

Zmiany poczucia koherencji (SOC) po psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi

Changes of sense of coherence (SOC) after psychotherapy in neurotic patients

Kinga S z y m o n a

Klinika Psychiatrii AM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

Summary

Sense of coherence (SOC) is the central construct of the salutogenic model of health. Sense of coherence comprises comprehensibility, manageability and meaningfulness.

Aim. The aim of the study was to check if the sense of coherence can change after psychotherapy in neurotic patients, if the value of the changes depends on the level of sense of coherence and if the obtained changes are stable.

Method. 101 patients (32 males, 69 females, aged between 17 and 48 years) with neurotic disorders defined according to ICD-10 criteria were the subject of the study. This group of patients were hospitalized in the Neurotic Ward of the Psychiatry Department in Lublin. They took part in a 10-week psychotherapeutic programme. In the study, the authorized Polish adaptation of the Orientation to Life Questionnaire (SOC-29) by Antonovsky was used to measure the sense of coherence. Patients were examined prior to and on completion of the treatment programme. In the next stage of the study patients filled in the SOC-29 Questionnaire after six months. Dependent sample t-test was used in data analysis.

Results. Significant favourable changes were found in patients with a low SOC level. The increase of SOC was observed after a 10-week treatment. The increase was stable in examination after six months. Changes in sense of coherence in the group with high SOC level were not observed. The results suggest that the therapy can be more effective in patients with a low SOC level.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, SOC, zaburzenia nerwicowe, psychoterapia
Key words: sense of coherence, SOC, neurotic disorders, psychotherapy

Wstęp

Wieloletnie badania socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego [1, 2, 3, 4] koncentrowały się wokół istotnych dla medycyny pytań o czynniki, dzięki którym człowiek pomimo wielu obciążeń zachowuje zdrowie i szybciej do niego powraca,

gdy zachoruje. Pytania te stały się inspiracją do sformułowania koncepcji salutogenezy (genezy zdrowia) i pojęcia poczucia koherencji.

Antonovsky [3] zaproponował, aby model salutogenetyczny stanowił uzupełnienie paradygmatu patogenetycznego, który obowiązywał w naukach medycznych do tej pory i który starał się wyjaśnić, dlaczego ludzie cierpią na określoną chorobę.

Poczucie koherencji zostało zdefiniowane przez Antonovsky'ego [3, 5] jako „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 ustrukturuwany, 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, s. 34].

Na poczucie koherencji składają się zatem trzy komponenty:

- zrozumiałość (comprehensibility) – spostrzeganie napływających informacji jako zrozumiałych, uporządkowanych, spójnych i jasnych, mających sens poznawczy;
- sterowalność (manageability) – dostrzeganie zasobów będących do dyspozycji jednostki, pozwalających sprostać stawianym jej wymaganiom;
- sensowność (meaningfulness) – poczucie, że istnieją ważne dziedziny życia, które warte są emocjonalnego zaangażowania, poświęcania energii.

Antonovsky [3, 5] przedstawił hipotezę postulującą, że im silniejsze u danej osoby poczucie koherencji, tym większa szansa na utrzymanie się bliżej bieguna zdrowia na kontinuum zdrowie–choroba. W świetle swojej teorii uważał, że poczucie koherencji krystalizuje się około 30 roku życia i raczej nie ulega zmianie.

Bardzo interesującym zagadnieniem jest możliwość istnienia wpływu na zmianę poczucia koherencji działania różnych czynników, także oddziaływań terapeutycznych.

Istnieją doniesienia o istotnych zmianach w poziomie SOC pod wpływem różnych czynników, np. w wyniku choroby serca [6], po przejściu na emeryturę [7]. Obserwowano wzrost poczucia koherencji po psychoterapii u pacjentów uzależnionych od alkoholu [8]. Istnieją również doniesienia o podatności poczucia koherencji na zastosowaną terapię. Kabat-Zinn w badaniach cytowanych przez Mroziak [9] uzyskał zwiększenie poziomu poczucia koherencji u pacjentów po 8-tygodniowym programie redukcji stresu. Wzrost ten okazał się trwały w badaniu przeprowadzonym po 6 miesiącach.

Cel pracy

Celem badań było sprawdzenie, w jaki sposób zaproponowana przez Antonovsky'ego prozdrowotna orientacja życiowa – poczucie koherencji – może ulec zmianie po psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi:

- czy obserwuje się zmiany poczucia koherencji po psychoterapii,
- czy wielkość zmian zależy od wyjściowego poziomu SOC,
- czy uzyskane zmiany są trwałe.

Analizowano zmiany w poziomie poczucia koherencji u pacjentów z zaburzeniami

nerwicowymi, które zaszły w wyniku kompleksowych oddziaływań psychoterapeutycznych, w ramach społeczności terapeutycznej na oddziale nerwic, oraz zbadano, czy zmiany te utrzymują się po upływie 6 miesięcy.

Material i metoda

Grupę badaną stanowili pacjenci Oddziału Nerwic Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie. Kryterium obowiązującym w doborze pacjentów do grupy badanej było rozpoznanie postawione zgodnie z ICD-10. Zaburzenia lękowe F41 występowały u 58% pacjentów, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (nerwice natręctw) F42 – u 5%, reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne F43 dotyczyły 32%, zaburzenia zaś występujące pod postacią somatyczną F45 – 4%.

Do grupy badanych osób zakwalifikowano jedynie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, bez poważniejszych schorzeń somatycznych i objawów organicznego uszkodzenia OUN, z co najmniej wykształceniem podstawowym. Następnym kryterium doboru był ich udział w pełnym turnusie terapeutycznym prowadzonym na oddziale nerwic. Turnus trwał 10 tygodni. Pacjenci uczestniczyli 4 razy w tygodniu w psychoterapii grupowej o orientacji biograficznej i interakcyjnej. 2 razy w tygodniu odbywała się psychoterapia indywidualna oraz psychoedukacja z zakresu lęku, depresji i problemów alkoholowych. Inne rodzaje terapii to: psychorysunek, muzykoterapia, trening relaksacyjny, terapia pracą. Na oddziale obowiązują zasady społeczności terapeutycznej.

Grupa badana liczyła 101 osób, w tym 32 mężczyzn i 69 kobiet w wieku od 17 do 53 lat. Wiek mężczyzn wynosił od 21 do 53 lat, średnio 32,8 roku – kobiet zaś od 17 do 48 lat, średnio 31,3 roku. W całej grupie średni wiek wynosił 31,8 roku.

Do badania poziomu poczucia koherencji użyto polskiej wersji Kwestionariusza Orientacji Życiowej Antonovsky'ego (Sense of Coherence Questionnaire, SOC-29), która powstała w 1993 roku [10]. Badania przeprowadzone przez Koniarek, Dudek i Makowską [11] wykazały dobre właściwości psychometryczne polskiej wersji skali SOC-29.

Po przeprowadzeniu wywiadu i uzyskaniu zgody na badania pacjenci wypełniali w ciągu pierwszych dwóch tygodni pobytu na oddziale Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29. Pod koniec turnusu, po 10 tygodniach terapii, proszono pacjentów o powtórne wypełnienie Kwestionariusza SOC-29 w celu określenia zmian, jakie zaszły w wyniku terapii kompleksowej w poczuciu koherencji u badanych osób.

Kolejny etap badań miał na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy zmiany, które zaszły w wyniku 10-tygodniowej terapii kompleksowej, utrzymają się po kilku miesiącach po wypisaniu z oddziału. Aby odpowiedzieć na to pytanie, przeprowadzono 3 pomiary poczucia koherencji – po upływie 6 miesięcy od zakończenia terapii i wypisania pacjentów do domu. Kwestionariusze Orientacji Życiowej SOC-29 wysłano do pacjentów pocztą. Wypełnione kwestionariusze otrzymano od 54 osób.

Za pomocą testu *t* dla prób zależnych porównano średnie wartości SOC w grupie pacjentów w badaniach numer 1 – w ciągu pierwszych dwóch tygodni od przyjęcia pacjenta na oddział, numer 2 – po zakończeniu 10-tygodniowej psychoterapii, i numer

3 – po 6 miesiącach od wypisania pacjenta z oddziału.

Wyniki

W celu bardziej czytelnego przedstawienia zmian SOC, które wystąpiły w wyniku terapii, porównywano wyniki SOC w badaniach nr 1, 2 i 3 w podgrupach wydzielonych ze względu na poziom SOC w badaniu nr 1 – dla całej grupy, dla grupy mężczyzn i dla grupy kobiet.

Dla całej badanej grupy, dla mężczyzn i dla kobiet, nie było wyników istotnych

Wyniki testu t dla prób zależnych porównania średnich wartości poczucia koherencji przed terapią i po terapii

Tabela 1

	Badanie nr 1		Badanie nr 2		N	t	df	p
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe				
Wszyscy								
Ogólne poczucie koherencji (SOC)	11,1	3,1	10,3	2,3	95	-0,76	94	0,4464
Poczucie rozumności	11,4	11,1	10,7	10,3	95	-0,63	94	0,5230
Poczucie sterowności	10,5	2,8	10,1	1,7	95	-0,35	94	0,7231
Poczucie sensowności	10,7	10,3	10,1	10,1	95	-1,18	94	0,2381
Mężczyźni								
Ogólne poczucie koherencji (SOC)	11,7	3,3	11,0	3,5	34	-0,90	33	0,3725
Poczucie rozumności	11,7	11,7	10,7	10,7	34	-0,94	33	0,3460
Poczucie sterowności	10,5	2,8	10,7	11,7	34	-0,36	33	0,7109
Poczucie sensowności	10,4	11,5	10,7	10,5	34	-0,50	33	0,6205
Kobiety								
Ogólne poczucie koherencji (SOC)	10,3	2,9	10,5	2,1	61	-0,30	60	0,7650
Poczucie rozumności	10,5	11,2	10,3	9,3	61	-0,15	60	0,8805
Poczucie sterowności	10,1	11,7	10,3	9,7	61	-0,20	60	0,8400
Poczucie sensowności	10,7	9,5	10,7	9,7	61	-1,14	60	0,2504

statystycznie.

Kolejnym celem pracy było sprawdzenie, czy wielkość zmian zależy od wyjściowego poziomu SOC. Podgrupy o wysokim i o niskim poczuciu koherencji wyodrębniono, dzieląc próbę na kwartyle i zaliczając do podgrupy o niskim SOC osoby z dolnego kwartyla, a do grupy z wysokim SOC – osoby z górnego kwartyla [12]. Tak więc do podgrupy o niskim SOC zaliczono osoby o SOC nie wyższym niż 84 dla całej grupy, 95 – dla mężczyzn, oraz 84 – dla kobiet. Do podgrupy o wysokim SOC zaliczono

osoby o SOC większym niż 126 dla całej grupy, 142,5 – dla mężczyzn, oraz 121 – dla kobiet.

Zmiany w poczuciu koherencji u osób z niskim i wysokim jego poziomem analizowano łącznie dla całej grupy pacjentów, ze względu na to, że wyniki u mężczyzn i u kobiet przedstawiały się podobnie.

Tabela 2 przedstawia wyniki testu t dla prób zależnych, a uzyskane przez pacjentów z niskim poziomem poczucia koherencji, stwierdzanym w badaniu za pomocą kwestionariusza SOC-29, przeprowadzonym podczas pierwszych 2 tygodni pobytu na oddziale nerwic (badanie nr 1).

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie wzrostu poczucia koherencji po 10 ty-

Tabela 2

Wyniki testu t dla grup zależnych porównania średnich w grupie z niskim SOC w badaniu nr 1 przed terapią i po terapii

	Badanie nr 1		Badanie nr 2		N	t	df	p
	Średnia	Odczylenie standardowe	Średnia	Odczylenie standardowe				
Ogólne poczucie koherencji SOC	69,7	12,3	83,2	22,7	24	-3,78	23	p=0,004
Poczucie zrozumienia	24,5	6,3	30,2	6,6	24	-3,35	23	p=0,003
Poczucie sterowalności	22,5	5,4	27,8	5,8	24	-2,66	23	p=0,014
Poczucie sensowności	22,7	6,2	25,1	5,7	24	-2,78	23	p=0,010

godniach oddziaływań terapeutycznych w grupie osób z niskim poziomem poczucia koherencji.

Najbardziej istotne statystycznie zmiany zaszły w poziomie ogólnego poczucia koherencji, które wzrosło z 69,0 w badaniu nr 1 do 83,2 w badaniu nr 2 ($p<0,004$). Podobnie istotne zmiany zaszły w poziomie podskali zrozumienia, w której wyniki przed terapią (w badaniu nr 1) wynosiły u badanych osób 24,5, a po terapii (w badaniu nr 2) – 30,2 ($p<0,003$).

Prezentowane wyniki wskazują również na istotny wzrost w wyniku terapii poczucia sterowalności i poczucia sensowności u osób z niskim poziomem poczucia koherencji stwierdzanym przy pierwszym badaniu. Obydwa wyniki są istotne statystycznie ($p<0,05$).

Używając testu t dla prób zależnych, porównano poczucie koherencji po zakończeniu terapii (badanie nr 2) z poczuciem koherencji po 6 miesiącach (badanie nr 3) w grupie osób z niskim poziomem SOC. Wyniki analiz przedstawiono w tabeli 3.

Analizując różnicę pomiędzy poziomem poczucia koherencji w badaniu 2 (po zakończeniu terapii) a badaniem nr 3 (po upływie 6 miesięcy) można stwierdzić, że mimo upływu czasu nie nastąpiły istotne zmiany w poziomie poczucia koherencji.

Na podstawie uzyskanych wyników okazało się, że istotny wzrost poczucia koherencji i jego składowych, który miał miejsce w grupie osób z niskim jego poziomem, utrzymał się po 6 miesiącach.

Uzyskane wyniki (brak istotnych zmian w poziomie poczucia koherencji po 6

Tabela 3

Wyniki testu t dla prób zależnych porównania średnich w grupie z niskim SOC

	Eskalen nr 1		Eskalen nr 2		N	t	df	p
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe				
Ogólne poczucie koherencji SOC	21,7	21,6	26,4	24,7	14	0,65	8	0,525
Poczucie rozumiałości	21,6	1,8	22,8	2,5	14	0,18	8	0,690
Poczucie sterowności	21,6	5,7	22,2	11,7	14	0,21	8	0,709
Poczucie sensowności	20,6	9,8	22,1	18,7	14	-1,25	8	0,233

miesiącach od zakończenia terapii) świadczą o korzyściach wynikających z przeprowadzonego leczenia w grupie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, którzy charakteryzowali się niskim poziomem poczucia koherencji przy przyjęciu na leczenie.

W ostatnim etapie pracy przeanalizowano zmiany, jakie zaszły w poziomie poczucia koherencji w grupie osób z wysokim poziomem SOC.

Z analizy danych zawartych w tabeli 4 wynika, że poczucie koherencji nie zmieniło

Tabela 4

Wyniki testu t dla prób zależnych porównania średnich w grupie z wysokim SOC

	Eskalen nr 1		Eskalen nr 2		N	t	df	p
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe				
Ogólne poczucie koherencji SOC	40,7	11,5	40,1	16,7	24	1,51	23	0,141
Poczucie rozumiałości	31,1	9,2	30,2	7,8	24	0,90	23	0,370
Poczucie sterowności	31,2	6,9	30,9	7,4	24	2,30	23	0,028
Poczucie sensowności	40,3	5,1	40,5	5,2	24	0,08	23	0,170

się w grupie pacjentów z wysokim jego poziomem po przeprowadzeniu terapii.

Następnie przeanalizowano, czy zaszły istotne zmiany w SOC po upływie 6 miesięcy w grupie pacjentów z wysokim poziomem poczucia koherencji, co ilustruje tabela 5.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że u osób z wysokim poziomem SOC nie zaszły istotne zmiany w poziomie poczucia koherencji po 10 tygodniach

Wyniki testu t dla prób zależnych porównania średnich w grupie z wysokim SOC

	Eskalen nr 1		Eskalen nr 2		N	t	df	p
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe				
Ogólne poczucie koherencji SOC	40,7	20,7	31,5	15,7	9	1,50	8	0,151
Poczucie rozumiałości	31,3	7,8	31,3	6,3	9	1,80	8	0,094
Poczucie sterowności	41,7	5,9	40,7	6,3	9	0,08	8	0,921
Poczucie sensowności	40,3	5,7	37,7	7,9	9	1,90	8	0,074

terapii oraz po upływie 6 miesięcy.

Dyskusja

Przeprowadzone badania wykazały istotny wzrost poczucia koherencji po 10 tygodniach terapii u pacjentów z niskim jego poziomem. Wzrost ten okazał się stały, co stwierdzono na podstawie badania przeprowadzonego za pomocą Kwestionariusza SOC-29 po upływie 6 miesięcy.

Nie zaobserwowano istotnych zmian w SOC w grupie pacjentów z wyjściowo wysokim jego poziomem. Z przedstawionymi wynikami zbieżne są również rezultaty badań Lundqvista [13], który uzyskał wzrost SOC u osób uzależnionych od opiatów po 6 tygodniach terapii, a także Berga i Andersena [14], w której stwierdzono prawidłowy poziom SOC (taki jak u osób zdrowych) w grupie uzależnionych od substancji psychoaktywnych (także od alkoholu). Osoby te przeszły terapię odwykową i zachowały abstynencję przez 6 lat. Pacjenci z tym samym problemem, którzy rozpoczęli leczenie, mieli istotnie niższe poczucie koherencji niż grupa kontrolna. O istotnym wzroście poczucia koherencji u osób uzależnionych od alkoholu informują również na podstawie swoich badań Mroziak i wsp. [8, 15].

Z badań katamnesticznych przeprowadzonych przez Siwiak-Kobayashi i Dakowską [16] wynika, że pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi po 10 tygodniach psychoterapii w Klinice Nerwic IPiN zmieniają styl radzenia sobie na zadaniowy, i że zmiana ta utrzymuje się po roku od ukończenia terapii.

Z kolei Bogutyn i in. [6] otrzymali istotny spadek poziomu poczucia koherencji po 3 miesiącach od zakończenia rehabilitacji kardiologicznej – po zawale serca – pomimo oddziaływań psychoedukacyjnych. Autorzy sugerują, że spadek ten może wskazywać na trudności adaptacyjne do ograniczeń, które wiążą się z przebyciem poważnej choroby serca. Badanie zmian poczucia koherencji okazało się dobrą metodą oceny i monitorowania procesu przystosowania do choroby lub sytuacji trudnych, takich jak zawał serca. Obserwacje te wydają się istotne dla praktyki klinicznej.

Obniżenie się poziomu rodzinnego poczucia koherencji obserwowwały także Carmel i Bernstein [17] u studentów medycyny po 2 latach nauki, oraz Karlsson i wsp. [18] u pacjentów po operacji tętnic wieńcowych.

Wyniki badań przeprowadzonych po 6 miesiącach od zakończenia terapii pokazują, że SOC można potraktować jako czynnik prognostyczny dla oceny efektów terapii, a także do określenia poziomu adaptacji do warunków pozaszpitalnych, w wyniku przeprowadzonego leczenia, co znalazło potwierdzenie w badaniach Kabat-Zinn, cytowanych przez Mroziak [9], oraz Bogutyna i wsp. [6].

Uzyskane rezultaty badań i cytowane wyżej doniesienia z literatury świadczą o możliwości wpływu na zmianę poziomu poczucia koherencji u osób dorosłych i wydają się stanowić ilustrację teorii Antonovsky'ego.

Wnioski

Proben angewandt.

Ergebnisse. Bedeutende Veränderungen wurden bei Patienten mit niedrigem SOC - Level gezeigt. Nach 10 Wochen Therapie wurde eine bedeutende Steigerung des Kohärenzgefühls festgestellt. Diese Steigerung erwies sich nach 6 Monaten fest. Es wurden keine statistisch wichtigen Veränderungen im SOC in der Gruppe der Patienten mit seinem hohen Level am Anfang beobachtet. Diese Ergebnisse können von der größeren Wirksamkeit der Therapie bei Patienten mit niedrigem Level vom SOC zeugen.

Les changements du sens de cohérence (SOC) après la psychothérapie des patients névrotiques

Résumé

Le sens de cohérence (SOC) constitue un élément principal du modèle salutogénique. Il se compose du sens de compréhension, de maniabilité et de signification.

Objectif. Vérifier si le sens de cohérence peut changer après la psychothérapie, si ces changements dépendent du niveau de SOC et si ces changements sont durables.

Méthode. On examine 101 patients (69 femmes et 32 hommes, âgés 17–48 ans, diagnostiqués névrotiques d'après les critères ICD-10). Ces patients ont été hospitalisés à la Clinique de Lublin où ils subissaient la thérapie de 10 semaines. Pour estimer leur sens de cohérence on utilise le questionnaire SOC-29 (the Orientation to Life Questionnaire d'Antonovsky – version polonaise adaptée). Les patients ont été examinés 3 fois – avant et après la thérapie et 6 mois après la fin de cette thérapie. Pour l'analyse statistique on utilise le teste t.

Résultats. Chez les patients avec le SOC assez bas on note de grands changements, on trouve chez eux l'accroît signifiant de SOC après 10 semaines de la thérapie et cet accroît reste stable encore 6 mois après la fin de cette thérapie. Chez les patients avec le SOC assez élevé on ne note pas de changements signifiants. Ces résultats attestent que la thérapie est plus efficace chez les patients avec le niveau peu élevé de SOC au début.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A, *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
2. Antonovsky A. *Can attitudes contribute to health?* *Advances. J. Mind-Body-Health* 1992; 8, 4: 33–49.
3. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987 [tłumaczenie polskie: Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995].
4. 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 [tłumaczenie polskie: Antonovsky A. *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, W: Heszen-Niejodek I, Sęk H, red. *Psychologia zdrowia* Warszawa: PWN; 1997].
5. Antonovsky A. *The structure and properties of the Sense of Coherence scale*. *Soc. Sc. Med.* 1993; 36, 6: 725–733.
6. Bogutyn T, Szerszeń-Motyka J, Ogorzały-Skupniewicz M, Piotrowski W. *Zmiany poczucia koherencji i wskaźników psychologicznego przystosowania w przebiegu rehabilitacji kardiologicznej*. *Sztuka Lecz.* 1998; IV(2): 57–63.
7. Sagy S, Antonovsky A, Adler J. *Explaining life satisfaction in later life: the sense of coherence model and activity theory*. *Beh. Health Ag.* 1992; 1(1): 11–25.
8. Mroziak B. *Poczucie koherencji (SOC) osób uzależnionych od alkoholu – zmiany po psychoterapii*. W: Sęk H, Pasikowski T, red. *Zdrowie – stres – zasoby*. Humaniora, Poznań 2001,

- s. 166–176.
9. Mroziak BA. *Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC)*. Nowiny Psychol. 1994; 1: 6–16.
 10. Dudek B, Makowska Z. *Psychometric characteristics of the orientation to life questionnaire for measuring the sense of coherence*. Pol. Psychol. Bull. 1993; 24(4): 309–318.
 11. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego Przegl. Psychol.* 1993; 36(4): 491–502.
 12. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie*. Psychol. Wychow. 1997; 3: 217–224.
 13. Lundqvist T. *Chronic cannabis use and the sense of coherence*. Life Sc. 1995; 56(23–24): 245–250.
 14. Berg JE, Andersen S. *Mortality 5 years after detoxification and counseling as indicated by psychometric tests*. Subst. Ab. 2001; 22(1): 1–10.
 15. Mroziak B, Woronowicz B, Wójtowicz S. *Zmiany poczucia koherencji i stylu radzenia sobie ze stresem po podstawowym programie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. Doniesienie wstępne*. Alkohol. Narkom. 1999; 2, 35: 225–236.
 16. Siwiak-Kobayashi M, Dakowska H. *Zmiany stylu radzenia sobie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi po psychoterapii w Klinice Nerwic – wyniki badań katamnestycznych*. Warszawa: IPN; 1994.
 17. Carmel S, Bernstein J. *Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: observations at three stages*. Anx. Res. 1990; 3(1): 51–60.
 18. Karlsson I, Berglin E, Larsson PA. *Sense of coherence: quality of life before and after artery bypass surgery – a longitudinal study*. J. Adv. Nurs. 2000; 31(6): 1383–1392.

Otrzymano: 16.04.2004

Zrecenzowano: 30.12.2004

Przyjęto do druku: 28.02.2005

Praca była dofinansowana z grantu PW 306/99.

Adres: Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
nej