

Aleksandra Kroemeke, Joanna Mateusiak

## Poczucie koherencji a symptomy depresyjne przed i po porodzie

Sense of coherence and pre- and postnatal depression symptoms

### Wstęp

Oczekiwanie na pierwsze dziecko, jego narodziny i początkowy okres opieki nad nim to dla kobiety czas, z jednej strony – pełen radości i szczęścia, a z drugiej – nie pozbawiony obaw i niepokoju. Dwuwartościowy charakter tych wydarzeń, wiążące się z nimi zachwianie dotychczasowej równowagi, a w jej konsekwencji konieczność dokonania zmian w mechanizmach przystosowania pozwala uznać je za krytyczne wydarzenia życiowe (18). Wydarzenia, które choć spostrzegane subiektywnie i różnorodnie, często w literaturze rozpatrywane są jako możliwe źródła zaburzeń nie tylko somatycznych (koncepcja Raha i Holmesa – por. 24) czy psychicznych (8), ale także zaburzeń systemu rodzinnego (15).

Wśród problemów emocjonalnych ściśle związanych z okresem ciąży i porodu wymienia się najczęściej przygnębienie poporodowe, depresję poporodową i psychozę połogową – zaburzenia nastroju występujące w okresie poporodowym, a różniące się względną ciężkością objawów<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zaktualizowana wersja klasyfikacji DSM- V (za: 2) zawiera opis depresyjnych zaburzeń postnatalnych spełniających kryteria wielkiej depresji, depresji jedno lub dwubiegunowej lub krótkiego epizodu psychotycznego, gdy objawy nie trwają krócej niż cztery tygodnie po porodzie.

(20, 22). Problematyce depresji w trakcie trwania ciąży literatura poświęca mało miejsca, co wynika prawdopodobnie z uznania labilności emocjonalnej okresu ciąży za normalny objaw jej towarzyszący. Jak podają Steiner i Yonkers (20) tylko 20% kobiet z problemami emocjonalnymi w trakcie ciąży spełnia kryteria mniejszego lub dużego zaburzenia depresyjnego. Wyodrębnienie zaburzeń psychicznych okresu okołoporodowego następcza zatem wiele trudności zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Do tej pory nie udało się jasno rozgraniczyć depresji okresu okołoporodowego od depresji występującej w innych okresach życia. Carson, Butcher i Mineka (2) sądzą, iż wielka depresja nie pojawia się częściej w okresie poporodowym, a niektóre uczucia depresyjne w tym okresie mieszczą się w granicach normalnych wahań nastroju. Kwestię tą komplikuje niewątpliwie fakt, że wiele objawów somatycznych tych zaburzeń, może stanowić normalny proces przebiegu ciąży i przystosowania po porodzie (22).

Rozważania dotyczące możliwego spadku nastroju u kobiet w ciąży i połogu skłaniają do pytania o czynniki go warunkujące; pytania zakorzenione w tradycyjnym, patogenetycznym paradygmacie, ukierunkowanym na poszukiwanie psychologicznych uwarunkowań chorób i zaburzeń. Z drugiej strony, pojawia się również

wartościowe pytanie o to, jak to się dzieje, że pomimo występowania szeregu czynników stresowych są kobiety, które w obliczu takiego wydarzenia życiowego, jakim jest ciąża i poród, dobrze sobie radzą, nie doświadczając symptomów obniżenia nastroju. Pytanie to inspirowane jest, wprowadzonym przez Antonovsky'ego, salutogenetycznym podejściem do człowieka (poszukującym podłoża zdrowia), w którym centralną rolę odgrywa poczucie koherencji (SOC), uznane za zmienną kluczową dla zdrowia i często łączone ze stanem emocjonalnym jednostki (1).

Poczucie koherencji (SOC) zdefiniowane zostało jako względnie stała orientacja, wyznaczająca określony sposób spostrzegania świata: jako przewidywalnego, sterowalnego oraz wartego wysiłku i zaangażowania (1). Na SOC składają się trzy – ściśle ze sobą powiązane – komponenty: poczucie zrozumiałości (przekonanie o spójności i przewidywalności środowiska), zaradności (przekonanie o możliwości sprostania stawianym wymaganiom) i sensowności (przekonanie o sensowności własnych działań). Antonovsky (1) zakładał, że im silniejsze poczucie koherencji, tym większa szansa na utrzymanie przez człowieka lub poprawienie jego pozycji na kontinuum zdrowie – choroba. Wynika to z przekonania osób o silnym SOC, że życie ma sens, jest przewidywalne i uporządkowane oraz że posiadają zasoby pozwalające radzić sobie z problemami.

### Problematyka

Empiryczna weryfikacja modelu salutogenetycznego cieszy się dużym zainteresowaniem badaczy, mimo to, badania nad relacjami łączącymi poczucie koherencji i zdrowie psychiczne nadal nie przynoszą jednoznacznych rozstrzygnięć.

Rezultaty większości badań wskazują na silne dodatnie korelacje SOC ze wskaźnikami zdrowia pozytywnego oraz ujemne – ze wskaźnikami zdrowia negatywnego (por. 5, 14, 17, 19), co potwierdza – zakładaną przez Antonovsky'ego – prozdrowotną rolę SOC.

Zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego, im wyższe poczucie koherencji, tym lepszy stan zdrowia jednostki. Istnieją jednak badania, z których wynika, że to raczej niskie poczucie koherencji jest bardziej związane z załamaniem się zdrowia i negatywnymi emocjami, niż wysokie SOC z jego utrzymaniem i poprawą (por. 9, 23, 25). Co więcej, Kravetz, Drory i Florian (12) zauważyli, że poczucie koherencji koreluje w tym samym stopniu ze wskaźnikami zdrowia, co ze wskaźnikami negatywnych emocji (współczynnik korelacji przyjmował te same rozmiary, lecz przeciwny znak). Podobne rezultaty uzyskali Strümpfer, Gouws i Viviers (21) wskazując, że poczucie koherencji korelowało zarówno z negatywnymi jak i pozytywnymi emocjami, choć związek z emocjami negatywnymi był silniejszy. Mogłoby to wskazywać, zdaniem autorów, że poczucie koherencji i negatywna afektywność znajdują się na dwóch krańcach tego samego kontinuum. Podobne stanowisko zajmuje również Geyer (4). Powyższe dane podważają założenia teoretyczne dotyczące konstruktów wprowadzonego przez Antonovsky'ego, zgodnie z którymi poczucie koherencji winno należeć do czynników związanych ze zdrowiem pozytywnym i silniej korelować z jego wskaźnikami.

Koncepcja Antonovsky'ego wciąż inspiruje i skłania do weryfikacji tez Autora, zwłaszcza wobec szeregu kontrowersji wokół niej. To właśnie niejasności w materiale empirycznym na temat natury zależności łączących poczucie koherencji i zdrowie psychiczne jednostki stały się przesłanką do przeprowadzenia prezentowanych badań<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Prezentowane w ramach niniejszego opracowania badania stanowią kontynuację projektu, w którym poszukiwano zależności i związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy SOC a symptomami depresji w grupie kobiet oczekujących pierwszego dziecka i kilka tygodni po porodzie (13). Badania te nie przyniosły jednoznacznych rozstrzygnięć w obszarze poszukiwanych zależności, co mogło m.in. wynikać z niewielkiego odstępu czasu pomiędzy kolejnymi pomiarami.

Ich celem było poszukiwanie związków pomiędzy poczuciem koherencji i komponentami SOC: zrozumiałością, zaradnością i sensownością a symptomami depresyjnymi doświadczanymi przez kobiety w trzecim trymestrze ciąży i rok później oraz określenie kierunku zależności pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami (zrozumiałością, zaradnością i sensownością) w obu analizowanych etapach badań.

Antonovsky, co prawda, nie oczekiwał raczej zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy poczuciem koherencji a emocjami, jeśli formułował jakieś przewidywania w tym zakresie – czynił to w sposób dość ogólny. Opierając się jednak na wynikach badań w tym zakresie, a także główną funkcją, jaką nadał poczuciu koherencji, można potraktować SOC jako czynnik przeciwdziałający depresji, a tym samym sformułować hipotezę dotyczącą wpływu SOC na symptomy depresji (por. hipoteza 1).

Z drugiej natomiast strony, odwołując się do zasady zgodności poznania z nastrojem autorstwa Bowera (3) nie można wykluczyć, że stan emocjonalny jednostki warunkuje przebieg procesów poznawczych i wpływa na ocenę jednostki dotyczącą zrozumiałości i sensowności środowiska oraz możliwości sprostania stawianym przez to środowisko wymaganiom (por. hipoteza 2).

Istnieją zatem podstawy do sformułowania dwóch hipotez alternatywnych (weryfikacja których pozwoli określić kierunek zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi):

1. Poczucie koherencji przed porodem wpływa na symptomy depresyjne doświadczane przez kobiety po porodzie
2. Symptomy depresyjne doświadczane przez kobiety przed porodem wpływają na poczucie koherencji po porodzie.

## Metoda

W prezentowanym badaniu wzięło udział 46 kobiet, w wieku od 18 do 35 lat (co stanowi 57% osób uczestniczących w etapie I). Analizie poddano wyniki, jakie badane uzyskały w trzecim trymestrze ciąży i rok później. Kryteriami naboru kobiet do badań były: pierwsza, niepowikłana ciąża, brak wcześniejszych niepowodzeń położniczych oraz uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia. Udział kobiet w szkole rodzenia podyktowany był najprostszym sposobem dotarcia do pożądanej grupy badawczej, pozwalającym również na sprawne przeprowadzenie badań. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy, a uczestniczki zostały poinformowane o podłużnej procedurze badawczej i możliwości wycofania się z projektu w dowolnym momencie.

Do pomiaru poczucia koherencji wykorzystano polską adaptację *Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29* (11), a symptomy depresji mierzono *Inwentarzem Objawów Depresyjnych Beck'a BDI* (16).

Zarówno przed porodem, jak i rok później zmierzono SOC i nasilenie symptomów depresji.

## Wyniki

W pierwszym etapie badań rezultaty testu *BDI* wahały się od 1 do 20 punktów, przy średniej 6,67 i odchyleniu standardowym 4,08, natomiast po porodzie wyniki badanych mieściły się w przedziale od 0 do 39 punktów, przy  $M = 6,02$  i  $SD = 6,31$ . Poczucie koherencji badanych kobiet w pierwszym pomiarze tej zmiennej mieściło się w przedziale od 102 do 180 punktów ( $M = 145,41$  i  $SD = 17,62$ ), a po porodzie – od 85 do 189 punktów ( $M = 147,50$  i  $SD = 21,01$ ).

## 1. Analiza zależności korelacyjnych

Na wstępie przeprowadzono analizę korelacyjną pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi (Tabela 1.).

**Tabela 1.**  
**Korelacje (*r*-Pearsona) pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a symptomami depresyjnymi przed porodem i rok później (N = 46)**

	<b>BDI c</b> (przed porodem)	<b>BDI r</b> (rok później)
<b>SOC c</b> (przed porodem)	-0,56**	-0,23
<b>ZROZUMIAŁOŚĆ</b>	-0,48**	-0,05
<b>ZARADNOŚĆ</b>	-0,46**	-0,30*
<b>SENSOWNOŚĆ</b>	-0,49**	-0,32*
<b>SOC p (rok później)</b>	-0,51**	-0,67**
<b>ZROZUMIAŁOŚĆ</b>	-0,50**	-0,53**
<b>ZARADNOŚĆ</b>	-0,41**	-0,60**
<b>SENSOWNOŚĆ</b>	-0,42**	-0,69**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Otrzymane współczynniki korelacji wskazują na dość silny negatywny związek poczucia koherencji i jego komponentów oraz symptomów depresji. Zaobserwowano także, że związki pomiędzy symptomami depresji mierzonej przed porodem z poczuciem koherencji mierzonymi w kolejnych etapach badań są silniejsze niż związki pomiędzy poczuciem koherencji przed porodem z symptomami depresji mierzonymi w kolejnych etapach. Co więcej, związki poczucia koherencji mierzonego przed porodem z symptomami depresji słabną w miarę czasu, podczas gdy związki symptomów depresji z poczuciem koherencji w obu analizowanych momentach czasowych mają przybliżoną siłę.

## 2. Analiza korelacji krzyżowych

W celu określenia kierunku zależności pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a symptomami

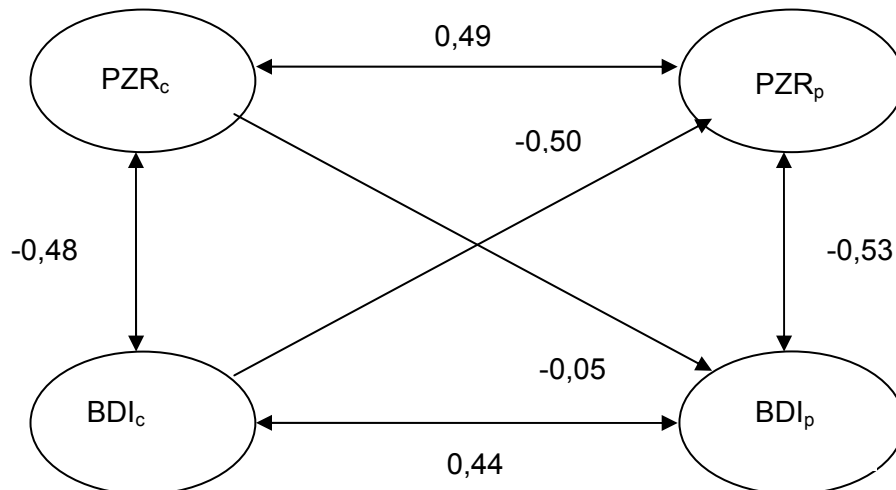
depresji w ciąży i rok po porodzie, posłużono się analizą korelacji krzyżowych (*cross-lagged-panel-correlation*, 6). Metoda ta pozwala określić kierunek zależności pomiędzy dwoma zmiennymi. Przeprowadzenie takiej analizy jest możliwe przy spełnieniu warunku stabilności (niezmiennosc SOC i BDI w czasie) oraz diachroniczności (pomiar obu zmiennych w dwóch momentach czasowych), co zostało spełnione. Obliczanie korelacji krzyżowych, pozwalających wskazać kierunek wpływów między zmiennymi, poprzedzone jest testowaniem korelacji synchronicznych (siły związku dwu zmiennych w tym samym czasie). Warunkiem testowania diachroniczności jest uzyskanie stabilności związków synchronicznych w czasie. W Tabeli 2. przedstawiono uzyskane korelacje synchroniczne i krzyżowe między SOC i jego komponentami a symptomami depresji przed i rok po porodzie.

**Tabela 2.**  
Istotność korelacji synchronicznych i krzyżowych pomiędzy poczuciem koherencji a stanem emocjonalnym przed porodem i rok później (N = 46)

	<i>BDI</i>	
	Korelacje synchroniczne	Korelacje krzyżowe
<b>SOC</b>	z = 1,46 p = 0,14	z = 1,90 p = 0,06
<b>ZROZUMIAŁOŚĆ</b>	z = 0,40 p = 0,69	z = 2,95 p = 0,00**
<b>ZARADNOŚĆ</b>	z = 1,28 p = 0,20	z = 0,68 p = 0,49
<b>SENSOWNOŚĆ</b>	z = 2,16 p = 0,03	z = 0,64 p = 0,52

W toku analiz wyników zebranych w obu momentach czasowych odnotowano tylko jedną istotną różnicę pomiędzy zestawianymi współczynnikami korelacji w parze: zrozumiałość – symptomy depresji. Porównanie uzyskanych współczyn-

ników korelacji (ryc. 2) wskazuje, że nasilenie doświadczanych przed porodem symptomów depresji mogło wpłynąć na poczucie zrozumiałości badanych rok później ( $r_{BDI_c PZR_p} > r_{PZR_c BDI_p}$ ).



PZR<sub>c</sub>, PZR<sub>p</sub> – poczucie zrozumiałości w trzecim trymestrze ciąży (c), rok później (p);  
BDI<sub>c</sub>, BDI<sub>p</sub> – symptomy depresyjne w trzecim trymestrze ciąży (c), rok później (p);  
Wszystkie korelacje z wyjątkiem zależności PZR<sub>c</sub>–BDI<sub>p</sub> istotne na poziomie  $p \leq 0,01$ .

**Ryc. 2.** Uzyskane współczynniki korelacji między poczuciem zrozumiałości (PZR) a symptomami depresji (BDI) przed porodem i rok później

## Dyskusja i wnioski

Analiza uzyskanych zależności korelacyjnych wskazuje, że pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a nasileniem symptomów depresji w kolejnych etapach badania zachodzi odwrotnie proporcjonalna zależność. Jest to zgodne z pracami innych autorów, których wyniki badań zostały omówione na wstępie (5, 14, 17, 19). Ponadto, odnotowane korelacje pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a symptomami depresji szacowanymi w tym samym czasie były znacznie silniejsze niż korelacje krzyżowe pomiędzy tymi zmiennymi. Rezultat taki może odzwierciedlać dymensjonalny charakter badanych zmiennych i opis przez nie przeciwnych biegunów tego samego zjawiska, bądź też wskazywać na słabość kwestionariusza SOC-29, w którym większość itemów odnosi się do uczuć (por. też 4).

Analiza dynamiki zależności pomiędzy poczuciem koherencji i nasileniem symptomów depresji w kolejnych etapach badań wskazuje, że poczucie koherencji traci w czasie swój wpływ na symptomy depresji, podczas gdy wpływ objawów depresji na poczucie koherencji w różnych momentach czasu zaznacza się wyraźniej.

Metoda analizy korelacji krzyżowych ujawniła tylko jedną istotną zależność, wskazującą na wpływ doświadczanych symptomów depresji w okresie ciąży na doświadczane poczucie zrozumiałości badanych rok później. Wynik ten, choć może wydawać się sprzeczny z koncepcją Antonovsky'ego, jest spójny z rezultatami omówionymi powyżej i ogólną teorią psychologiczną. Zgodnie z tą ostatnią można go wpisać w dyskusję dotyczącą relacji przyczynowo – skutkowych pomiędzy emocjami a poznaniem. Nie bez znaczenia wydaje się zatem fakt, iż doświadczanie symptomów depresji przed porodem wpłynęło jedynie na poczucie zrozumiałości – komponent odzwierciedlający poznawczy aspekt SOC. Rezultat, zgodnie z którym nastrój depresyjny bada-

nych warunkuje ich przekonanie o spójności, uporządkowaniu i przewidywalności świata zdaje się wspierać argumenty wysuwane na rzecz wpływu stanu emocjonalnego na przetwarzanie przez człowieka docierających do niego informacji. Współcześnie przyjmuje się, co prawda, coraz częściej współzależność emocji i poznania (3, 10), co nie wyklucza, iż we wzajemnym układzie sprzężeń zwrotnych dominować w określonej sytuacji może jeden z tych elementów warunkując drugi (por. 7).

Podjęta w prezentowanych badaniach próba określenia zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy stanem emocjonalnym a poczuciem koherencji niewątpliwie wymaga dalszych analiz i szerszej zakrojonych badań (w większej i zróżnicowanej ze względu na płeć i wiek grupie badawczej). Zasygnalizować trzeba też konieczność uwzględnienia innej sytuacji życiowej badanych w celu zminimalizowania możliwości zaistnienia zjawiska, w którym mniej stabilna zmienna mogłaby zostać uznana za przyczynę zmiennej bardziej stabilnej (nastrój kobiet w okresie okołoporodowym może być uznany za czynnik podlegający większym wahaniom wynikającym ze zmian np. fizjologicznych niż poczucie koherencji i jego komponenty).

## Streszczenie

Celem badań było określenie kierunku zależności między poczuciem koherencji (SOC) i jego komponentami a symptomami depresji. Zastosowano podłużną procedurę badawczą. W badaniach wzięło udział 46 kobiet oczekujących pierwszego dziecka i rok po porodzie. Posłużono się *Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC-29)* oraz *Inwentarzem Objawów Depresyjnych Beck'a (BDI)*. Stwierdzono odwrotnie proporcjonalną zależność między SOC a symptomami depresji. Odnotowano również systematyczny wpływ stanu emocjonalnego na poziom poczucia koherencji. Metoda ana-

lizy korelacji krzyżowych ujawniła wpływ liczby symptomów depresyjnych w okresie ciąży na doświadczane poczucie zrozumiałości badanych rok później.

Słowa kluczowe: **poczucie koherencji (SOC), symptomy depresji, zależności przyczynowo-skutkowe, analiza korelacji krzyżowych**

### Summary

This study was aimed to examine direction of relationship between sense of coherence (SOC) and depression symptoms. In longitudinal study: 46 women during the first pregnancy were tested in the third trimester and one year after the delivery using Antonovsky's 29-item SOC Scale and *Beck Depression Inventory (BDI)*. Strong negative correlation was found between SOC and depression symptoms. Systematical influence of depression symptoms on the SOC was found. Cross-lagged-panel-correlation determine showed influence of depression symptoms number during the one pregnancy on the comprehensibility.

Keywords: **sense of coherence (SOC), symptoms of depression, the reason-result relationship, cross-lagged-panel-correlation**

### Piśmiennictwo

- Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S.: Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie. GWP, Gdańsk 2003, tom I.
- Doliński D.: Emocje, poznanie i zachowanie. [W:] J. Strealu (red.): Psychologia. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2000, tom II, 369–395.
- Geyer S.: Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 1997, 12, 1771–1779.
- Habrat E.: Poczucie koherencji u osób z przebyłym zespołem depresyjnym typu endogenego. *Psychoterapia*, 1997, 3, 73–79.
- Hahn A.: Signifikanztest für Kreuzkorrelationen. [on-line]. Dostępne: [www.userpage.fu-berlin.de/~ahahn](http://www.userpage.fu-berlin.de/~ahahn), 1999.
- Heszen-Niejodek I.: Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie. [W:] I. Heszen-Niejodek (red.): Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań, 2002.
- Kaplan H. J., Sadock B. J.: *Psychiatria kliniczna*. Urban & Partner, Wrocław 1998.
- Kivimäki M., Feldt T., Vahtera J., Nurmi J. E.: Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*, 2000, 50, 583–597.
- Kolańczyk A.: o współzmienności emocji i poznania. *Przegląd Psychologiczny*, 1997, 40, 57–79.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z.: *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja the Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego*. *Przegląd Psychologiczny*, 1993, 4, 491–502.
- Kravetz S., Drory Y., Florian V.: Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 1993, 7, 233–244.
- Kroemeke A.: Poczucie koherencji a symptomy depresyjne doświadczane przez kobiety w ciąży i porożu. Nieopublikowana praca magisterska, Uniwersytet Śląski, Katowice, 2004.
- Mroziak B., Czabała J. Cz., Wójtowicz S.: Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 1997, 3, 257–268.
- Namysłowska I.: *Terapia rodzin*. Springer PWN, Warszawa 1997.

16. Parnowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz Depresji Beck'a w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatria Polska*, 1977, 11 (4), 417–421.
17. Rimm H.: Sense of coherence and other personality dimensions. a preliminary report. *Polish Psychological Bulletin*, 1999, 30 (4), 333–341.
18. Sęk H.: Stres krytycznych wydarzeń życiowych. [W:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.): *Zdrowie, stres, zasoby. o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, 13–22.
19. Sęk H., Pasikowski T.: Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. [W:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.): *Zdrowie, stres, zasoby. o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001, 101–126.
20. Steiner M., Yonkers K.: Depresja u kobiet. Zaburzenia nastroju związane z cyklem rozrodczym. *Via Medica*, Gdańsk 1999.
21. Strümpfer D. J. W., Gouws J. F., Viviers M. R.: Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of personality*, 1998, 12, 457–480.
22. Wasilewska-Pordes M.: Depresja porodowa u kobiet. Wydawnictwo Radamsa, Kraków 2000.
23. Wrześniewski K., Łuszczynska-Cieślak A., Włodarczyk D.: Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca. [W:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.): *Zdrowie, stres, zasoby. o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001, 177–190.
24. Zimbardo P. G., Ruch F. L.: *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
25. Zwoliński M.: Sense of Coherence (SOC) and coping styles as predictors of subjective health. *Polish Psychological Bulletin*, 1999, 30 (4), 291–302.

**Adres do korespondencji**

Dr Joanna Mateusiak  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii UŚ  
ul. M. Grażyńskiego 53  
40-126 Katowice  
e-mail: [jmateus@us.edu.pl](mailto:jmateus@us.edu.pl)