

Status socjoekonomiczny a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem

Socio-economic status, aggressive behaviours and coping with stress

Agata Orzechowska, Antoni Florkowski, Wojciech Gruszczyński,
Krzysztof Zboralski, Adam Wysokiński, Piotr Gałecki,
Monika Talarowska

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

Summary

Aim. The authors define the term “satisfaction from life” as being able to achieve satisfying objectives, realize one’s own needs and desires. Such a vision depends upon personal experience, knowledge, role models and value system. The objective of this study is to establish the styles of coping with stress, as well as kinds and intensity of aggressive behaviours that depend on the degree of life satisfaction. The degree of life satisfaction was assessed by the look at the socio-economic status.

Methods. 80 people were enrolled in the study. The authors used a personal data form, Coping Inventory for Stress Situations (CISS) by N. Endler and J. Parker and Psychological Inventory of Aggression Syndrome by Z. B. Gaś (IPSA-II).

Results and conclusions. The level of life satisfaction (measured using the family situation and socio-economic status) of the participants is associated with the style of coping with stress and with tendency to aggressive behaviours. The higher the level of life satisfaction was, the lower the intensity of aggressive behaviours and more effective styles of coping with stress were observed.

Słowa klucze: zadowolenie z życia, agresja, stres

Key words: life satisfaction, aggression, stress

Wstęp

Pojęcie „zadowolenia z życia” wiążemy przede wszystkim z możliwością osiągania satysfakcjonujących celów, realizacji własnych potrzeb oraz pragnień [1]. Termin ten bywa również rozpatrywany jako świadome poczucie i docenianie życia jako całości. W tym ujęciu istotną rolę odgrywa subiektywny odbiór i poczucie satysfakcji płynącej z poszczególnych aspektów ludzkiego istnienia [2]. Oprócz definicji naukowych, istotne jest również respektowanie indywidualnych wizji idealnego życia każdego

człowieka. Taka wizja jest zależna od naszych osobistych doświadczeń, wiedzy, wzorców oraz systemu wartości [3].

Na gruncie medycyny termin ten rozumiany jest jako wartość zależna od stanu zdrowia człowieka. W takim ujęciu zadowolenie z życia jest utożsamiane z oceną, jakiej dokonuje pacjent, porównując swoje obecne położenie z przyjętą przez siebie sytuacją idealną. Odnosi się ona do stanu fizycznego, stanu psychicznego, położenia społeczno-interpersonalnego i warunków ekonomicznych [4].

Pojęciem agresji określa się zjawiska związane z zadawaniem bólu, cierpienia i wyrażaniem krzywdy drugiemu człowiekowi lub też sobie. Działanie agresywne może mieć charakter impulsywny (wyładowanie złości, gniewu, irytacji) lub instrumentalny (pozwala uzyskać określone przedmioty, wartości, cele). Skłonność do agresywnego zachowania kształtuje się pod wpływem naszych doświadczeń, zwłaszcza frustracji potrzeb emocjonalnych, dążeń, podlegania surowej kontroli i karom, czy też obserwowania agresywnych zachowań. Do innych czynników ryzyka zachowania agresywnego należą: płeć męska, młody wiek, niski status społeczno-ekonomiczny, zachowania agresywne w przeszłości, nieprawidłowo ukształtowana kontrola emocjonalna, próby samobójcze w przeszłości, bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie, brak wsparcia społecznego oraz obecność w ostatnim czasie czynników stresowych [5]. Agresja może być następstwem wielu zaburzeń psychicznych, ale może również wystąpić u osób, które nagle znajdują się w sytuacji trudnej ze względu na doznanie nagłego urazu lub pogorszenie się stanu zdrowia fizycznego [6].

Można wyróżnić pewne uniwersalne warunki życia składające się na poczucie zadowolenia z niego i tym samym determinujące poczucie szczęścia. Do warunków tych należą m. in.: wiek, płeć, praca zawodowa, małżeństwo i dzieci, zdrowie fizyczne, wsparcie społeczne, wydarzenia życiowe, religia, rozwój gospodarczy kraju i warunki polityczne [7]. Wybrane zmienne zostaną przedstawione w naszej pracy.

Material i metody

Celem artykułu jest określenie prezentowanych stylów radzenia sobie ze stresem oraz rodzaju i intensywności zachowań agresywnych w zależności od stopnia zadowolenia ze swego życia wśród pacjentów Oddziału Ratunkowego Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polanicy Zdroju. Wykorzystano stworzoną na potrzeby badania ankietę personalną, która dostarczyła informacji dotyczących zmiennych socjodemograficznych (warunkujących poziom zadowolenia ze swego życia), Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem N. Endlera i J. Parkera (CISS – Coping Inventory for Stress Situations) [8] oraz Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji autorstwa Z. B. Gasia (IPSA-II) [9, 10].

Kwestionariusz CISS tworzą trzy skale odpowiadające następującym stylom radzenia sobie w sytuacjach stresu: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE), styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) (przybiera dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ, styl unikowy – A) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT, styl unikowy – B)).

Styl skoncentrowany na zadaniu to radzenie sobie ze stresem, polegające na podejmowaniu działań zaradczych, a więc wysiłków zmierzających do rozwiązania

problemów poprzez poznawcze przekształcenia lub zmiany sytuacji. Główny nacisk kładzie się na efektywne wykonanie zadania, które przed nami stoi.

Styl skoncentrowany na emocjach charakteryzuje się takimi zachowaniami w sytuacji stresu, jak: koncentrowanie się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych (złość, poczucie winy i napięcie), przewaga myślenia życzeniowego, fantazjowanie. Działania podejmowane w ramach tego stylu mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową, chociaż w rzeczywistości mogą prowadzić do odwrotnych konsekwencji.

Styl skoncentrowany na unikaniu jest stylem charakterystycznym dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do unikania myślenia o nieprzyjemnym dla nich zdarzeniu, przeżywania go i doświadczania [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Syndrom agresji określano jako zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem (zamierzonym lub niezamierzonym) jest wyrządzenie krzywdy (bezpośrednio lub pośrednio) innej osobie lub samemu sobie. Zrewidowana wersja kwestionariusza IPISA-II zawiera 11 aspektów (czynników) agresji. Są to: *skłonność do działań odwetowych* (czynnik I) – reagowanie na realną lub urojoną krzywdę agresją, mściwość, przygotowywanie i realizowanie zamierzonej zemsty, rewanż za doznane niepowodzenia; *tendencje autodestrukcyjne* (czynnik II) – skierowanie agresji fizycznej na siebie, samouszkodzenia, próby samobójcze; *zaburzenia kontroli agresji* (czynnik III) – trudności z kontrolą przejawów własnej agresywności, opanowaniem impulsów; *agresja przemieszczona* (czynnik IV) – zmiana obiektu agresji na mniej zagrażający; *nieuświadomiane tendencje agresywne* (czynnik V) – skłonność do manifestowania czynności i zachowań pozornie nieagresywnych, które są formą w miarę bezkonfliktowej i nie karanej agresywnej aktywności; *agresja pośrednia* (czynnik VI) – zmiana formy napastliwości z bezpośredniej na pośrednią, atakowanie pośrednio konkretnych osób przez ośmieszanie ich, plotkowanie o nich, skarżenie, wyśmiewanie, groźby, nadmierne krytykowanie; *agresja instrumentalna* (czynnik VII) – podejmowanie zachowań agresywnych w celu osiągnięcia innych korzyści; *wrogość wobec siebie* (czynnik VIII) – wydawanie na swój temat nieprzychylnych opinii, negatywna samoocena, wyolbrzymianie własnych braków i niedostatków, samoponizanie się; *agresja fizyczna wobec otoczenia* (czynnik IX) – skłonność do podejmowania w relacjach interpersonalnych działań o charakterze przemocy fizycznej; *wrogość wobec otoczenia* (czynnik X) – rzutowanie wrogości na otoczenie, negatywne nastawienie do ludzi, podejrzliwość, nieufność; *agresja reaktywna* (czynnik XI) – impulsywność i gwałtowność w działaniu, silne nacechowanie zachowań emocjami [15, 16].

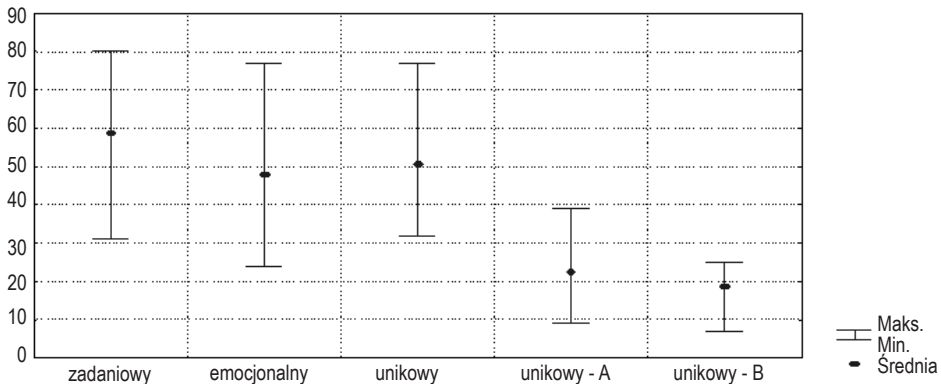
Badaniami objęto grupę 80 pacjentów Oddziału Ratunkowego Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polanicy Zdroju (38 kobiet i 42 mężczyzn). Wybrano przedział wieku 20–55 lat, aby ograniczyć rozważania do kręgu osób będących w okresie pełnej aktywności zawodowej (średni wiek = 39,85, odchylenie standardowe = 11,7). Wśród respondentów dominowali pacjenci po urazach (58 osób), natomiast pozostałą część grupy badanej stanowili pacjenci ze schorzeniami przewlekłymi (22 osoby).

Wyniki

W celu zapewnienia porównywalności i wiarygodności obliczeń: wykluczono w zestawieniach osoby rozwiedzione i wdowców (5 osób), zaszeregowano do jednej

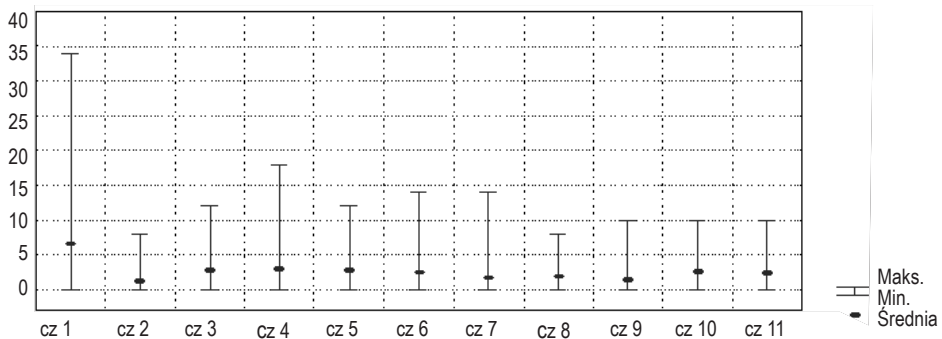
kategorii osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym, badanych podzielono na osoby pracujące i niepracujące (uczeń, emeryt, bezrobotny). Ponieważ wiek badanych osób nie korelował w istotnym stopniu z żadną spośród badanych zmiennych, autorzy zrezygnowali z prezentacji wspomnianych wyników.

Jak pokazuje wykres 1, najczęstszymi stylami radzenia sobie reprezentowanymi przez badanych były: styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu.



Wykres 1. Style radzenia sobie ze stresem wśród badanych osób (kwestionariusz CISS) (średnie)

Wyniki IPSA-II uzyskane wśród respondentów wskazują na niski poziom agresji w badanej grupie (średnia ogółem = 21,3). Spośród badanych za pomocą IPSA-II czynników, wyróżniają się: czynnik I – skłonność do działań odwetowych, czynnik IV – agresja przemieszczona, czynnik V – nieświadomiane tendencje agresywne, oraz czynnik X – wrogość wobec otoczenia (wykres 2).



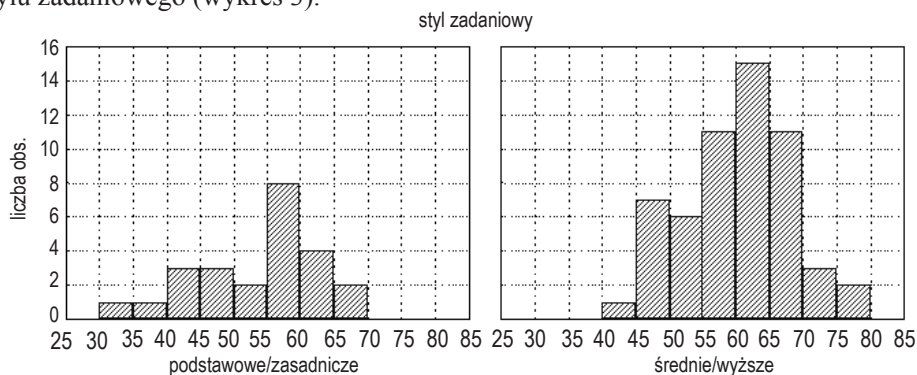
Wykres 2. Średnie wyniki kwestionariusza IPSA-II w badanej grupie

Tabela 1 przedstawia wzajemne zależności pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem prezentowanym przez badanych, kolejnymi czynnikami agresji ocenianymi za pomocą IPSA-II a sytuacją zawodową respondentów. W tabeli zamieszczono jedynie istotne statystycznie zależności.

Tabela 1. Sytuacja zawodowa respondentów a wyniki kwestionariuszy CISS oraz IPSA-II

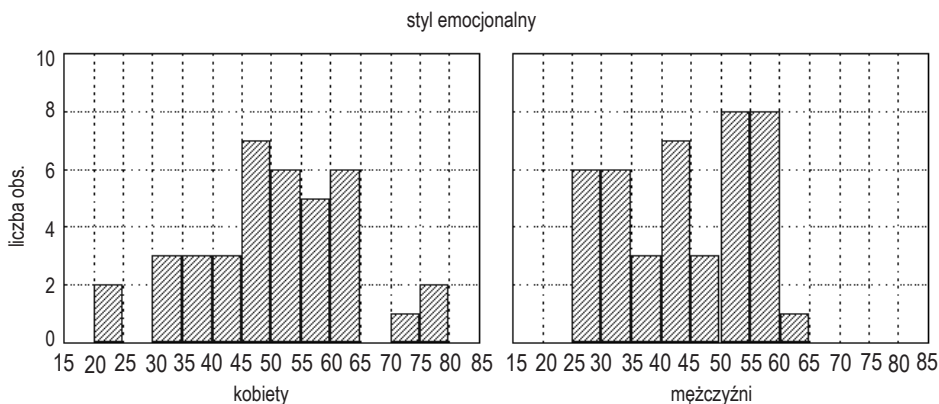
Zmienna	pracuje	nie pracuje	t	p
Styl unikowy – A	45,12	64,23	-2,479	p < 0,05
Zaburzenia kontroli agresji (CZ III)	3,24	5,87	-2,321	p < 0,05
Nieuświadomiane tendencje agresywne (CZ V)	3,75	4,89	-2,219	p < 0,05

Jedyna statystycznie istotna ($p = 0,01$) zależność pomiędzy wynikami kwestionariuszy CISS oraz IPSA-II a wykształceniem badanych ujawniła się w odniesieniu do stylu zadaniowego (wykres 3).

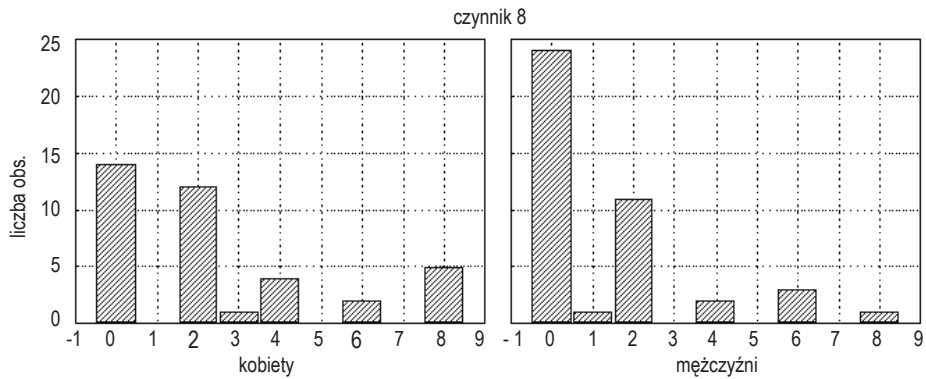


Wykres 3. Korelacja: wykształcenie a styl zadaniowy

Jak pokazują wykresy 4 i 5, kobiety w badanej grupie osiągnęły wyższe wyniki w kwestionariuszu CISS jedynie w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem ($p = 0,02$) oraz w IPSA-II w przypadku czynnika VIII – wrogość wobec siebie ($p = 0,04$). Wiek badanych nie korelował istotnie z żadnym z czynników IPSA-II, ani też z żadnym ze stylów radzenia sobie z kwestionariusza CISS.



Wykres 4. Korelacja: płeć a styl emocjonalny



Wykres 5. Korelacja: płeć a wrogość wobec siebie (czynnik VIII IPSA-II)

Zależności pomiędzy stanem cywilnym respondentów a ocenianymi zmiennymi przedstawione zostały w tabeli 2 (ograniczono prezentację do wyników statystycznie istotnych).

Tabela 2. Stan cywilny a wyniki kwestionariuszy CISS oraz IPSA-II

Zmienna	Singel	Mężatki/Żonaci	t	p
Wrogość wobec siebie (CZ8)	3,45	6,78	-2,661	p < 0,05
Wrogość wobec otoczenia (CZ10)	5,54	7,12	-2,321	p < 0,05
Wynik ogólny IPSA	47,55	72,34	-1,821	p < 0,05

Omówienie wyników

Choroba należy do szczególnych wydarzeń w życiu człowieka, zwłaszcza jeśli pojawia się nagle, ma dramatyczny przebieg lub zagraża życiu. Stan ten, tak jak każde zaburzenie równowagi w funkcjonowaniu naszego organizmu, staje się źródłem określonych reakcji emocjonalnych. Najczęściej w sytuacjach tego typu pojawiają się emocje negatywne, takie jak: lęk, niepokój, przygnębienie, żal, bezradność, poczucie winy czy złość. Mogą one być przyczyną zachowań agresywnych, traktowanych jako sposób radzenia sobie z narastającą frustracją wynikającą z pogorszenia się stanu zdrowia [17, 18, 19]. Nasze badania ukazują odmienne zależności. Jak pokazują wykresy 1 oraz 2, wśród pacjentów oddziału ratunkowego poziom prezentowanych skłonności agresywnych był dość niski (średnia ogółem = 21,3), a wśród stylów radzenia sobie przeważał styl zadaniowy oraz unikowy (a nie styl emocjonalny).

Płeć różnicuje respondentów ze względu na badane zmienne. Kobiety w badanej grupie (wykresy 4 i 5) osiągnęły wyższe wyniki niż mężczyźni w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem oraz w przypadku czynnika VIII kwestionariusza IPSA-II – wrogość wobec siebie. Wyniki te są zgodne z doniesieniami innych autorów [20, 21].

Powodzenie małżeństwa/związku jest traktowane jako warunek poczucia zadowolenia z życia, rzutującego na funkcjonowanie w pracy zawodowej oraz innych rolach społecznych. Satysfakcjonujące, bliskie związki z innymi ludźmi mają pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne, psychiczne, a nawet na długość życia tworzących je osób [22, 23]. Konsekwencją samotności może być natomiast skłonność jednostki do internalizowania wrogości czy do przesadnej agresji. Nierzadko pojawiają się choroby psychiczne, jak na przykład: depresja, nerwice czy psychozy. Częsty jest również niepokój, poczucie izolacji, bezcelowości życia, smutek, cierpienie, rozgoryczenie, apatia. Osoby samotne przyszłość oceniają negatywnie, a sytuacji trudnych unikają lub też biernie się na nie godzą. Rezultatem niepowodzeń w kształtowaniu pozytywnych związków z innymi bywa także alkoholizm oraz próby samobójcze [24]. Wyniki przeprowadzonych przez nas badań przedstawiają skrajnie odmienny obraz osób samotnych. Statystycznie istotny, wyższy poziom agresji zaobserwowano wśród osób pozostających w stałych związkach niż w drugiej z grup (tabela 2). Małżonkowie prezentowali także większe nasilenie dwóch spośród czynników IPSA-II: wrogość wobec siebie oraz wrogość wobec otoczenia. Nie zaobserwowaliśmy istotnych zależności w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem wśród respondentów z badanych grup.

Dla większości z nas rola zawodowa jest podstawą do tworzenia obrazu własnego Ja i samooceny [25]. W systemie wartości człowieka współczesnego praca zajmuje podobne miejsce jak życie rodzinne, wartości materialne i przyjaźń. Jest ona traktowana jako jedna z podstawowych funkcji społecznych jednostki, ponieważ prowadzi do zbliżania i współdziałania ludzi, a wykonywanie określonej pracy wyznacza nasze miejsce w życiu zbiorowym, czyli naszą społeczną pozycję. Jeżeli jednak wartości uzyskiwane poprzez pracę są na poziomie niższym niż oczekiwania, pojawia się wówczas niezadowolenie. Także sytuacja utraty pracy, czy też jej długotrwały brak, ma wiele konsekwencji w sferze funkcjonowania psychicznego człowieka. Obecne są wówczas: niepewność przyszłości, lęk, spadek samooceny, pewności siebie. Osobom w takiej sytuacji często towarzyszy poczucie nieprzydatności, bezużyteczności, poczucie krzywdy społecznej, smutek, przygnębienie, nierzadko dochodzi do prób samobójczych [26]. Bezrobocie jest powiązane ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, chorób wątroby, zwiększoną śmiertelnością i nadużywaniem alkoholu. Osoby nie posiadające pracy różnią się od ludzi mających zatrudnienie na poziomie fizjologicznych wskaźników stresu (takich, jak na przykład poziom wydzielanych katecholamin). Podobnym stresem psychologicznym jest przejście na emeryturę [27, 28]. Wyniki przeprowadzonych przez nas badań (tabela 1) są w tym wypadku zgodne z doniesieniami literatury. Osoby pozostające bez pracy (zarówno bezrobotne, jak i będące na emeryturze) wśród stylów radzenia sobie ze stresem preferowały najczęściej mało efektywny styl unikowy. W odniesieniu do zachowań agresywnych różniły się statystycznie istotnie od osób pracujących w zakresie: zaburzeń kontroli agresji oraz nieuświadomianych tendencji agresywnych (osiągały znacznie wyższe wyniki w tych skalach).

Im wyższy jest nasz poziom wykształcenia, im wyższe mamy kwalifikacje, tym większe znaczenia ma dla nas wykonywana praca. Z kolei wyższe kwalifikacje idą w parze ze wzrostem wynagrodzenia otrzymywanego za pracę, co z kolei odpowiada

za wzrost znaczenia pracy zawodowej. Osoby mające świadomość, że zrobiły karierę zawodową, osiągnęły sukces, mogą cieszyć się tym, mieć wysokie poczucie własnej wartości i pozycji w życiu społecznym. Z kolei ci, którzy nie zaspokoili własnych aspiracji, przeżywają na tym tle frustracje, odbijające się na ich samopoczuciu, zdrowiu, życiu osobistym i rodzinnym [29]. Istotnie statystycznie różnice w funkcjonowaniu psychologicznym badanych osób, podzielonych ze względu na wykształcenie (wykres 3), dotyczyły jedynie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Respondenci z wykształceniem wyższym i średnim częściej podejmowali działania zaradcze, zmierzające do rozwiązania problemów poprzez poznawcze przekształcenia lub zmianę sytuacji. Wynik ten nie jest wynikiem zaskakującym, gdyż prawdopodobnie właśnie omawiana cecha osobowości jest jedną ze zmiennych wpływających na efektywność podejmowanych działań.

Doniesienia licznych autorów wskazują na wzajemne zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi, np. jakością małżeństwa a wykonywaną pracą zawodową. Przejawia się to w przenoszeniu zarówno doświadczeń obciążających emocjonalnych, jak i posiadanych zasobów psychicznych z jednego środowiska do drugiego. Satysfakcja z wykonywanej pracy odbija się korzystnie na relacjach rodzinnych i małżeńskich, natomiast im wyższa jest jakość małżeństwa, tym wyższa satysfakcja z pracy zawodowej obojga małżonków [23, 25]. Przedstawione powyżej wyniki badań potwierdzają te ogólne prawidłowości. Niewielkie różnice pomiędzy rezultatami przeprowadzonych przez nas badań a doniesieniami z literatury mogą być związane z małą liczebnością przebadanej przez nas grupy.

Wnioski

1. Sytuacja rodzinna oraz status socjoekonomiczny badanych osób związany jest ze stylem radzenia sobie ze stresem oraz ze skłonnością do zachowań agresywnych.
2. Osoby pozostające w stałych związkach charakteryzuje wyższy poziom zachowań agresywnych niż osoby samotne.
3. Osoby pozostające bez pracy preferują unikowy styl radzenia sobie ze stresem, a poziom agresji jest u nich znacznie wyższy niż u osób pracujących.
4. Wyższy poziom wykształcenia koreluje ze stosowaniem zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem.

Социальноэкономическое положение и агрессивное поведение, а также способы преодоления стресса

Содержание

Задание. Понятие „удовольствие жизни” связывается с возможностью достижения положительных заданий реализации собственных потребностей и желаний. Такое воззрение зависит от наших собственных опытов, образцов и системы ценностей. Задание. Заданием работы является определение, предлагаемых большими способами преодоления стресса, а также типа и интенсивности агрессивных поведений в зависимости от степени удовлетворения своей жизнью, оцениваемой на основании картины социальноэкономической ситуации респондентов.

Методы. Исследование проведено у 80 больных. Использована персональная анкета, Глоссарий способов преодоления стресса Н. Эндлера и Я. Паркера (CISS), а также Психологический глоссарий синдрома агрессии З.Б. Гасья (IPS A-II).

Результаты и выводы. Уровень удовлетворения своей жизнью (оцененный семейной ситуацией и социальноэкономическим положением) исследованных больных связан со способом преодоления стресса и с склонностью к агрессивным поведением. Чем более высокий уровень удовлетворения своей жизнью, тем меньше усиление агрессивных поведений с более эффективными способами преодоления стресса.

Sozioökonomischer Status, aggressives Verhalten und Art der Selbsthilfe im Stress

Zusammenfassung

Ziel. Der Begriff "zufrieden mit dem Leben" wird mit dem Erreichen der zufriedenstellenden Ziele, Realisierung eigener Bedürfnisse und Begehungen verbunden. Dieses Bild ist von unseren persönlichen Erfahrungen, Wissen, Mustern und Wertsystem abhängig. Das Ziel der Arbeit ist die Bestimmung der Art und Weise der Selbsthilfe im Stress, die durch die Untersuchten besprochen wurden, und der Intensität der aggressiven Verhaltensweisen abhängig vom Grad der Zufriedenheit mit dem Leben, der aufgrund der sozioökonomischen Situation der Befragten beurteilt wird.

Methoden. An die Studie wurden 80 Personen eingeschlossen. Angewendet wurden: die Umfrage zur Person, der Fragebogen der Art der Selbsthilfe im Stress von N. Endler und J. Parker (CISS) und das Psychologische Inventar des Aggressionssyndroms von Z.B. Gaś (IPSA-II).

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Das Niveau der Zufriedenheit mit dem Leben der Untersuchten (gemessen mit der Familiensituation, mit dem sozioökonomischen Status) ist mit der Art der Selbsthilfe im Stress und Neigung zum aggressiven Verhalten verbunden. Je höher das Niveau der Zufriedenheit mit dem Leben, desto kleinere Intensität des aggressiven Verhaltens und mehr effektive Arten der Selbsthilfe im Stress.

La situation socioéconomique, le comportement agressif et les styles du contrôle du stress

Résumé

Objectif. Les auteurs ont défini la notion de « contentement de vie » comme possibilité d'atteindre les objectifs satisfaisants, réaliser ses désirs et satisfaire ses besoins. Cette vision dépend des expériences personnelles, du savoir, du système des valeurs. Ce travail vise à définir les styles du contrôle du stress des personnes examinées et à analyser l'intensité de leurs comportements agressifs en relation avec leur contentement de vie mesuré par l'image de leur situation socioéconomique.

Méthode. On examine 80 personnes avec : questionnaire personnel, questionnaire CISS (Coping Inventory for Stress Situations) de N. Endler et de J.Parker, questionnaire IPSA-II (Psychological Inventory of Aggression Syndrome) de Z.B.Gas.

Résultats et Conclusion. Le niveau de contentement de vie (mesuré par la situation de famille et la situation socioéconomique) se lie avec le style du contrôle du stress et avec le comportement agressif. Le niveau plus élevé du contentement de vie se lie avec le style plus effectif du contrôle du stress et la tendance à éviter le comportement agressif.

Piśmiennictwo

1. Dziurawicz-Kozłowska A. *Wokół pojęcia jakości życia*. Psychol. Jakości Życia 2002; 2: 77–99.
2. Argyle M. *Psychologia szczęścia*. Wrocław: Wydawnictwo „Astrum”; 2004.
3. Kalembrik A, Juczyński Z. *Psychologiczny wymiar jakości życia w chorobach nowotworowych*. Fol. Psychol. 2001; 5: 71–82.

4. Sheridan CL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1998.
5. Veenema A, Blume A, Niederle D, Buwalda B, Neumann I. *Effects of early life stress on adult male aggression and hypothalamic vasopressin and serotonin*. Eur. J. Neurosc. 2006; 24 (6): 1711–1720.
6. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: Elsevier Urban & Partner; 2004.
7. Czapiński J. *Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Poznań: Academos; 1991.
8. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem*. Przegl. Psychol. 1996; 39: 187–210.
9. Heszen-Niejodek I. *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996, s. 12–41.
10. Heszen-Niejodek I. *Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J, red. *Psychologia*, t. 3. Gdańsk: GWP; 2000, s. 467–492.
11. Ratajczak Z. *Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996, s. 65–86.
12. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN; 2000.
13. Sęk H, Ścigała I. *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996, s. 133–150.
14. Wrześniewski K. *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. W: Strelau J, red. *Psychologia*, t. 3. Gdańsk: GWP; 2000, s. 493–512.
15. Gaś ZB. *Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji*. Przegl. Psychol. 1980; 23, 1: 143–157.
16. Gaś ZB. *Zrewidowana wersja Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji – IPSA-II*. Przegl. Psychol. 1987; 30, 4: 1003–1015.
17. Bąk-Sosnowska M. *Choroba w życiu człowieka*. W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Kraków: Universitas; 2006, s. 173–196.
18. Liedtke R, Jäger B. *On aggression of psychosomatic patients: a comparative investigation of patients with ulcerative colitis and with diabetes mellitus with the Rosenzweig picture-frustration study*. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1993; 43, 5: 178–182.
19. Koolhaas J, de Boer S, Buwalda B, van Reenen K. *Individual variation in coping with stress: a multidimensional approach of ultimate and proximate mechanisms*. Brain Behav. Evol. 2007; 70, 4: 218–226.
20. Eschenbeck H, Kohlmann CW, Lohaus A. *Gender differences in coping strategies in children and adolescents*. J. Individ. Differ. 2007; 28 (1): 18–26.
21. Hay D. *The gradual emergence of sex differences in aggression: alternative hypotheses*. Psychol. Med. 2007; 37, 11: 1527.
22. Gove WR, Hughes M, Briggs Style C. *Does marriage have a positive effects on the psychological well-being of the individual?* J. Health Soc. Behav. 1983; 24: 122–131.
23. Bradbury T, Fincham F, Beach S. *Research on the nature and determinants of marital satisfaction: a decade in review*. J. Marr. Fam. 2000; 62, 4: 15–24.
24. McGraw J. *Samotność i choroba: psychiczna, somatyczna i psychosomatyczna*. Zdrowie Psych. 1994; 1–2: 83–91.
25. Celary P. *Sex differences in psychological distress among married people*. J. Health Soc. Behav. 1983; 24: 111–121.

26. Goldsmith A, Veum J. *Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: theory and evidence*. J. Soc. Econom. 1997; 26, 2: 47–61.
27. Cobb S. *Social suport as a moderator of life stress*. Psychosom. Med. 1976; 38, 5: 300–313.
28. Koropeckyj-Cox T. *Beyond parental status: psychological well-being in middle and old age*. J. Marr. Fam. 2002, 6, 4: 63–69.
29. Karney J. *Człowiek i praca. Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki pracy*. Warszawa: Międzynarodowa Szkoła Menadżerów: 1998.

Adres: Monika Talarowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159, Pawilon XI B

Otrzymano: 10.01.2008
Zrecenzowano: 11.04.2008
Otrzymano po poprawie: 16.06.2008
Przyjęto do druku: 30.09.2008

**Czasopismo internetowe
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**

Psychiatria i Psychoterapia
(ISSN 1895-3166)

wydawane wyłącznie w postaci elektronicznej pod adresem
www.psychiatriapsychoterapia.pl

zaprasza Czytelników i Autorów

Czasopismo publikuje recenzowane prace oryginalne z zakresu psychiatrii i psychoterapii, prace pogładowe, kazuistyczne, doniesienia tymczasowe, spostrzeżenia kliniczne, problemy dyskusyjne, polemiki, listy do redakcji dotyczące prac publikowanych w czasopiśmie i problemów istotnych dla środowiska, notatki kronikarskie i informacyjne itp., omówienia książek, doniesienia konferencyjne (postery, slajdy) oraz wybrane tłumaczenia.

W czasopiśmie m.in.:

Sławomir Murawiec, Andrzej Mielecki

ZŁOŻONE ZACHOWANIA W CZASIE SNU (SPRZĄTANIE, GOTOWANIE,
PRZYJMOWANIE LEKÓW) PO WYŻSZYCH DAWKACH MIDAZOLAMU – OPIS
PRZYPADKU

Tom 3, Numer 2. Lato 2007

J. Scott Rutan, Anne Alonso i Ronald Molin

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NIEOBECNOŚCI TERAPEUTÓW
GRUPOWYCH. SPOTYKAĆ SIĘ CZY NIE SPOTYKAĆ.

Tom 3, Numer 1. Wiosna 2007

adres e-mail redakcji: *molocko@poczta.fm*