwa, myśli obsesyjne, niepokój, lęki, fobie, trudności podejmowania decyzji nawet w sprawach małej wagi, nieokreślone poczucie winy przy wysokich wymaganiach moralnych i skłonnościach do nadmiernej introspekcji – autoanalizy poglądów oraz postępowania w życiu codziennym.

Na uwagę zasługuje fakt, że w porównaniu z chorymi w wieku średnim (por. grupy A i B) chorzy w wieku podeszłym, należący do obu grup C i D, a więc o różnym stopniu progresji choroby naczyń obwodowych, uzyskali wysokie wyniki zarówno w skali psychastenii (Pt), jak i w skali schizofrenii (Sc). Można więc przypuszczać, że ich obsesje są jednocześnie niedorzeczne i schizofrenopodobne. Taka interpretacja wyników pozwala na scharakteryzowanie pacjentów w wieku podeszłym (75 lat i więcej), jako osób oczekujących na pomoc otoczenia w postaci choćby wysłuchania ich i zrozumienia. Ciekawym spostrzeżeniem jest to, że uzyskane wartości w skali psychastenii nieznacznie wzrastają z wiekiem i że rejestrowane zmiany są większe u osób z wyraźnymi objawami klinicznymi choroby zarostowej tętnic kończyn dolnych.

Notowane różnice statystycznie istotne w skali depresji mierzonej Kwestionariuszem WISKAD-MMPI pomiędzy czterema badanymi grupami uzupełniają wyniki badań Inwentarza IDB, które dostarczyły informacji na temat stopnia odczuwania nasilenia depresji w poszczególnych grupach. Na rycinie 2 przedstawiono wyniki średnich wartości dla wyróżnionych w analizie jakościowej grup: A, B, C i D.

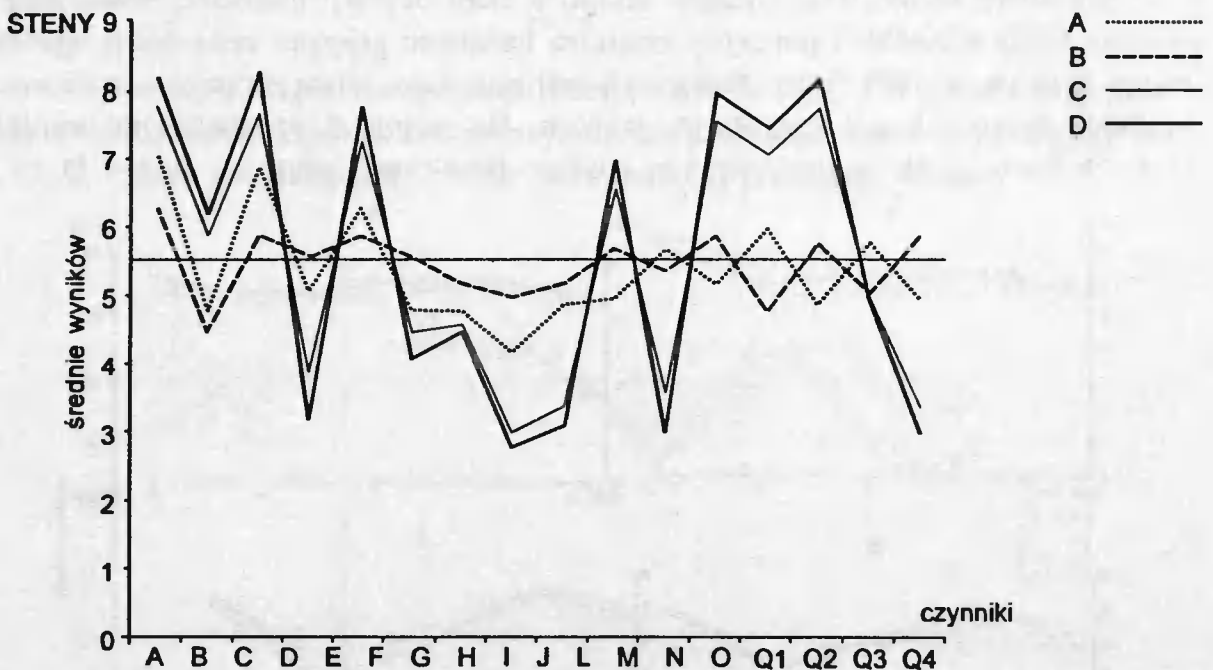


Rycina 2. Porównanie średnich wartości uzyskanych z Inwentarza Depresji Becka w wyróżnionych grupach: A, B, C i D

Analiza danych, jak i analiza jakościowa wypowiedzi nasuwają następującą interpretację. Nasilenie zespołu cech depresyjnych w grupach starszych wiekiem (C i D) jest znacznie większe niż nasilenie tych samych cech w grupie w wieku średnim (A i B). Notowane różnice są statystycznie istotne przy $0,05 < p < 0,001$. Może to wynikać z nasilających się dolegliwości psychastenicznych opisanych wyżej. Najbardziej nasiloną jest skala lęku (IV) w grupie A oraz skala dotycząca sfery psychologicznej depresji (I) w grupie D. Wypowiedzi są tutaj bardzo ciekawe, obrazujące wewnętrzną rozbieżność i lęki, jakie przeżywają pacjenci hospitalizowani z powodu choroby zarostowej tętnic kończyn dolnych w stadium zaawansowanym.

W porównaniu z chorymi w wieku średnim, wyniki Inwentarza IDB pozwalają scharakteryzować pacjentów w wieku podeszłym jako bardziej nastrojowych ze znacznie większym autokrytycyzmem oraz z większą rozbieżnością pomiędzy skalą *psychologiczną* depresji (IV) a objawami *somatycznymi* (III). Teoretycznie taki stan winien być odpowiedzią na prawdopodobnie pogłębiające się uczucie zagrożenia dysfunkcją ruchową (poruszania się przy pomocy wózka lub balkonika), przerastające siły psychiczne danej osoby badanej.

Uzupełnieniem do powyższej interpretacji jest analiza uzyskanych wyników w Kwestionariuszu 16 PF dotyczących struktury i poziomu cech osobowości (por. rycina 3).

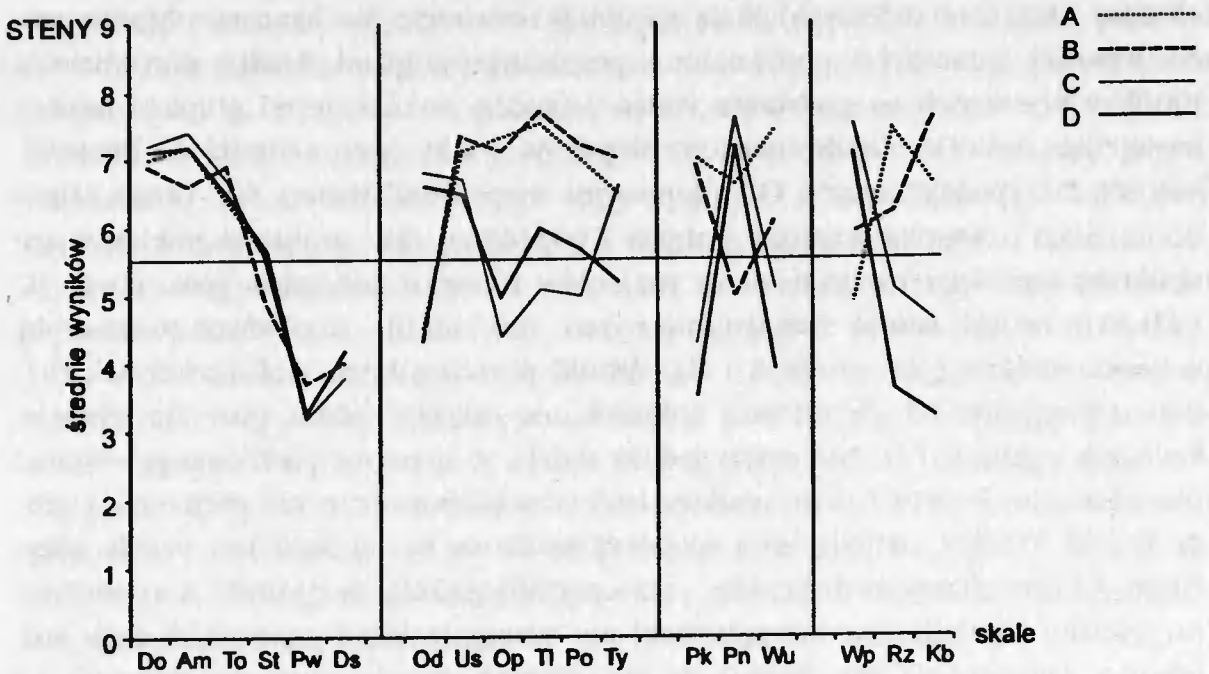


Rycina 3. Porównanie cech źródłowych osobowości uzyskanych z Kwestionariusza 16PF w wyróżnionych grupach: A, B, C, i D

Wykazuje ona, że pacjenci grupy A (w średnim wieku i z wczesnym okresem choroby naczyń obwodowych) mają najsilniej rozwinięte mechanizmy obronne wobec własnych trudności w porównaniu z pozostałymi grupami. Analiza porównawcza profilów uzyskanych na podstawie badań pomiędzy wyróżnionymi grupami nasuwa następujące wnioski: Ogólny poziom niepokoju i lęku [por. czynniki C^- (neurotyczność), L^+ (podejrzliwość), O^+ (depresyjna niepewność siebie), Q_3^- (niska samoocena) i Q_4^+ (wysokie napięcie potrzeb i popędów)] oraz profile charakteryzujące strukturę tego lęku uzyskane przez pacjentów w wieku podeszłym (por. grupy C i D) są w sposób istotny statystycznie wyższe od profili uzyskanych przez osoby w wieku średnim (por. grupy A i B). Wyniki poszczególnych skal, aczkolwiek znacznie odbiegające od ich wartości średnich, nie osiągają jednak poziomu wyników badanych z grup C i D. Nie należy jednak sądzić, że uzyskane profile mogą nasuwać przypuszczenie o nerwicowym podłożu trudności osobowościowych pacjentów z grupy C i D. Według Cattella lęk i niepokój mierzony na tej skali jest przede wszystkim lękiem charakterologicznym, tzn. psychologicznie związanym z osobistymi przeżyciami i konfliktami wewnętrznymi czy nawet strukturą pozostałych cech osobowości. Odnoszą się one głównie do czynników będących miarą niepokoju (C, L) i temperamentu (A, F, Q_2). Uzyskane wartości w czynniku temperamentalnym (A) przynależące do grup C i D (przynależą do nich osoby w wieku starszym) istotnie ($t = 2,76$ $p < 0,01$) bardziej skoncentrowane są wokół przedziału wskazującego na schizotypię (7-8 sten). Osoby w wieku średnim zarówno we wcześniejszych, jak i późniejszych okresach swej choroby (A i B) są mniej schizotypiczne, a więc bardziej towarzyskie i otwarte, mniej krytyczne i ostrożne wobec innych, bowiem ich wyniki są istotnie ($t = 2,48$, $p < 0,05$) bardziej skupione w przedziale wskazującym na umiarkowane nasilenie wyróżnionych czynników (5-6 sten). Poza wymienionymi czynnikami (A, C, F, L, Q_2) ważną rolę odegrały tu dominacja (E) i superego (G). Osoby z grupy A i B prezentują się tutaj jako bardziej (E^-) podporządkowujące się innym, konwencjonalne i autoagresywne oraz mniej (czynnik G) sumienne, zrównoważone i odpowiedzialne. Osoby z grupy C i D w porównaniu z młodszymi (grupy A i B) są mniej (czynnik E^+) taktowne i podporządkowujące się innym oraz bardziej (czynnik G^+) dojrzałe uczuciowo i odpowiedzialne za swoje życie i postępowanie.

Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że badane osoby z wczesnym okresem choroby naczyń obwodowych i niezależnie od wieku (grupy A i C) wyróżniają się mniej nasilonym (F^+) pesymizmem, postawą depresyjną i trudnościami przystosowania przy zachowanej podobnej wrażliwości psychicznej. Różnią się jednak w czynniku Q_1 , który wyraża bardziej postawę społeczną (konserwatywną lub radykalną) aniżeli cechą osobowości.

Ciekawych informacji na ten temat dostarczały również wyniki badań Inwentarzem CPI (por. rycina 4).



Rycina 4. Porównanie średnich wartości uzyskane z Kwestionariusza CPI w wyróżnionych grupach: A, B, C i D

Uwzględniając kategorię I, która stanowi miarę zrównowżenia, na uwagę zasługują skale o najwyższych wartościach: Do (dominacja), Am (ambicja) oraz najniższych: Pw (poczucie własnej wartości), To (towarzystwo) i Ds (dobre samopoczucie). Oznacza to, że pacjenci z chorobą naczyń obwodowych niezależnie od wieku charakteryzują się w tej kategorii jako ludzie agresywni, pewni siebie, ambitni, ale za to egocentryczni, nie dążący do kontaktów społecznych, bardzo wrażliwi na opiekę innych z przejawami poczucia winy, bierności i apatii.

Kategoria II jako miara uspołecznienia, dojrzałości i odpowiedzialności przy $p < 0,01$ wyraźnie różnicuje badane grupy ze względu na wiek. Osoby w średnim wieku z chorobą naczyń obwodowych (grupy A i B) w stosunku do osób w wieku podeszłym z tą samą chorobą naczyń obwodowych (grupy C i D) są bardziej uspołecznione (Us), opanowane (Op) i tolerancyjne (To), ale za to mniej odpowiedzialne (Od) i nie usiłujące robić dobrego wrażenia na innych, chociaż autentycznie są również wrażliwe na opinie innych (Po).

Najbardziej zróżnicowała badane grupy kategoria III (miara pobudzenia i wydajności umysłowej) oraz kategoria IV (miara sposobu myślenia i typu zainteresowań), przy $0,01 < p < 0,001$ z uwagi na wiek i stopień zaawansowania choroby zarostowej tętnic kończyn dolnych. Ludzie starzy w porównaniu z ludźmi w średnim wieku określili się jako niepewni siebie i dogmatyczni (Pk), a także zamartwiający się, bezceremonialni w sposobie bycia, niecierpliwi, niezdecydowani i nierefleksyjni (Kb).

Oceniając globalnie uzyskane profile ludzi w wieku starszym (grupy C i D), które odzwierciedlają charakterystyczne cechy badanych, to w porównaniu z ludźmi w wieku średnim, zauważa się większą zgodność otrzymanych wyników, które mogą świadczyć o wysokim stopniu integracji badanych cech, jednak przy bardziej wyraźnych skłonnościach do wyolbrzymiania swoich zmartwień i kłopotów (niskie wyniki w skali Ds i Po) oraz pragnieniach, czy nawet skłonnościach do rządzenia, kontrolowania i manipulowania innymi ludźmi i ich sprawami (Do). Biorąc pod uwagę wysokie i niskie wyniki w skali Do (dominacja) i Po (chęć podobać się), taką postawę można scharakteryzować jako – *sprytny egoista* – inicjator działania i zarządzania innymi.

Poniżej opisane wyniki otrzymane przy zastosowaniu regresyjnej metody modelowania matematycznego potwierdzają w wysokim stopniu zgodność powyższej hipotezy. I tak, przy uwzględnieniu grup kontrolnych (E, F, G i H) „obraz psychologiczny ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych” opisano następującymi zmiennymi:

– dla przedziału wieku 30-42 lat

[wskaźnik obrazu psychologicznego ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych]

+ 0,26	[(schizotypia (A ⁻)]
+ 0,23	[(niezrównoważenie emocjonalne (C ⁻)]
- 0,45	[(uspołecznienie (Us)]
+ 0,04	[(konserwatyzm (Q ₁ ⁻)]
+ 0,37	[(psychastenia (Ps)]
+ 0,42	[(depresja (D)]
- 0,32	[(tolerancja (To)]

– dla przedziału wieku 60-72 lata

[wskaźnik obrazu psychologicznego ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych]

+ 0,34	[(psychastenia (Ps)]
+ 0,52	[(dominacja (E ⁻ , Do)]
+ 0,09	[(konserwatyzm (Q ₁ ⁻)]
+ 0,48	[(depresja (D)]
- 0,21	[(chęć podobać się (Po)]
+ 0,00	[(dobre samopoczucie (Ds)]
+ 0,32	[(cechy schizofrenopodobne (Sc)]

W obu równaniach zatrzymano się na modelach 7-czynnikowych, ponieważ dalsze dołączanie czynników nie dawało statystycznie znamienych poprawności mo-

deli. Stopień natężenia korelacji prostych wskaźników obrazu psychologicznego ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych z cechami opisującymi strukturę osobowości w zależności od odchyień w wyżej wymienionych równaniach przyjął następujące wartości:

– dla przedziału wieku 30 – 42 lata

Czynniki	Współczynnik wartości korelacji prostej	
	centralnej	normalnej
schizotypia	0,67	0,54
niezrównoważenie emocjonalne	0,64	0,65
uspołecznienie	0,74	0,57
konserwatyzm	0,76	0,64
psychastenia	0,71	0,45
depresja	0,77	0,68
tolerancyjność	0,64	0,55

– dla przedziału wieku 60 – 72 lata

Czynniki	Współczynnik wartości korelacji prostej	
	centralnej	normalnej
psychastenia	0,77	0,55
dominacja	0,67	0,65
konserwatyzm	0,70	0,72
depresja	0,67	0,66
chęć podobań się	0,77	0,78
dobre samopoczucie	0,67	0,88
cechy schizofrenopodobne	0,85	0,69

Uzyskane wartości współczynników wielorakiej korelacji normalnej, tzn. między zmienną zależną – *wskaźnik obrazu psychologicznego ludzi z chorobą zarostową*

tętnic kończyn dolnych a cytowanymi siedmioma zmiennymi niezależnymi opisującymi wskaźnik zagrożenia tą chorobą dla przedziału 30-42 lata wynosi 0,76, dla przedziału zaś 60-72 lata analogiczny współczynnik wynosi 0,88, zaś współczynniki korelacji centralnej wynosiły kolejno: 0,54 i 0,45. Cytowane wysokie wartości współczynników świadczą o tym, że rozpatrywane zmienne opisujące wskaźnik obrazu psychologicznego ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych ogarniają nieprawidłowe stany psychiczne przeżywane przez badanych i dlatego mogą być określane jako psychologiczne czynniki osobowości, które prawdopodobnie wiążą się z patogenezą chorób naczyń obwodowych.

Ważnym zagadnieniem, ale jednocześnie trudnym lub prawie niemożliwym do zbadania na obecnym poziomie wiedzy jest pytanie: W jakim stopniu opisane wyżej czynniki psychologicznego obrazu ludzi z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych są przyczyną czy wynikiem choroby? Wiadomo przecież, że z chwilą rozwoju choroby naczyń obwodowych występują zmiany obrazu siebie samego i stylu życia. Trudno więc odróżnić, co leży u podłoża choroby, a co jest jej wynikiem. Rola więc czynników emocjonalnych i właściwości funkcjonowania społecznego na poziomie prezentowanych wyników i dostępnego piśmiennictwa nie dostarczają informacji, które pozwoliłyby na identyfikację tych zjawisk. Pewne nadzieje na przybliżenie rozwiązania tego problemu budzą interdyscyplinarne badania o charakterze prospektywnym.

Wnioski

Z przedstawionej analizy danych statystycznych wynika, że:

- (1) obraz psychologiczny ludzi z chorobami naczyń obwodowych z dominacją choroby zarostowej tętnic kończyn dolnych, prawdopodobnie modelują czynniki emocjonalne i adaptacyjne funkcjonowania społecznego;
- (2) z uwzględnieniem wieku i stopnia zaawansowania chorób typu tętniczo-udowego w kolejności ich znaczenia, wyróżnia się następujące czynniki kształtujące obraz psychologiczny badanych:
 - dla osób w wieku średnim: schizotypia, niezrównoważenie emocjonalne, konserwatyzm, psychastenia, depresja i nietolerancyjność,
 - dla osób w wieku starszym: psychastenia, dominacja, konserwatyzm, depresja, brak chęci podobać się, złe samopoczucie oraz objawy schizofrenopodobne;
- (3) znajomość powyższych czynników, tworzących psychologiczny obraz badanych z chorobą zarostową tętnic kończyn dolnych wydaje się mieć znaczenie w praktyce psychologicznej zarówno dla oceny pacjenta, jak i we wspomaganiu farmakoterapii psychoterapią głęboką.

LITERATURA CYTOWANA

- Boobis, L.H., Bell, P.R.F. (1982). Can drugs help patients with lower limb ischaemia? *British Journal of Surgery*, 69 (supplement), 17.
- Cohen, N.A. (1982). On loneliness and the ageing process. *International Journal of Psychoanalysis*, 63/2, 149.
- Costa, P.T.Ir., McCrae, R.R., Noris, A.H. (1981). Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from neuroticism and extraversion. *Journal of Gerontology*, 36/1, 78.
- Foster, I.M. Gallagher, D. (1986). An exploratory study comparing depressed and nondepressed elders coping strategies. *Journal of Gerontology*, 41/1, 91.
- Gallagher, D., Nies, G., Thompson, L.W. (1982). Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50/1, 152.
- Kligman, A.M., Graham, J.A. (1986). The psychology of appearance in the elderly. *Dermatology of Clinic*, 4(3), 501.
- Kancelarczyk, W.L., Rymaszewski, Z. (1981). Postępowanie zachowawcze w miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych. *Kardiologia Polska*, 8, 571.
- Lieberman, M.A. (1978/79). Social and psychological determinants of adaptation. *International Journal of Aging and Human Development*, 9/2, 115.
- Magni, G., Schifano, F., De Leo, D. (1986). Assessment of depression in an elderly medical population. *Journal of Affective Disorders*, 11, 121.
- Munnichs, J.M. (1987). Psychology of ageing. An overview of research in the Netherlands. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatric*, 18(2A), 139.
- Nilsson, L.V., Persson, G. (1984). Personality changes in the aged. A longitudinal study of psychogenic needs with CMPS. *Acta Psychiatrica of Scandynavica*, 69/3, 182.
- Pecyna, M.B. (1990). Czynniki psychologiczne warunkujące długowieczność. *Magazyn Medyczny*, 4, 32.
- Pecyna, M.B., Wróblewski, T. (1991). Psychologiczno-medyczne problemy ludzi starych w badaniach demograficznych i epidemiologicznych w Polsce w latach 1978-1987, cz. IX. Hospitalizacja spowodowana chorobami żył, naczyń limfatycznych i innymi chorobami układu krążenia. *Zdrowie Publiczne*, 10, 448.
- Pecyna, M.B. (1992a). Samotność i jej korelaty osobowościowe a stopień zaawansowania miażdżycy naczyń mózgowych u ludzi starszych w badaniach epidemiologicznych. *Przegląd Epidemiologiczny*, 3, 277.
- Pecyna, M.B. (1992b). Struktura potrzeb psychicznych chorych po 60 roku życia hospitalizowanych z powodu niedokrwiennej choroby serca powikłanej zespołem asteniczno-depresyjnym niedokrwiennej choroby serca i u osób zdrowych. *Wiadomości Lekarskie*, 56, 17.

- Pecyna, M.M. (1993a). Ocena aktualnych i przewidywanych trendów postępującego wraz z wiekiem zmniejszania się efektywności intelektualnych i sprawności psychicznych u ludzi w wieku poprodukcyjnym w świetle badań epidemiologicznych w latach 1977-1988, cz. I. Choroby naczyniowe i naczyniopochodne. *Zdrowie Publiczne*, 3, 118.
- Pecyna, M.B. (1993b). Czynniki warunkujące psychologiczny proces starzenia się w świetle własnych badań. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 69.
- Rymaszewski, Z., Kancelarczyk, W.L. (1988). Choroby naczyń obwodowych. W: W. Orłowski (red.) *Nauka o chorobach wewnętrznych t. II*. Warszawa: PZWL.
- Schultz, R. (1982). Emotionality and empirical analysis. *Journal of Gerontology*, 37/1, 42.