

Schizofrenia i poczucie koherencji

Schizophrenia and sense of coherence

Bogumiła Witkowska-Łuś

Instytut Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Summary

Aim. The purpose of the study was to investigate the dependence between the sense of coherence (SOC) and symptomatic improvement as it is the determinant of recovery process of patients with schizophrenia spectrum disorders.

Methods. The group of 134 patients was surveyed. 118 of them suffered from paranoid schizophrenia and 16 suffered from schizoaffective disorders, all were hospitalized in psychiatric clinics. Mean age was 36.22 years ($SD = 8.51$). Research was based on the Orientation to Life Questionnaire by A. Antonovsky. The level of psychopathological symptoms intensity was investigated twice, at the start and at the end of hospitalization with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The rate of recovery was the margin between psychopathological symptoms intensification at the beginning and at the end of hospitalization.

Results. The analysis show that higher sense of comprehensibility (SOCCOM) favors lesser intensity of negative symptoms and overall psychiatric symptomatology in PANSS while starting the hospitalization. Also patients with higher level of sense of coherence (SOC) show less negative symptoms escalation during hospital admission. Results show that higher level of sense of coherence (SOC) and higher level of sense of comprehensibility (SOCCOM) coexist with lesser difference in the intensification of psychopathological symptoms.

Conclusions. This article tries to show the role of sense of coherence in the recovery process among people with schizophrenic disorders. Coexistence of higher sense of coherence with greater negative symptoms and psychopathological symptoms can be perceived as an insight to the illness, which can be recognized as an expression of recovery.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, schizofrenia, zdrowienie

Key words: sense of coherence, schizophrenia, recovery

Wstęp

Pomimo rozwoju badań nad schizofrenią nadal nie potrafimy precyzyjnie określić czynników decydujących o powrocie do zdrowia konkretnego pacjenta. Identyfikowanie zmiennych, od których zależy zdrowienie pacjentów z diagnozą zaburzeń ze spektrum schizofrenii, jest jednym z najistotniejszych wyzwań współczesnej psychiatrii.

Antonovsky [1] w zaproponowanym przez siebie salutogenetycznym podejściu do problemu zdrowia i choroby skoncentrował się na procesie zdrowienia. Poszukiwał czynników sprzyjających zdrowiu, inaczej niż w modelu biomedycznym, w którym profilaktyka polegała na eliminowaniu czynników uznanych za patogenne. Teoria salutogenezy ujmuje zdrowie w szerszym kontekście niż podejście patogenetyczne. Zdrowie jest rozumiane nie jako zmienna dychotomiczna, ale jako kontinuum. Możliwe staje się więc poszukiwanie czynników, które powodują, że człowiek przesuwa się w kierunku bieguna zdrowia. Antonovsky [1, 2] wskazał na poczucie koherencji (SOC) jako kluczowy składnik zdrowia. Wzmacnianie poczucia koherencji oraz radzenia sobie sprzyja zdrowieniu.

Poczucie koherencji zostało zdefiniowane przez Antonovsky'ego [2] jako globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim ma on dominujące, 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 pozwalają człowiekowi sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania. Autor wyróżnił trzy komponenty poczucia koherencji: (1) poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), które ma najbardziej poznawczy charakter; (2) poczucie zaradności (*manageability*) z dominującym aspektem działania i przekonaniem, że dana jednostka poradzi sobie z trudnościami oraz (3) poczucie sensowności (*meaningfulness*) związane z nadawaniem sensu doświadczeniom i podejmowaniem wyzwań. Poczucie koherencji uważane jest za prozdrowotny czynnik, który odgrywa korzystną rolę w radzeniu sobie ze stresem w różnych chorobach.

Niewątpliwie osoba cierpiąca z powodu zaburzeń z kręgu schizofrenii może doświadczać wysokiego poziomu stresu związanego z kolejnymi epizodami choroby, z narastaniem objawów psychopatologicznych, koniecznością kolejnych hospitalizacji. Wyższe poczucie koherencji zdaniem autora salutogenezy zabezpiecza człowieka przed wystąpieniem zaburzeń, a jeśli się ujawnią, pomaga w szybszym odzyskaniu zdrowia. Proces zdrowienia (*recovery*) w schizofrenii wpisuje się w aktualne wątki badawcze salutogenezy jako pewna forma jej kontynuacji. Zdrowienie po doświadczeniu choroby psychicznej jest długotrwałym procesem. Często osoba ze zdiagnozowaną schizofrenią potrzebuje na to wielu lat, powoli odzyskując zdolność do samodzielnego funkcjonowania, odbudowywania relacji rodzinnych, powrotu do pełnionych ról zawodowych, do funkcjonowania w społeczności. Osoby z doświadczeniem schizofrenii mogą powrócić do zdrowia i prowadzić satysfakcjonujące życie, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą [3, 4].

Koncepcja Antonovsky'ego oparta na poczuciu koherencji była weryfikowana w wielu badaniach [np. 5–10]. Dokonując przeglądu literatury przedmiotu, Feigin

i Sapir [11] stwierdzili, że pojęcie SOC ma szerokie podstawy teoretyczne oraz odnotowali rosnącą liczbę empirycznych dowodów uzasadniających użyteczność tej koncepcji.

Poczucie koherencji było także oceniane w populacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Wyniki badań wskazały na SOC jako dobry predyktor jakości życia u osób leczonych z powodu schizofrenii [12, 13]. Zauważono także trend w kierunku związku wyższych wyników w SOC z niższymi rezultatami w PANSS [13]. Wcześniej prowadzone badania na populacji szwedzkich pacjentów z diagnozą schizofrenii lub zaburzeń schizofrenicznych podobnie uwypukliły negatywny związek poczucia koherencji z nasileniem objawów psychopatologicznych [14]. Nie stwierdzono różnic w SOC pomiędzy pacjentami, którzy różnili się czasem trwania choroby, poziomem funkcjonowania psychospołecznego, wiekiem, dochodem miesięcznym, zatrudnieniem oraz stanem cywilnym. W wielu badaniach empirycznych poczucie koherencji zostało zweryfikowane jako zmienna sprzyjająca zdrowiu [15–18].

Badacze z Norwegii [19] zwrócili uwagę na istotne znaczenie terapii opartej na teorii salutogenezy w procesie zdrowienia osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi. Akcentowano wzmocnienie zasobów w radzeniu sobie z psychicznymi kryzysami. Interesujące badania z zastosowaniem jakościowego podejścia (bez używania *Orientation to Life Questionnaire*) do teorii salutogenezy przeprowadzili Griffiths i wsp. [20]. Okazało się, że w badanej grupie osób z zaburzeniami psychicznymi siła poczucia koherencji może wskazywać na ogólne zdolności adaptacyjne jednostki, ale w odniesieniu do konkretnych problemów codziennego życia nie zawsze stanowi efektywną miarę radzenia sobie.

Warto również przytoczyć wyniki badań nad związkiem poczucia koherencji ze stylem radzenia sobie ze stresem w grupie rodziców dorosłych dzieci, u których rozpoznano schizofrenię [21]. Stwierdzono, że poczucie koherencji dodatnio koreluje u tych rodziców ze stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na rozwiązywaniu problemów. Rodzice z niższym poczuciem koherencji częściej posługiwali się stylem emocjonalnym oraz unikowym. Interesujące badania przeprowadzono także analizując zależność pomiędzy składowymi poczucia koherencji a strategiami radzenia sobie ze stresem wśród rodzeństwa osób z diagnozą schizofrenii [22]. Istotnie statystycznie i dodatnio związki odnotowano między poczuciem zrozumiałości własnych działań i takimi strategiami radzenia sobie ze stresem, jak opanowanie oraz mobilizacja do działania. Z kolei ujemną korelację odnotowano dla strategii dezorganizacji i autoagresji, samoobwiniania, rezygnacji i bierności. W badaniach tajwańskich rodzin zaobserwowano, że przy niższym poziomie koherencji wzrastało poczucie obciążenia u kobiet opiekujących się chorymi na schizofrenię, którzy pozostawali w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej. Rodzeństwo zgłaszało niższy stopień obciążenia w opiece nad chorym bratem lub siostrą w porównaniu z rodzicami. Wyniki badań ujawniły istotną zależność pomiędzy poczuciem koherencji a odpornością. Autorzy podkreślili znaczenie poczucia koherencji oraz odporności w przystosowaniu rodziny, w której jedna z osób miała rozpoznaną schizofrenię [23].

Celem prezentowanych badań było poznanie zależności między poziomem poczucia koherencji a poprawą objawową w zaburzeniach z kręgu schizofrenii.

Oslabienie nasilenia objawów psychopatologicznych w skali PANSS stanowiło istotny wskaźnik zdrowienia hospitalizowanej osoby z zaburzeniami z kręgu schizofrenii.

Metoda

Grupa badana

W badaniach uczestniczyły 134 osoby hospitalizowane z powodu schizofrenii paranoidalnej (118 osób) lub zaburzeń schizoafektywnych (16 osób). Grupy kobiet i mężczyzn były równoliczne (po 67 osób).

Kryteria doboru do grupy były następujące: 1) zdiagnozowana schizofrenia lub psychoza schizoafektywna zgodnie z kryteriami ICD-10; 2) co najmniej trzecia hospitalizacja (większa pewność diagnostyczna stwierdzenia zaburzeń z kręgu schizofrenii niż np. przy pierwszym pobycie w szpitalu), ale nie więcej niż dziesiąta (aby wykluczyć pacjentów ze schizofrenią rezydualną); 3) logiczny kontakt werbalny w czasie wypełniania testów psychologicznych; 4) brak uzależnienia od alkoholu lub narkotyków; 5) brak wyraźnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów w kilku szpitalach i klinikach psychiatrycznych. Wszyscy pacjenci objęci badaniami byli leczeni neuroleptykami (klasyczne [$N = 28$; 20,9%], atypowe [$N = 57$; 42,54%], klasyczne i atypowe [$N = 49$; 36,57%]). Pacjenci wypełniali skalę SOC-29 jeden raz w okresie znacznej poprawy objawowej: w końcowym etapie hospitalizacji, w ostatnich trzech dniach przed planowanym wypisem. Psycholog kliniczny oceniał stan psychiczny pacjenta za pomocą skali PANSS dwukrotnie: w pierwszych 2 dniach po przyjęciu oraz w dniu wypisu ze szpitala. Schemat indywidualnego badania przeprowadzanego przez psychologa klinicznego w odniesieniu do każdego pacjenta był taki sam. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do projektu, byli proszeni o wyrażenie zgody na udział w badaniu po uprzednim poinformowaniu o jego procedurze, celu naukowym i anonimowym charakterze, a także o możliwości wycofania zgody na każdym etapie. Prezentowane badania stanowią część większego projektu.

Projekt badań uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy została zamieszczona w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy

Zmienne	N = 134
Wiek	
M (SD)	36,22 (8,51)
Płeć	
Kobieta	67 (50%)
Mężczyzna	67 (50%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Stan cywilny	
Wolny	113 (84,23%)
Żonaty/zamężna	21 (15,67%)
Wykształcenie	
Podstawowe lub zawodowe	38 (28,36%)
Średnie	71 (52,99%)
Wyższe	25 (18,66%)
Źródła dochodu	
Praca zarobkowa	21 (15,67%)
Świadczenia rentowe	82 (61,19%)
Zasilek (z MOPS)	8 (5,97%)
Inne	23 (17,16%)
Diagnoza	
Schizofrenia paranoidalna (F20)	118 (88,06%)
Psychoza schizoafektywna (F25)	16 (11,94%)
Zamieszkiwanie	
Samotnie	24 (17,91%)
Z założoną rodziną	21 (15,67%)
Z rodzicami	76 (56,72%)
Z konkubentem	2 (1,49%)
Inne	11 (8,21%)
Czas trwania choroby w latach M (SD)	11,65 (7,38)
Długość hospitalizacji w dniach M (SD)	53,83 (33,67)

M = średnia; *SD* = odchylenie standardowe

Narzędzia

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonovsky'ego (SOC-29) do oceny poziomu poczucia koherencji. Zastosowano polską adaptację skali, której dokonano w Zakładzie Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi i poddano psychometrycznej ocenie, uzyskując zadowalające wskaźniki rzetelności i stabilności [24]. Kwestionariusz składa się z 29 itemów (możliwy do uzyskania wynik mieści się w granicach od 29 do 201). Daje możliwość punktowej oceny poziomu koherencji oraz składających się na nią wymiarów: poczucia zrozumienia, zaradności i sensowności. Wysoki wynik w SOC oznacza silne poczucie koherencji.

2. Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS) S.R. Kaya, L.A. Oplera, A. Fiszbeina [25] do oceny stanu psychicznego pacjenta. Skala PANSS składa się z 30 itemów (liczba punktów możliwa do osiągnięcia mieści się w przedziale od 30 do 210). Narzędzie to pozwala klinicyście na ocenę objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnej symptomatologii oraz umożliwia obliczenie wyniku ogólnego. Wysokie wyniki są wskaźnikiem poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych. Wyniki w skali PANSS poniżej 60 punktów informują o poprawie objawowej. Wyniki powyżej 60 punktów wskazują na zaostrzenie zaburzeń z kręgu schizofrenii [26].

Analizy statystyczne

Uzyskane wyniki badań zostały obliczone i poddane analizie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS 21 (IBM Corp. Released 2012. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0.* Armonk, NY: IBM Corp.). Zastosowano korelacje r Pearsona.

Wyniki

Grupę 134 pacjentów poddano ocenie za pomocą dwóch skal SOC i PANSS. W tabeli 2 przedstawiono korelacje pomiędzy trzema wymiarami koherencji (poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności, poczucie sensowności) oraz ogólnym poczuciem koherencji a wymiarami PANSS w początkowym i końcowym okresie hospitalizacji badanych pacjentów.

Tabela 2. Korelacje pomiędzy objawami psychopatologicznymi (PANSS) a poczuciem koherencji (SOC-29)

	1PANSS P	1PANSS N	1PANSS G	1PANSS T	2PANSS P	2PANSS N	2PANSS G	2PANSS T	Róż 1-2-P	Róż 1-2-N	Róż 1-2-G	Róż 1-2-T
SOCCOM	-0,03	-0,17*	-0,19*	-0,17	0,14	0,09	0,10	0,12	-0,15	-0,23**	-0,28**	-0,24**
SOCMAN	0,02	-0,14	-0,05	-0,07	0,11	0,00	0,09	0,08	-0,08	-0,13	-0,13	-0,12
SOCMEA	0,01	-0,17	-0,06	-0,09	0,12	-0,01	0,10	0,08	-0,09	-0,16	-0,14	-0,14
SOC	0,00	-0,18*	-0,11	-0,12	0,14	0,03	0,11	0,10	-0,12	-0,19*	-0,21*	-0,19*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; PANSS P – objawy pozytywne; PANSS N – objawy negatywne; PANSS G – ogólne objawy psychopatologiczne; PANSS O – wynik ogólny; SOCCOM – poczucie zrozumiałości, SOCMAN – poczucie zaradności; SOCMEA – poczucie sensowności; SOC – wynik ogólny poczucia koherencji; Róż 1-2 – różnica między pierwszym a drugim wynikiem skali PANSS

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że wyższemu poczuciu zrozumiałości (wymiar koherencji) sprzyja mniejsze nasilenie objawów negatywnych ($r = -0,17$; $p < 0,05$) oraz ogólnej symptomatologii psychiatrycznej ($r = -0,19$; $p < 0,05$) podczas rozpoczynania hospitalizacji badanych pacjentów. Również osoby charakteryzujące się istotnie wyższym poczuciem koherencji ogólnej prezentują

wyraźnie mniejsze nasilenie objawów negatywnych w PANSS ($r = -0,18; p < 0,05$) w czasie przyjęcia do szpitala. Stwierdzono także brak istotnych zależności między poziomem poczucia koherencji a wynikami drugiego pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych (zakończenie hospitalizacji).

Wydaje się, że można przeprowadzić bardziej precyzyjne wnioskowanie, analizując różnice w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych, które stanowią wskaźnik poprawy objawowej. Pozwala to na wzięcie pod uwagę początkowego oraz końcowego nasilenia psychopatologii u konkretnego pacjenta. Analiza zależności poziomu obniżenia objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą różnic w podskalach PANSS oraz wyniku sumarycznym z trzema wymiarami w poczuciu koherencji i wynikiem ogólnym wykazała wszystkie korelacje o charakterze ujemnym. Istotny poziom zależności uwidocznił się w zakresie poczucia zrozumiałości oraz ogólnej koherencji. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między zmniejszeniem nasilenia psychopatologii w zakresie objawów negatywnych ($r = -0,23; p < 0,01$), ogólnej symptomatologii psychiatrycznej ($r = -0,28; p < 0,01$) oraz objawów ogólnych ($r = -0,24; p < 0,01$) a poczuciem zrozumiałości. Zależność ta oznacza, że im wyższy wynik w poczuciu zrozumiałości, tym mniejsza poprawa objawowa hospitalizowanych pacjentów w zakresie objawów negatywnych, ogólnej symptomatologii psychiatrycznej i objawów ogólnych. Dwa wymiary poczucia koherencji – poczucie zaradności i poczucie sensu – nie wykazały istotnego związku z uzyskanymi wynikami w PANSS.

Należy zwrócić uwagę na brak zależności między poczuciem koherencji a nasileniem objawów pozytywnych zarówno przy przyjęciu do szpitala, jak i w momencie kończenia hospitalizacji przez pacjentów. Wynik ten potwierdza biologiczne uwarunkowania objawów pozytywnych, stąd brak związku między objawami pozytywnymi a poziomem koherencji.

Omówienie wyników

Przeprowadzone analizy wskazują na występowanie zależności między poczuciem koherencji a nasileniem objawów psychopatologicznych u hospitalizowanych pacjentów podczas rozpoczynania hospitalizacji. Uzyskane rezultaty są zbieżne z wynikami, jakie otrzymali Bengtsson-Tops, Brunt i Rask [7]. W badaniach szwedzkich pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń schizofrenicznych stwierdzono, że wyższy poziom psychopatologii (mierzony za pomocą *Brief Psychiatric Rating Scale*) łączył się ze słabszym SOC. Podobne wyniki uzyskano w grupie osób chorujących na schizofrenię badanych przez Gassmanna i wsp. [13]. Stwierdzili oni, że osoby ze schizofrenią z wysokim SOC miały mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych oraz wyższy ogólny poziom funkcjonowania, a także uzyskiwały lepsze efekty w leczeniu.

Z analizowanych w tym artykule badań wynika, że statystycznie istotne zależności dotyczą związku między ogólnym poziomem koherencji oraz jednym z wymiarów koherencji – poczuciem zrozumiałości. Osoby o silnym poczuciu zrozumiałości trafnie oceniają rzeczywistość i nie są zaskoczone przebiegiem wydarzeń w zewnętrznym świecie. Pozostałe dwa wymiary koherencji, poczucie zaradności i poczucie sensowności, nie wykazały związku z nasileniem objawów psychopatologicznych. Osoba o

silnym poczuciu zaradności potrafi skutecznie zapanować nad swoim życiem. Z kolei osoba o silnym poczuciu sensowności trudne życiowe doświadczenia traktuje jako wyzwania, którym można sprostać, jako możliwości w procesie samorealizacji. Większa różnica między wynikami początkowymi a końcowymi, oznaczająca poprawę w zakresie objawów negatywnych, ogólnej symptomatologii psychiatrycznej oraz objawów ogólnych, współwystępowała w badanej grupie z niższym poczuciem koherencji. Otrzymane wyniki wydają się paradoksalne, ale byłby to wniosek powierzchowny w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami z kręgu schizofrenii.

Warto zwrócić uwagę na dynamikę procesu zdrowienia osób po przebytych kryzysie psychotycznym. W okresie nasilenia objawów (faza ostra psychozy) następuje utrata realnego kontaktu z rzeczywistością i z samym sobą. Wraz z ustępowaniem pozytywnych objawów psychopatologicznych i wyższym poziomem poczucia zrozumiałości wielu pacjentów uzyskuje wgląd (często tylko częściowy) w istotę swojej choroby. Zdrowienie przejawiające się bardziej świadomym rozumieniem własnej sytuacji przy kończeniu kolejnej hospitalizacji psychiatrycznej może nasilać (lub podtrzymywać) objawy negatywne (np. apatię, brak energii, zmniejszenie płynności i produktywności procesu słowno-interakcyjnego, wycofanie emocjonalne, wycofanie społeczne) oraz ogólną symptomatologię psychiatryczną (np. depresja, lęk, napięcie, czynne unikanie kontaktów społecznych). Tak więc wyższy poziom objawów negatywnych i ogólnej symptomatologii psychiatrycznej, a jednocześnie niski poziom objawów pozytywnych przy końcu hospitalizacji można rozumieć jako przejaw uzyskiwania wglądu w chorobę, który z kolei łączy się z wyższym poczuciem zrozumiałości i ogólnej koherencji.

Antonovsky [2] uważał, że poziom poczucia koherencji determinuje zdolność powrotu do zdrowia. Wydaje się jednak, że u pacjentów z diagnozą schizofrenii wraz z pogłębianiem się objawów psychopatologicznych poczucie koherencji przestaje zabezpieczać przed dezorganizacją. Nie spełnia już także funkcji orientujących człowieka w jego własnych doświadczeniach. Ten problem wydaje się interesujący jako przedmiot analizy w dalszych badaniach. Przedstawione wyniki badań potwierdzają znaczenie poczucia koherencji w procesie zdrowienia osób z zaburzeniami z kręgu schizofrenii. W projektowaniu programów terapeutycznych istotne jest uwzględnienie wzmocnienia poczucia koherencji u konkretnego pacjenta w procesie jego leczenia.

Wnioski

W artykule podniesiono ważną kwestię zogniskowaną na poszukiwaniu pozafarmakologicznych czynników wykazujących istotny związek z procesem zdrowienia pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń z kręgu schizofrenii. Wykazano zależność poczucia koherencji, które jest jednym z zasobów podmiotowych człowieka, z poziomem psychopatologii występującej w zaburzeniach z kręgu schizofrenii. W ramach przeprowadzonego badania szukano odpowiedzi na ważne pytanie dotyczące roli poczucia koherencji w procesie zdrowienia pacjentów z zaburzeniami z kręgu schizofrenii. Sugeruje się, że współwystępowanie wyższego poczucia koherencji z wyższymi objawami negatywnymi oraz ogólnymi objawami psychopatologicznymi może

stanowić u pacjentów kończących hospitalizację psychiatryczną przejaw osiąganego przez nich wglądu w chorobę, co można uznać za przejaw zdrowienia.

Zaprezentowane badania mają również ograniczenia. Wybór osób do badań w końcowym etapie hospitalizacji (większość pacjentów w okresie remisji objawowej), a także z doświadczeniem kilku rehospitalizacji, może powodować trudności w odniesieniu uzyskanych wyników badań do całej populacji pacjentów chorujących na zaburzenia z kręgu schizofrenii. Ze względu na stosunkowo niskie wskaźniki korelacji należy zachować ostrożność w uogólnianiu wyników na całą grupę osób z zaburzeniami schizofrenicznymi.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
2. Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
3. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
4. Bronowski P, Chotkowska K. *Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie. Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*. 2016; 3(20): 11–20.
5. Cederblad M, Hansson K. *Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group*. *Isr. J. Med. Sci.* 1996; 32: 194–199.
6. Kivimaki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi J. *Sense of coherence and health: Evidence from two cross-lagged longitudinal samples*. *Soc. Sci. Med.* 2000; 50: 583–597.
7. Bengtsson-Tops A, Hansson L. *The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in sample of schizophrenic patients living in the community*. *J. Adv. Nurs.* 2001; 4: 432–438.
8. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt M, Hanestad BR. *Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: A 1-year follow-up study*. *Qual. Life Res.* 2007; 16(6): 939–946.
9. Griffiths CA. *The EMILLA project: The impact of a lifelong learning intervention on the sense of coherence of mental health service users*. *Inter. J. Psychosoc. Rehab.* 2009; 14: 35–50.
10. Hsiao CY, Tsai YF. *Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia*. *J. Clin. Nurs.* 2015; 24(11–12): 1546–1556.
11. Feigin R, Sapir A. *The relationship between sense of coherence and attribution of responsibility for problems and their solutions, and cessation of substance abuse*. *J. Psychoactive Drugs.* 2005; 37: 63–74.
12. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, Ścisło P, Leksowska A, Gorczyca P. *Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(6): 975–984.
13. Gassmann W, Christ O, Lampert J, Berger H. *The influence of Antonovsky's sense of coherence (SOC) and psychoeducational family intervention (PEFI) on schizophrenic outpatients' perceived quality of life: A longitudinal field study*. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 10.
14. Bengtsson-Tops A, Brunt D, Rask M. *The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology*. *Scand. J. Caring Sci.* 2005; 19: 280–287.

15. Kinman G. *Work stressors, health and sense of coherence in UK Academic Employees*. Educ. Psychol.-UK. 2008; 28(7): 823–835.
16. Davidson OB, Feldman DB, Margalit M. *A focused intervention for 1st-year college students: Promoting hope, sense of coherence, and self-efficacy*. J. Psychol. 2012; 146(3): 333–352.
17. Zugravu CA. *Sense of coherence and its connections with BMI and weight-related beliefs and attitudes*. Int. J. Collab. Res. Intern. Med. Public Health. 2012; 4(6): 1131–1140.
18. Sarenmalm EK, Browall M, Persson LO, Fall-Dickson J, Gaston-Johansson F. *Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer*. Psychoonkologie. 2013; 22(1): 20–27.
19. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt M, Kristoffersen K, Wahl AK. *The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial*. Patient Educ. Couns. 2006; 62(2): 212–219.
20. Griffiths CA, Ryan P, Foster JH. *Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory*. Scand. J. Psychol. 2011; 52: 168–173.
21. Kasperek-Zimowska B, Chądzyńska M. *Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 643–652.
22. Osuchowska-Kościjańska A, Charzyńska K, Chądzyńska M, Drożdżyńska A, Kasperek-Zimowska B, Bednarek A i wsp. *Poczucie koherencji i sposoby radzenia sobie ze stresem w relacji z bratem lub siostrą u zdrowego rodzeństwa osób chorych psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 371–382.
23. Chiu-Yueh H, Yun-Fang T. *Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia*. J. Clin. Nurs. 2014; 24: 1546–1556.
24. Dudek BI, Makowska Z. *Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire measuring sense of coherence*. Polish Psychological Bulletin. 1993; 24: 309–318.
25. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophrenia Bull. 1987; 13: 261–276.
26. Rzewuska M. *Validity and reliability of the Polish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Int. J. Meth. Psych. Res. 2002; 11: 27–32.

Adres: Bogumiła Witkowska-Łuć
Instytut Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
25-019 Kielce, ul. Krakowska 11

Otrzymano: 5.09.2016

Zrecenzowano: 26.10.2016

Otrzymano po poprawie: 14.12.2016

Przyjęto do druku: 22.03.2016