

Poczucie koherencji, osobowość i style rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych

Sense of coherence, personality and style of coping by patients suffering from depressive disorders

Krzysztof Zboralski, Antoni Florkowski, Piotr Gałęcki

Klinika Psychiatrii i Zaburzeń Nerwicowych z Oddziałem Interwencji Kryzysowych
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

Summary

Introduction. At present increasing medical attention is paid to the salutogenesis approach suggested by Aaron Antonovsky. The main focus of interest in the approach is the sense of coherence.

Aims. The aim of the study was to define the sense of coherence and the mutual condition linked between this sense and some personality traits within an individual, including the styles of coping by men and women suffering from depression.

Material and methods. The research included the use of a SOC-29 questionnaire, NEO-FFI test and Moos' test. The research was conducted on 69 patients recognized to have suffered from depression. The patients were in treatment at The Psychiatric and Neurosis Disorder Clinic with Critical Intervention Ward, Medical University of Łódź.

Results. 1) A sense of coherence within an individual is considerably stronger in male patients. 2) Males and females differ in the realm of particular personality traits and the ways of dealing with every day problems. 3) Character traits and the ways to handle stressful situations differ among individuals in respects to the sense of coherence level within an individual.

Słowa klucze: salutogeneza, poczucie koherencji, zaburzenia depresyjne

Key words: salutogenesis, sense of coherence, depression disorder

Wstęp

W dominującym od wielu dekad w medycynie podejściu patogenetycznym stawiamy pytanie o czynniki, które spowodowały wystąpienie zaburzenia czy choroby. Innymi słowy interesuje nas przyczyna choroby. Obecnie jednak coraz większe zainteresowanie budzi inne podejście – związane z nazwiskiem Aarona Antonowsky'ego – mianowicie salutogeneza.

Model salutogenezy Antonovsky opracował pod koniec lat 70. Zdrowie i choroba wg tego modelu to kontinuum, na którym dokonuje się próby ustalenia pozycji człowieka. W orientacji salutogenetycznej nie szukamy patogenów powodujących choroby, lecz czynników sprzyjających przesuwaniu się człowieka na kontinuum w kierunku zdrowia.

Orientacja ta opiera się na tezie, zgodnie z którą cechami wszystkich organizmów są heterostaza, starzenie się i rosnąca entropia [1, 2, 3, 4]. Zatem wszechobecne stresory, jakie wpływają na nasz organizm, wymagają od nas ciągłego, dynamicznego przystosowywania się, poszukiwania źródeł ujemnej entropii. Centralnym pojęciem w koncepcji Antonowsky'ego jest pojęcie „poczucia koherencji” (sense of coherence – SOC). Definicja autora jest długa, lecz jak sądzę zrozumiała: „Poczucie koherencji jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturywany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [3, 5]. Możemy więc wyróżnić trzy główne składniki poczucia koherencji – są to: poczucie zrozumiałości, sensowności i zaradności.

Oceniając zachowanie człowieka, w dużym stopniu bazujemy na jego zasobach i możliwościach adaptacyjnych. W różnych badaniach poświęconych SOC i walce z chorobą zwykle okazuje się, że wyższy poziom poczucia koherencji wiąże się z bardziej efektywną walką z chorobą. W licznych badaniach prowadzonych na świecie, dotyczących poczucia koherencji, badacze są z reguły zgodni co do tego, że poziom SOC ma związek z lepszym samopoczuciem psychofizycznym, poziomem zdrowia, statusem socjoekonomicznym, leczeniem zaburzeń psychicznych, w tym depresji, lepszym rokowaniem w PTSD [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Na postawę człowieka w walce z chorobą wpływają także inne czynniki – m.in.: osobowość, style życia, strategie radzenia sobie ze stresem.

Wystąpienie depresji jest rozpoznawane przez człowieka jako zagrożenie, wywołując stres, z którym należy się uporać. W celu zachowania zdrowia (zmniejszenia poziomu stresu) człowiek podejmuje różnorodne działania – strategie: racjonalne, nieracjonalne i tym samym efektywne lub nieefektywne. W wyniku tych działań wpływa na swoje zdrowie w sposób bezpośredni lub pośredni.

Reakcje fizjologiczne organizmu są bezpośrednio związane z naszymi zachowaniami. Przykładem są np. badania nad zmianami ciśnienia krwi w procesach radzenia sobie, które wykazały, że strategiom racjonalnym towarzyszyło niższe ciśnienie krwi, w porównaniu ze strategiami nieracjonalnymi [12]. Wpływem pośrednim na zdrowie będzie np. szukanie porady u lekarza, specjalisty, poddanie się diagnostyce, odpowiednie żywienie itp.

Cel badań

Depresja jest chorobą, która w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne człowieka. Pozostaje we wzajemnych uwarunkowaniach z jego osobowość-

cią, wpływa na jego zachowanie, procesy poznawcze, emocje, samoocenę, poczucie stabilizacji życiowej itp.

W związku z tym autorzy postanowili zbadać, czy poziom poczucia koherencji, wybrane cechy osobowości, strategie radzenia sobie ze stresem pozostają w związku z zaburzeniami depresyjnymi. Czy poziom poczucia koherencji jest podobny u chorych na depresję mężczyzn i kobiet. Czy istnieje różnica w zakresie cech osobowości, strategii radzenia sobie ze stresem u osób różniących się poziomem poczucia koherencji.

Material i metoda

Do badania zaproszono 69 chorych (42 kobiety i 27 mężczyzn) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii i Zaburzeń Nerwicowych UM w Łodzi w okresie od 01.03.2004 r. do 30.09.2004 r. Średnia wieku badanych – 42,7 roku ($\pm 4,28$). Wiek kobiet i mężczyzn nie różnił się istotnie statystycznie. U osób włączonych do badania rozpoznano epizod depresyjny ciężki wg kryteriów ICD-10 [13]. Kryterium włączenia stanowiło 20 pkt w Skali Hamiltona. Do badania nie kwalifikowano chorych z objawami psychotycznymi i poważnym ryzykiem samobójstwa, a także osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi i rozpoznany w przeszłości uzależnieniem. U pacjentów stosowano monoterapię lekiem sertraline 100–200 mg/dobę (śr. dawka 120 mg/dobę). Projekt badań został zatwierdzony przez Komisję Bioetyki UM w Łodzi (protokół nr RNN/40/04/KB z dnia 10.02.2004 r).

Zastosowano następujące metody badawcze:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 – A. Antonowsky'ego – do pomiaru poziomu poczucia koherencji, który składa się z 4 skal:
 - poczucia koherencji (PK)
 - poczucia zrozumienia (PZR)
 - poczucia sensowności (PS)
 - poczucia zaradności (PZ).
2. Inwentarz Osobowości NEO-FFI (Costy i McCrae) – służy do badania osobowości w ujęciu modelu Costy i McCrae; obejmuje pięć głównych czynników osobowości:
 - neurotyczność (NEU) (odzwierciedla emocjonalne przystosowanie lub niezrównoważenie)
 - ekstrawersję (EKS) (charakteryzuje jakość i ilość interakcji społecznych, poziom aktywności, energii i zdolność do odczuwania pozytywnych emocji)
 - otwartość (OTW) (ukazuje tendencje jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, ciekawość poznawczą)
 - ugodowość (UGD) (pokazuje pozytywne lub negatywne nastawienie do ludzi, altruizm lub antagonizm)
 - sumienność (SUM) (charakteryzuje stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel) [14].
3. Test Radzenia Sobie – Moosa. Składa się z 8 podskal, dotyczących stylów (mechanizmów) radzenia sobie przez człowieka w sytuacjach trudnych:

- logicznej analizy (LA) (podejmowanie prób poznawczego zrozumienia i psychicznego przygotowania się na stres)
- pozytywnego przewartościowania (PP) (opracowanie i przetworzenie problemu w sposób, który umożliwi eliminację negatywnego skutku)
- poszukiwania rady i wsparcia (PR) (tendencja do poszukiwania wsparcia ze strony innych)
- rozwiązywania problemów (RP) (podejmowanie konkretnych działań związanych bezpośrednio z problemem)
- unikania poznawczego (UP) (unikanie realistycznego myślenia o problemie)
- akceptacji – rezygnacji (AR) (radzenie sobie z problemem przez jego akceptację lub pogodzenie się z faktami)
- szukania wzmocnień zastępczych (AW) (szukanie zastępczych form aktywności, źródeł satysfakcji)
- wyładowania emocjonalnego (WE) (działania zmierzające do obniżenia napięcia, odreagowanie).

Wyniki badań

Poniżej, na podstawie przeprowadzonych wstępnych badań, prezentujemy wyniki.

Tabela 1

Liczba, płeć i wiek badanych

| Płeć | Liczba badanych (N) | Liczba badanych (%) | Śr. wiek (SD) |
|-----------|---------------------|---------------------|---------------|
| Kobiety | 42 | 60,87 | 44,2 (7,90) |
| Mężczyźni | 27 | 39,13 | 40,7 (5,25) |
| Razem | 69 | 100,00 | 42,7 (4,28) |

W prowadzonych badaniach przeważały liczebnie kobiety. Średnia wieku w poszczególnych grupach wyniosła dla kobiet 44,2 roku, natomiast dla mężczyzn 40,7 roku. W tabeli 2 przedstawiono średnie wartości wyników zastosowanych narzędzi badawczych, uwzględniając zarówno wszystkich badanych, jak i podział z uwagi na płeć.

Poziom poczucia koherencji (wraz z podskalami) dla grup badanych, uwzględniając płeć, przedstawiono na rysunku 1. Z wyjątkiem podskali „poczucie sensowności” widzimy, że mężczyźni uzyskali wyraźnie wyższe wyniki średnie w skalach pozostałych. Zastosowanie testu różnicy wartości średnich t pozwoliło na stwierdzenie, że poza poczuciem sensowności poziom pozostałych skal różnicuje kobiety i mężczyzn w statystycznie istotnym stopniu. Wartości testu t wynoszą: dla PZR: $t = 5,526$ ($p < 0,001$), dla PZ: $t = 3,940$ ($p < 0,001$), dla PK: $t = 3,444$ ($p < 0,001$).

Na rysunku 2 przedstawiono wartości średnie uzyskane przez kobiety i mężczyzn w Inwentarzu Osobowości NEO-FFI. W tym przypadku zastosowanie testu t pozwoliło na stwierdzenie występowania różnic statystycznie istotnych dla skal: EKS (ekstrawersja), UGD (ugodowość) oraz SUM (sumienność). Dla skal pozostałych wartości testu t nie były statystycznie istotne.

Tabela 2

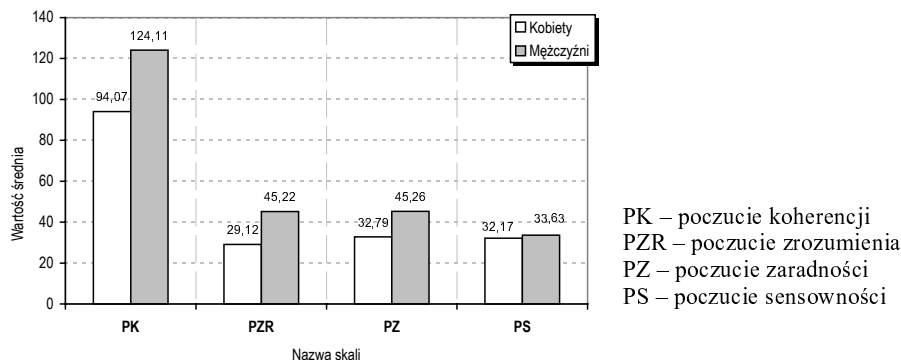
Wartości średnie (X_{sr}) wyników testów zastosowanych w badaniach

| Nazwa skali | Wartość średnia | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | Całość | | Kobiety | | Mężczyźni | |
| | X _{sr} | SD | X _{sr} | SD | X _{sr} | SD |
| Logiczna analiza | 10,96 | 3,37 | 10,21 | 3,90 | 12,11 | 1,86 |
| Pozytywne przewartościowanie | 11,10 | 3,40 | 11,00 | 3,87 | 11,26 | 2,56 |
| Poszukiwanie rady i wsparcia | 8,20 | 5,19 | 8,81 | 5,18 | 7,26 | 5,16 |
| Rozwiązywanie problemów | 10,01 | 3,77 | 9,88 | 3,61 | 10,22 | 4,06 |
| Unikanie poznawcze | 8,09 | 2,61 | 8,52 | 2,79 | 7,41 | 2,17 |
| Akceptacja – rezygnacja | 8,38 | 3,81 | 8,69 | 2,76 | 7,89 | 5,07 |
| Szukanie wzmocnień zastępczych | 8,74 | 5,10 | 8,10 | 5,34 | 9,74 | 4,63 |
| Wyładowanie emocjonalne | 8,42 | 2,69 | 9,71 | 2,68 | 6,41 | 0,88 |
| Poczucie zrozumienia | 35,42 | 14,14 | 29,12 | 12,01 | 45,22 | 11,49 |
| Poczucie zaradności | 37,67 | 14,13 | 32,79 | 13,73 | 45,26 | 11,27 |
| Poczucie sensowności | 32,74 | 12,11 | 32,17 | 12,06 | 33,63 | 12,38 |
| Poczucie koherencji | 105,83 | 38,07 | 94,07 | 36,81 | 124,11 | 32,93 |
| Neurotyczność | 26,51 | 3,7 | 26,79 | 4,50 | 26,07 | 2,33 |
| Ekstrawersja | 27,57 | 5,7 | 31,24 | 2,39 | 21,85 | 4,54 |
| Otwartość | 22,80 | 4,0 | 23,07 | 4,64 | 22,37 | 2,83 |
| Ugodowość | 25,26 | 3,5 | 24,10 | 3,79 | 27,07 | 2,23 |
| Sumiennosc | 30,09 | 2,1 | 30,76 | 1,14 | 29,04 | 2,91 |

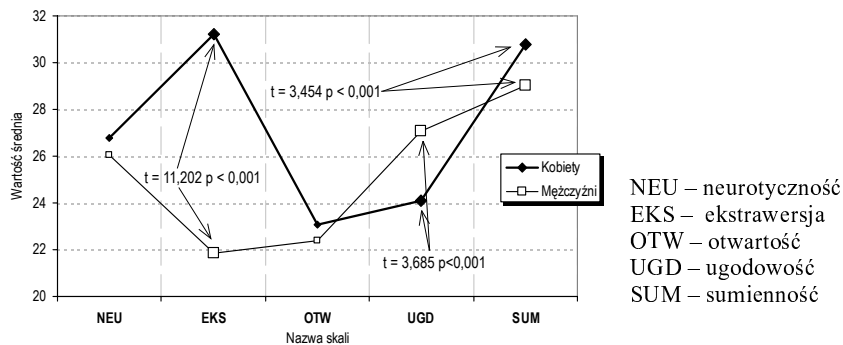
Na rysunku 3 przedstawiono wartości średnie Testu Radzenia Sobie – Moosa. Tutaj obliczenia za pomocą testu różnicy wartości średnich t pokazały, że kobiety i mężczyźni różnią się między sobą w przypadku skal LA – logiczna analiza oraz WE – wyładowanie emocjonalne. Wartości testu t wynoszą odpowiednio $t = 2,353$ ($p < 0,02$) oraz $t = 6,182$ ($p < 0,001$). W pozostałych skalach nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Autorzy dokonali także porównania badanych zmiennych na podstawie kryterium poziomu poczucia koherencji. Grupę badanych mężczyzn i kobiet traktowano w tym przypadku jako całość, a następnie dokonano podziału na dwie grupy: o wysokim i niskim poczuciu koherencji. W wyniku normalizacji wyników surowych na skalę stenową przyjęto, że poziom powyżej 101 pkt w teście SOC-29 odpowiada grupie o wyższym poziomie koherencji (średni sten 5,5 stanowił 101 pkt surowych). Na rysunkach 4 i 5 przedstawiono wartości średnie badanych skal TRS Moosa i NEO-FFI.

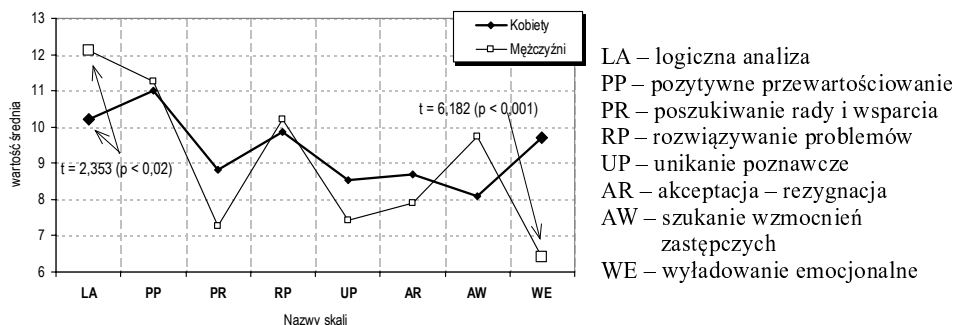
Z rysunku 4 wynika, że osoby, które charakteryzują się wysokim poczuciem koherencji, różnią się istotnie od osób o niskim poczuciu koherencji w następujących skalach testu TRS – Moosa: logiczna analiza, poszukiwanie rady i wsparcia, rozwiązywanie problemów, akceptacja – rezygnacja i szukanie wzmocnień zastępczych.



Rys. 1. Wartości średnie poczucia koherencji u badanych osób



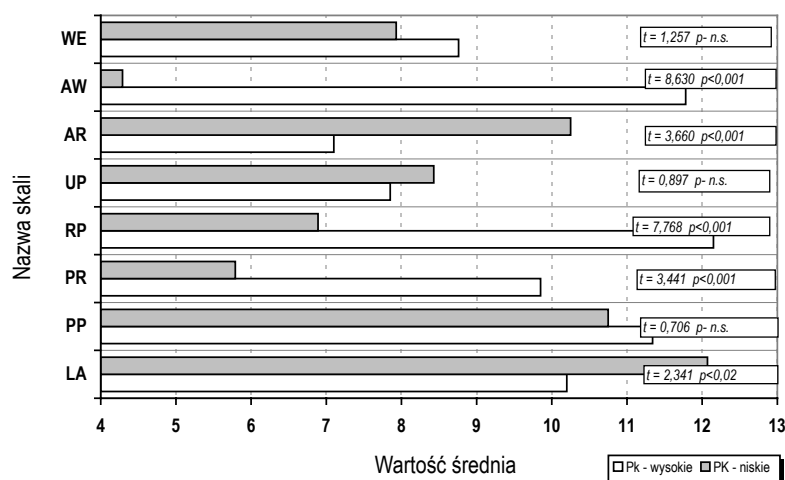
Rys. 2. Wartości średnie Inwentarza Osobowości NEO-FFI



Rys. 3. Wartości średnie testu TRS – Moosa dla kobiet i mężczyzn

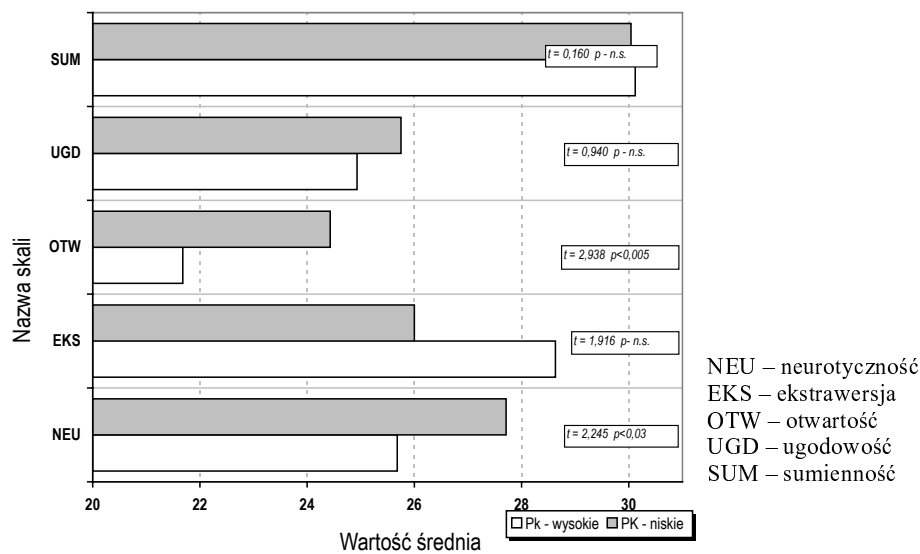
W przypadku Inwentarza Osobowości NEO-FFI badane grupy różnicują wyraźnie skale: neurotyczność oraz otwartość (rys. 5).

W celu określenia współzależności badanych zmiennych zastosowano współczynnik korelacji liniowej r Pearsona, który pokazał, że wraz ze wzrostem poczucia koherencji zwiększają się wartości zmiennych:



LA – logiczna analiza
 PP – pozytywne przewartościowanie
 PR – poszukiwanie rady i wsparcia
 RP – rozwiązywanie problemów
 UP – unikanie poznawcze
 AR – akceptacja – rezygnacja
 AW – szukanie wzmoceń zastępczych
 WE – wyładowanie emocjonalne

Rys. 4. Test TRS – Moosa – wartości średnie dla osób z wysokim i niskim poczuciem koherencji (PK)



NEU – neurotyczność
 EKS – ekstrawersja
 OTW – otwartość
 UGD – ugodowość
 SUM – sumienność

Rys. 5. Inwentarz Osobowości NEO-FFI – wartości średnie dla osób z wysokim i niskim poczuciem koherencji (PK)

- pozytywne przewartościowanie – $r = 0,37$, $p < 0,001$;
- poszukiwanie rady i wsparcia – $r = 0,62$, $p < 0,001$;
- rozwiązywanie problemów – $r = 0,80$, $p < 0,001$;
- szukanie wzmocnień zastępczych – $r = 0,85$, $p < 0,001$

oraz zmniejszają się wartości następujących zmiennych:

- unikanie poznawcze – $r = -0,31$, $p < 0,009$;
- akceptacja – rezygnacja – $r = -0,48$, $p < 0,001$;
- neurotyczność – $r = -0,46$, $p < 0,001$;
- otwartość – $r = -0,30$, $p < 0,01$;
- sumienność – $r = -0,28$, $p < 0,001$.

Omówienie wyników

Przeprowadzone badanie pokazało, że w przypadku chorych na depresję istnieją zdecydowane różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie badanych zmiennych. Generalnie, kobiety charakteryzowały się niższym poczuciem koherencji nie tylko w wymiarze ogólnym, ale i w zakresie poczucia zrozumienia, sensowności i zaradności. W pozostałych skalach istniejące różnice nie były tak jednoznaczne. Biorąc pod uwagę osobowość – kobiety znacznie częściej odznaczały się większą ekstarwertywnością. Były bardziej przyjacielskie i serdeczne. Cechowała je jednak mniejsza chęć do udzielania pomocy innym. Nie były tak prostolinijne i szczere, altruistyczne, łagodne w stosunku do mężczyzn, lecz wykazywały nieco większy poziom sumienności. Były bardziej obowiązkowe, rzetelne, poważne. Mężczyźni w zakresie omawianych cech osobowościowych pod względem nasilenia wyraźnie odbiegali od kobiet (mimo że konfiguracja cech była podobna). Ogólnie, byli mniej sumienni i ekstrawertywni, ale bardziej ugodowi. W zakresie rozwiązywania problemów mężczyźni częściej dokonywali logicznej analizy problemu i podejmowali poznawcze próby jego rozwiązania, a także znacznie rzadziej ich zachowania zmierzały do redukcji stresu poprzez odreagowanie.

Traktując badanych jako całość, a za kryterium podziału przyjmując poziom koherencji, należy zauważyć, że chorzy o wyższym poczuciu koherencji: w rozwiązywaniu problemów rzadziej stosują próby poznawczego zrozumienia stresu, w swych działaniach poszukują rady i wsparcia ze strony innych, ale także częściej podejmują konkretne działania w kierunku rozwiązywania problemu. W przypadku porażki częściej godzą się z faktami i akceptują sytuację taką, jaka jest, lub poszukują innych źródeł satysfakcji – zastępczych form aktywności. Osobowość chorych o wyższym poczuciu koherencji charakteryzuje mniejszy poziom neurotyczności, zatem są oni bardziej zdolni do kontrolowania swoich popędów, napięć emocjonalnych w walce ze stresem. Są także, w porównaniu z pacjentami o niskim poczuciu koherencji, bardziej konwencjonalni i konserwatywni w swoich poglądach. Wśród dość licznych badań dotyczących depresji autorzy nie znaleźli takich, które byłyby porównywalne metodologicznie, zatem trudno uzyskane wyniki odnieść do innych prac.

Autorzy zdają sobie sprawę, że przedstawione wyniki nie wyczerpują całości zagadnienia. Wydają się jednak istotnym przyczynkiem, mogącym pomóc lekarzom w akcentowaniu wybranych cech szczególnych w pozafarmakologicznym wspomaganiu leczenia osób depresyjnych.

Wnioski

1. Poczucie koherencji jest istotnie wyższe u chorych mężczyzn leczonych z powodu epizodu depresji.
2. Kobiety i mężczyźni leczeni z powodu depresji różnią się między sobą w zakresie niektórych cech osobowości oraz strategii rozwiązywania problemów.
3. Cechy osobowości i style radzenia sobie ze stresem różnią się w zależności od poziomu poczucia koherencji.

Чувство когеренции, личность и способы разрешения проблем у пациентов с диагнозом депрессивных нарушений

Содержание

Вступление. В настоящее время все больший интерес среди врачей проявляет салютогенетический подход в медицине, творцом которого был А. Антоновски. Центральным понятием этой ориентировки является „чувство когеренции” (sense of coherence). **Задание.** Целью исследований было определение чувства когеренции и взаимных обусловливаний с некоторыми чертами личности и способом его преодоления среди женщин и мужчин больных депрессией.

Метод. В исследованиях использован Глоссарий жизненной ориентировки SOC-29, Инвентарь личности NEO-FFI, Тест самостоятельности (TSR) Муса. Исследовано 69 больных, леченных в Клинике психиатрии и невротических нарушений с Отделением кризисных интервенций Мед. университета в г. Лодзи, с диагнозом депрессии.

Выводы. 1. Чувство когеренции существенно более высокое у больных мужчин, леченных по поводу эпизода депрессии. 2. Женщины и мужчины, леченные по поводу депрессии отличаются между собой в радиусе некоторых черт личности, а тоже способом разрешения их проблемы. 3. Черты личности и способы саморазрешения своих трудностей при стрессе отличаются между собой в зависимости от степени чувства когеренции.

Kohärenzgefühl, Persönlichkeit und Stil der Problemlösung bei Patienten mit der Diagnose Depressivstörungen

Zusammenfassung

Zur Zeit erweckt die salutogenetische Einstellung in Medizin, deren Schöpfer A. Antonow-sky war, immer größeres Interesse der Ärzte. Der zentrale Begriff in dieser Orientierung ist das „Kohärenzgefühl” (sense of coherence).

Ziel. Das Ziel der Studie war die Bestimmung des Kohärenzgefühls und gegenseitiger Bedingungen mit manchen Persönlichkeitseigenschaften und dem Stil der Selbsthilfe unter Frauen und Männern, die an Depression krank sind.

Methode. Bei der Studie wurden angewandt: Inventar der Lebensorientierung SOC - 29, Inventar der Persönlichkeit NEO-FFI, Test der Selbsthilfe (TSR) von Moos. Man untersuchte 29 Patienten, die in der Klinik für Psychiatrie und Nervenstörungen mit der Abteilung der Kriseninterventionen der Medizinuniversität in _öd_ mit der Diagnose Depressionsepisode behandelt wurden.

Schlussfolgerungen. 1. Das Kohärenzgefühl ist bei diesen Männern bedeutend höher, die wegen der Depressionsepisode behandelt wurden. 2. Die Frauen und Männer, die an Depression behandelt werden, unterscheiden sich voneinander im Hinblick auf manche Persönlichkeitseigenschaften und Strategien der Problemlösung. 3. Die Persönlichkeitseigenschaften und Stil der Stress - Selbsthilfe unterscheiden sich abhängig von dem Level des Kohärenzgefühls.

Le sens de cohérence, la personnalité et les styles de résoudre les problèmes des patients souffrant des troubles dépressifs

Résumé

Introduction. Aujourd'hui la conception salutogénétique en médecine d'Antonovsky jouit d'un intérêt assez grand des médecins. Le sens de cohérence est la notion la plus importante de cette conception.

Objectif. Définir le sens de cohérence et les corrélations mutuelles de certains traits de la personnalité et des styles de résoudre les problèmes des femmes et hommes souffrant de la dépression.

Méthode. On examine 69 patients de la Clinique Psychiatrique de Lodz. Ils sont examinés avec: questionnaire SOC-29, inventaire NEO-FFI, teste de Moos(TSR).

Conclusions. 1. Le sens de cohérence est plus élevé chez les hommes suivant la thérapie à cause d'un épisode dépressif. 2. Les femmes et les hommes souffrant de la dépression diffèrent de certains traits de la personnalité et des stratégies de résoudre leurs problèmes. 3. Les traits de la personnalité et les styles de se débrouiller avec le stress dépendent du niveau du sens de cohérence.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
2. Antonovsky A. *The sense of coherence as a determinant of health*. W: Matarazzo JD i in, red. *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley; 1984.
3. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wyd. Fundacja IPN; 1995.
4. Cowley S, Billings JR. *Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective*. J. Adv. Nurs. 1999; 29 (4): 994–1004.
5. Mroziak BA. *Antonowsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC)*. Now. Psychoz. 1994; 1: 5–16.
6. Engelhard IM, van den Hout MA, Vlaeyen JW. *The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study*. Behav. Med. 2003; 29(2): 80–84.
7. Ing JD, Reutter L. *Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian women*. Can. J. Public Health. 2003; 94(3): 224–228.
8. Maoz B, Rabin S. *Salutogenesis – a story about the development of an idea*. Harefuah 2003; 142 (7): 550–53, 564.
9. Matsuura E, Ohta A, Kanegae F, Haruda Y, Ushiyama O, Koarada S, Togashi R, Tada Y, Suzuki N, Nagasawa K. *Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma*. J. Rheumatol. 2003; 30(8): 1782–1787.
10. O'Carroll RE, Ayling R, O'Reilly SM, North NT. *Alexithymia and sense of coherence in patients with total spinal cord transection*. Psychosom. Med. 2003; 65(1): 151–155.
11. Snekkevik H, Anke AG, Stanghelle JK, Fugl-Meyer AR. *Is sense of coherence stable after multiple trauma?* Clin. Rehabil. 2003; 17(4): 443–453.
12. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wyd. ASTRUM; 2000.
13. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniw. Wyd. Med. „Vesalius” IPiN; 1997.
14. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska*. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; Warszawa: 1998.

Otrzymano: 27.06.2005

Zrecenzowano: 7.09.2005

Przyjęto do druku: 26.10.2005

Adres: Krzysztof Zboralski

Klinika Psychiatrii i Zaburzeń Nerwicowych UM

91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159, paw. XI B