

**Stanisław Wójtowicz<sup>1</sup>, Jolanta Jastrzębska<sup>2</sup>, Bogusław Habrat<sup>2</sup>,  
Barbara Mroziak<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia

<sup>2</sup> Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień

<sup>3</sup> Zakład Psychologii Klinicznej  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

## **POCZUCIE KOHERENCJI, STYLE RADZENIA SOBIE I OCENA PIERWOTNA STRESU U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU PODEJMUJĄCYCH LECZENIE ODWYKOWE**

### **WSTĘP**

Jednym z bardziej istotnych problemów w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu jest niechęć znacznej części pacjentów do podejmowania leczenia odwykowego. W oddziałach detoksykacyjnych osoby uzależnione są informowane o konieczności podjęcia leczenia odwykowego i stosuje się wobec nich różne techniki motywacyjne (13), ale tylko nieliczni kontynuują leczenie. Dotychczas słabo poznane są przyczyny, z powodu których niektóre osoby decydują się na podjęcie leczenia odwykowego, a inne – nie. W poprzednich pracach stwierdziliśmy m.in., że osoby korzystające z leczenia odwykowego są odmienne typologicznie i temperamentalnie od pacjentów, którzy ograniczają się tylko do detoksykacji (14, 15).

Sheridan i Radmacher (31) odnoszą zaproponowany przez Lazarusa i Folkman (18) model stresu do problemów alkoholowych. Założenia badawcze oparte na tym modelu bardziej szczegółowo przedstawiono we wcześniejszej publikacji (22). Picie alkoholu można uważać za szkodliwy dla zdrowia sposób radzenia sobie ze stresem,

---

Praca wykonana w ramach zadań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (temat nr 26/99).

umożliwiający redukcję napięcia. Badanie sprawdzające założenia tego modelu przeprowadzili m.in. Cooper i wsp. (9), dochodząc do wniosku, że na związek między stresem a piciem i nadużywaniem alkoholu mają też czynniki indywidualne. Do takich czynników należy m.in. poczucie koherencji (sense of coherence – SOC) (6, 10, 22, 24, 25, 29), strategie radzenia sobie ze stresem (9, 19, 21, 25, 26, 31, 33) i nasilenie objawów psychopatologicznych (24, 25).

Poczucie koherencji, definiowane przez Antonovsky'ego (1, 2, 3) jako ogólna orientacja życiowa, ma trzy podstawowe składniki: poczucie zrozumiałości, czyli spostrzeganie świata jako zrozumiałego i przewidywalnego; poczucie sterowalności, czyli poczucie jednostki, że może mieć wpływ na świat, że potrafi sama, z pomocą innych ludzi lub siły wyższej poradzić sobie w każdej sytuacji; poczucie sensowności (wymiar emocjonalno-motywacyjny), czyli poczucie, że ma się w życiu coś, co stanowi wyzwanie i co warto jest zaangażowania się, podjęcia wysiłku.

Wykazano, że poczucie koherencji koreluje pozytywnie ze stanem zdrowia (3, 6, 8, 12, 16, 20, 22, 27) i zachowaniami prozdrowotnymi (2, 22, 27).

H. Antonovsky i wsp. (4) stwierdzili niskie poczucie koherencji u pijących codziennie osób uzależnionych, Midanik i wsp. (20) podają, że w ich badaniu poczucie koherencji było istotnym negatywnym predyktorem problemu alkoholowego, a także iż poziom SOC był istotnie wyższy u osób mało pijących w porównaniu z osobami uzależnionymi. Rachav i Teichman (29) w badaniach ankietowych na dużej próbie (6000 osób w wieku 18-40 lat) uzyskali ujemne korelacje między poziomem poczucia koherencji a spożyciem alkoholu, przy czym zależność ta jest szczególnie wyraźna w grupie osób wysokiego ryzyka (zagrożonych alkoholizmem). Mroziak i wsp. (26) stwierdzili, że osoby uzależnione miały istotnie niższe poczucie koherencji niż osoby nienadużywające alkoholu. Wyniki badań nad młodzieżą (28) pokazują, że wysoki poziom poczucia koherencji związany był z mniej intensywnym piciem alkoholu przez młodych mężczyzn, podczas gdy u młodych kobiet związek taki wystąpił tylko z jedną ze składowych SOC: poczuciem sensowności. Kucińska i wsp. (16) stwierdzili, że kobiety współuzależnione od alkoholu mają najniższy SOC w porównaniu z innymi grupami kobiet.

Pośrednim mechanizmem oddziaływania SOC na używanie alkoholu może być styl radzenia sobie ze stresem (11). Według Sheridana i Radmacher (31) picie alkoholu może pełnić dwojaką funkcję w radzeniu sobie ze stresem: umożliwia uwolnienie się od negatywnych emocji (zapomnienie, „zalenie robaka”) oraz poszukiwanie emocji pozytywnych (dostarczenie dodatkowej stymulacji, przyjemności, lepszego samopoczucia). Tak więc picie alkoholu związane jest z nieprzystosowawczym, skoncentrowanym na emocjach stylem radzenia sobie. Mroziak i wsp. (26) stwierdzili, że osoby uzależnione, w porównaniu z ludźmi zdrowymi, mają silniejszą tendencję do posługiwania się stylem skoncentrowanym na emocjach negatywnych, takich jak lęk i poczucie winy oraz stylem skoncentrowanym na unikaniu problemów poprzez odwracanie uwagi np. pójściem do kina, zajęciem się czymś innym. Także w tych badaniach stwierdzono większe nasilenie objawów psychopatologicznych (z wyjątkiem somatyzacji) u osób uzależnionych w porównaniu z osobami zdrowymi.

Przedstawione powyżej dane pokazują, że istnieje związek między poczuciem koherencji, stylami radzenia sobie ze stresem i nasileniem objawów psychosomatycznych a problemami alkoholowymi. Jednak większość cytowanych badań dotyczyła różnic między osobami uzależnionymi a zdrowymi. Wyniki przedstawione w tym artykule dotyczą tylko osób uzależnionych od alkoholu. Celem prezentowanej pracy było sprawdzenie, czy osoby uzależnione podejmujące lub niepodejmujące leczenia różnią się istotnie pod względem opisywanych parametrów: występowania objawów psychopatologicznych, poczucia koherencji, pierwotnej oceny sytuacji stresowych oraz stylów radzenia sobie ze stresem.

## METODA

### Osoby badane

W badaniu wzięły udział 94 osoby hospitalizowane w latach 1998-99 z powodu alkoholowych zespołów abstynencyjnych (F10.3 wg ICD-10). W grupie przeważali mężczyźni (N=76), kobiet było czterokrotnie mniej (N=18). Średni wiek badanych wynosił  $42,37 \pm 8,74$  lat. W badanej grupie 13,9% osób skończyło jedynie szkołę podstawową, 30,4% osób miało wykształcenie zawodowe, 6,3% niepełne średnie, 26,6% średnie, a 21,5% wyższe.

Wszystkim tym pacjentom zaproponowano leczenie odwykowe w stacjonarnym Ośrodku Leczenia Uzależnień, lecz podjęło je zaledwie 29 osób (30,8%), w tym 21 mężczyzn i 8 kobiet. Leczenie podjęło więc stosunkowo więcej kobiet niż mężczyzn (odpowiednio 44,4% i 27,6%). Nie było statystycznie istotnych różnic między podejmującymi leczenie (PL) a niepodejmującymi leczenia (NPL) osobami ani pod względem wieku, ani wykształcenia – chociaż wśród PL było relatywnie nieco więcej osób z wyższym wykształceniem (30% w porównaniu z 20% w grupie NPL). Wśród PL również kobiety były nieco starsze od mężczyzn (odpowiednio, średnie wieku wynosiły 44,2 i 39,3 lat).

### Narzędzia badawcze

W badaniu stosowano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 Antonovsky'ego – Orientation to Life Questionnaire w autoryzowanej wersji polskiej (2) – do pomiaru poczucia koherencji i jego składowych;

2. Skala CISS Endlera i Parkera – Coping Inventory for Stressful Situations (11), w polskiej adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (34) – do pomiaru stylu radzenia sobie ze stresem;

3. Skala WZS (Wyzwanie, Zagrożenie, Strata) H. Sęk i K. Szaładzińskiego (28) – do pomiaru oceny pierwotnej sytuacji stresowej;

4. Kwestionariusz Objawów – zmodyfikowana adaptacja polska skali HSCL (Hopkins Symptom Checklist L. Derogatisa) w opracowaniu M. Siwiak-Kobayashi (32) – do pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych;

5. Kwestionariusz demograficzny i wywiadu alkoholowego OTU, opracowany przez B. Woronowicza.

Właściwości psychometryczne pierwszych trzech narzędzi sprawdzone w odrębnym badaniu okazały się dobre, szczegółowo opisano je we wcześniejszej publikacji (22).

## WYNIKI

### Charakterystyka picia alkoholu

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych różnic związanych z płcią w grupie NPL, natomiast różnice takie były wśród osób podejmujących leczenie. W grupie PL kobiety przeszły inicjację alkoholową istotnie później niż mężczyźni (średni wiek odpowiednio: 24,0 i 15,6;  $F=9,03$ ,  $p<0,01$ ), a w związku z tym także później po raz pierwszy upiły się (29,4 i 17,7;  $F=19,6$ ,  $p<0,001$ ), miały „kaca” (36,6 i 25,7;  $F=6,4$ ,  $p<0,03$ ) oraz kłopoty związane z piciem (39,0 i 24,2;  $F=10,9$ ,  $p<0,005$ ), a także później pojawił się u nich pierwszy „ciąg” (40,3 i 28,2;  $F=7,9$ ,  $p<0,012$ ).

Badane grupy (PL i NPL) nie różniły się istotnie statystycznie w zakresie przedstawionych powyżej charakterystyk.

Ze względu na brak istotnych różnic związanych z płcią, dalsze analizy dotyczące wszystkich badanych zmiennych przeprowadzono dla kobiet i mężczyzn łącznie.

### Występowanie objawów psychopatologicznych

Wskaźniki nasilenia objawów psychopatologicznych zestawiono w Tabeli 1.

TABELA 1

Średni poziom nasilenia objawów psychopatologicznych (w skali HSCL) u osób uzależnionych od alkoholu podejmujących i niepodjmujących proponowanego leczenia odwykowego.

Objaw	Niepodjmujący leczenia (n=65)		Podjmujący leczenie (n=29)		F	p<
	średnia	SD	średnia	SD		
Somatyzacja	21,3	8,4	23,9	6,6	2,22	n.i.
Depresja z niepokojem	25,2	7,4	28,0	6,7	3,05	0,08
Depresja z zahamowaniem	23,0	8,3	27,2	6,8	5,60	0,02
Agresja	21,1	7,7	24,5	7,0	4,01	0,05
Lęk fobiczny	20,3	8,6	22,6	8,7	1,37	n.i.
Natręctwa	22,4	7,7	26,0	6,8	4,79	0,03
Nadwrażliwość interpersonalna	19,9	8,4	24,6	8,6	6,30	0,01

Badane grupy osób uzależnionych od alkoholu podejmujących leczenie odwykowe lub niepodjmujących takiego leczenia różnią się istotnie pod względem prawie wszystkich grup objawów psychopatologicznych mierzonych skalą

HSCL. Osoby podejmujące leczenie miały istotnie wyższe wyniki w skalach agresji, depresji z zahamowaniem, nadwrażliwości interpersonalnej oraz natręctw, a na poziomie tendencji – również w skali depresji z niepokojem ( $p < 0,08$ ).

### Poczucie koherencji (SOC)

Tabela 2 przedstawia średnie wyniki w globalnej skali SOC i jej trzech podskalach: zrozumiałości (C), sterowalności (MA) i sensowności (ME).

**TABELA 2**  
Poczucie koherencji u osób uzależnionych od alkoholu podejmujących lub niepodejmujących proponowanego leczenia odwykowego.

Skala	Niepodejmujący leczenia (n=65)		Podejmujący leczenie (n=29)		F	p<
	średnia	SD	średnia	SD		
Zrozumiałość – C	39,0	12,3	38,7	10,4	0,01	n.i.
Sterowalność – MA	42,4	11,6	40,0	11,7	0,90	n.i.
Sensowność – ME	37,5	9,4	33,0	8,8	4,70	0,03
SOC	118,7	31,2	111,7	27,5	1,09	n.i.

Osoby, które zdecydowały się na podjęcie proponowanego leczenia odwykowego miały istotnie słabsze poczucie sensowności niż osoby niepodejmujące dalszego leczenia.

### Ocena pierwotna sytuacji stresowej

Średnie wyniki dotyczące trzech kategorii oceny pierwotnej pokazuje Tabela 3.

**TABELA 3**  
Ocena poznawcza sytuacji stresowej przez osoby uzależnione od alkoholu podejmujące lub niepodejmujące leczenia odwykowego

Ocena sytuacji stresowej	Niepodejmujący leczenia (n=65)		Podejmujący leczenie (n=29)		F	p<
	średnia	SD	średnia	SD		
Wyzwanie	17,6	6,2	16,2	6,3	0,93	n.i.
Strata	16,7	5,0	19,3	5,5	5,21	0,025
Zgrożenie	18,8	4,6	19,7	5,4	0,66	n.i.

Osoby uzależnione kontynuujące leczenie mają silniejszą tendencję do spostrzegania sytuacji stresowej jako straty niż osoby niepodejmujące leczenia. Różnica między obiema grupami jest istotna statystycznie ( $p < 0,03$ ).

## Style radzenia sobie ze stresem

Wyniki dotyczące stylów radzenia sobie ze stresem zestawiono w tabeli 4.

**TABELA 4**  
Styl radzenia sobie ze stresem (skala CISS) u osób uzależnionych od alkoholu podejmujących lub niepodejmujących leczenia odwykowego

Styl radzenia sobie ze stresem	Niepodejmujący leczenia (n=65)		Podejmujący leczenie (n=29)		F	p<
	średnia	SD	średnia	SD		
Zadaniowy	54,6	10,7	53,3	10,5	0,30	n.i.
Emocjonalny	52,8	11,4	56,7	11,9	2,17	n.i.
Odwracanie uwagi	22,7	6,1	22,0	4,7	0,24	n.i.
Poszukiwanie kontaktów	15,2	4,3	15,2	3,7	0,00	n.i.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Jednym z celów przedstawionych analiz było poszukiwanie predyktorów podejmowania przez osoby uzależnione od alkoholu leczenia odwykowego. Analizy statystyczne wykonane na zebranych materiale wskazują, że takimi czynnikami może być obniżone poczucie sensowności (jeden ze składników poczucia koherencji), spostrzeżenie sytuacji stresowych w kategoriach straty, a także większe nasilenie objawów psychopatologicznych (agresji, depresji, nadwrażliwości interpersonalnej, natręctw). Taka konstelacja wyników składa się na dosyć spójny obraz negatywnego bilansu życiowego, poczucia braku sensu życia, swojej niekompetencji, niemożności poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją (własnym uzależnieniem). Dopiero to sprawia, że osoby uzależnione decydują się na podjęcie leczenia. Tak więc uzyskane przez nas dane potwierdzają, że do leczenia odwykowego skłania „sięgnięcie dna”.

Do podobnego wniosku prowadzą porównania osób podejmujących leczenie odwykowe i ludzi zdrowych, które były przedmiotem naszej wcześniejszej publikacji (26). Dane te wskazują ponadto na odmiennność stylów radzenia sobie ze stresem przez osoby uzależnione podejmujące leczenie i przez ludzi zdrowych. Brak różnic międzygrupowych w obecnych badaniach można interpretować jako wskaźnik nieprzystosowawczego stylu radzenia sobie ze stresem przez uzależnionych od alkoholu, niezależnie od tego, czy podejmują oni leczenie odwykowe, czy nie.

Interesujące są także związane z płcią różnice w zakresie charakterystyk picia alkoholu, stwierdzone w grupie podejmujących leczenie. Badana przez nas grupa (szczególnie kobiet) jest jednak bardzo mała, uzyskane dane można traktować jako wstępny sygnał możliwych zależności. Interesujące byłoby więc zbadanie większej próby.

## STRESZCZENIE

Spośród 94 osób (76 mężczyzn, 18 kobiet) hospitalizowanych z powodu alkoholowych zespołów abstynencyjnych (F10.3 wg ICD-10) 29 pacjentów (21 mężczyzn, 8 kobiet) podjęło dalsze leczenie odwykowe. Leczenie podejmuje zatem stosunkowo więcej kobiet niż mężczyzn (odpowiednio, 44,4% i 27,6%). Przedmiotem pomiaru były następujące zmienne: natężenie objawów psychopatologicznych (mierzone za pomocą polskiej adaptacji skali HSCL Derogatisa), poczucie koherencji (mierzone kwestionariuszem SOC-29 Antonovsky'ego w polskiej autoryzowanej adaptacji), styl radzenia sobie ze stresem (mierzony polską wersją skali CISS Endlera i Parkera w adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego), ocena pierwotna sytuacji stresowej (mierzonej skalą WZS Sęk i Szaładzińskiego) zmienne demograficzne i charakteryzujące picie alkoholu (wywiad alkoholowy w opracowaniu Woronowicza). Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA wykazała, że uzależnieni podejmujący leczenie odwykowe mają nie tylko istotnie większe nasilenie objawów psychopatologicznych: agresji ( $p<0,01$ ), depresji z zahamowaniem ( $p<0,02$ ), nadwrażliwości interpersonalnej ( $p<0,01$ ), natręctw ( $p<0,03$ ), ale także istotnie słabsze poczucie sensowności, będącego jednym ze składników poczucia koherencji ( $p<0,03$ ), a także istotnie silniejszą tendencję do spostrzegania sytuacji stresowych w kategoriach straty ( $p<0,03$ ). Nie stwierdzono istotnych różnic międzygrupowych w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem. Wyniki wydają się potwierdzać hipotezę, że leczenie odwykowe podejmują osoby w gorszym stanie psychicznym, takie, które „sięgnęły dna”.

**Słowa kluczowe:** leczenie odwykowe, uzależnienie od alkoholu, poczucie koherencji, ocena pierwotna, radzenie sobie ze stresem

Stanisław Wójtowicz, Jolanta Jastrzębska, Bogusław Habrat, Barbara Mroziak  
**Sense of coherence (SOC), coping styles and primary appraisal in alcohol dependent patients undertaking alcohol treatment**

## SUMMARY

Out of 94 patients hospitalised in 1998 for alcohol withdrawal syndromes (F10.3 in the ICD-10), 29 patients (21 males and 8 females) decided to enter an alcohol treatment programme. Thus, relatively more women than men undertook treatment (44.4% and 27.6%, respectively). Since no significant gender-related differences were found in the variables under study, patients starting alcohol treatment (AT) were compared to those discontinuing treatment (DT) irrespective of gender. The following variables were measured: psychopathological symptoms severity (using the HSCL by L. Derogatis), sense of coherence (using the SOC-29 Questionnaire by A. Antonovsky), primary appraisal (using the Challenge-Threat-Loss Scale by Sęk & Szaładziński), coping styles (using the CISS by Endler & Parker), demographic variables and alcohol status characteristics (using a questionnaire by B. Woronowicz). One-

way analysis of variance ANOVA indicated that alcohol dependent patients undertaking alcohol treatment had not only significantly more marked psychopathological symptoms: aggression ( $p < .05$ ), depression ( $p < .02$ ), interpersonal sensitivity ( $p < .01$ ), obsession-compulsion ( $p < .03$ ), but also a significantly weaker sense of meaningfulness, one of the SOC constituents, ( $p < .03$ ), and a stronger tendency to perceive stressful situations in terms of loss ( $p < .03$ ). No significant differences were found between AT and DT groups in coping styles. The findings suggest that people in a worse psychological condition, who have reached "the bottom", undertake alcohol treatment.

**Key words:** alcohol treatment, alcohol dependence, coping, sense of coherence, primary appraisal

## PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. (1993): *The structure and properties of the Sense of Coherence Scale*. Soc. Sci. Med., 36, 725-733;
2. Antonovsky A. (1995): *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Fundacja IPN.
3. Antonovsky A. (1979): *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass Publ.
4. Antonovsky H., Hankin Y., Stone D. (1987): *Patterns of drinking in a small development town in Israel*. Brit. J. Add., 82, 293-303.
5. Berg J.E., Andersen S. (1997): *Sense of coherence evaluated by treatment counsellors and substance abusers as an indication of length of stay*. Europ. Addict. Res., 3, 99-102.
6. Carstens J.A., Spangenberg J.J. (1997): *Major depression: a breakdown in sense of coherence?* Psychol. Rep. 80, (cz. 2), 1211-1220.
7. Castellani B., Wegeworth R., Wooton E., Ruggle L. (1997): *A bi-directional theory of addiction: Examining coping and the factors related to substance relapse*. Addict. Behav. 22, 139-144.
8. Cederblad M., Hansson K. (1996): *Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group*. Isr. J. Med. Sci. 32, 194-199.
9. Cooper M.L., Russell M., Skinner J.M., Frone M.R., Mudar P. (1992): *Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies*. J. Abn. Psychol. 101, 139-152.
10. Dahlin L., Cederblad M. (1993): *Salutogenesis – protective factors for individuals brought up in a high-risk environment with regard to the risk for a psychiatric or social disorder*. Nord. J. Psychiatry, 47, 53-63.
11. Endler N.S., Parker J.D.A. (1992): *The multidimensional assessment of coping: concepts, issues, and measurement*. W: Van Heck G.J., Bonaiuto P., Deary J., Nowack W. (red.): *Personality psychology in Europe*. Swets and Zeitlinger, 377-388.
12. Frenz, A.W., Carey, M.P., Jorgsen-Randall S. (1992): *Psychometric evaluation of Antonovsky's SOC scale*. Psych. Assessment, 5, 145-153.
13. Habrat B. (1996): *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*. Springer PWN, Warszawa.



14. Habrat B., Chachaj L. (1992): *Występowanie alkoholizmu typu I i typu II wg Cloningera w populacji osób uzależnionych leczonych ambulatoryjnie i szpitalnie*. Post. Psychiatr. Neurol. 1, 161-164.
15. Habrat B., Chachaj L. (1993): *Type 1 and type 2 alcoholism (Cloninger) among Polish inpatients and outpatients*. Alc. Alcoholism, 28, 252-252.
16. Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B. (1997): *Wyniki badań pilotażowych programu APETOW – charakterystyka pacjentek współzależnionych*. Alkoholizm i Narkomania, nr 3 (28), 439-452.
17. Langius A., Bjorvell H. (1993): *Coping ability and functional status in a Swedish population sample*. Scand. J. Caring Sci., 6, 165-171.
18. Lazarus R.S. (1993): *Coping theory and research. Past, present and the future*. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
19. McKee S.A., Hinson R.E., Wall A.-M., Spriel P. (1998): *Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults*. Addict. Behav. 23, 17-22.
20. Midanik L.T., Soghikian K., Ransom L.J., Polen M.R. (1992): *Alcohol problems and sense of coherence among older adults*. Soc. Sci. Med. 34, 43-48.
21. Moser A.E., Annis H.M. (1996): *The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics*. Addiction. 91, 1101-1113.
22. Mroziak B. (1996): *Poczucie koherencji a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań*. Alkoholizm i Narkomania, nr 1 (22), 27-34.
23. Mroziak B. (1994): *A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC)*. Nowiny Psych. 1, 6-16.
24. Mroziak B., Woronowicz B., Wójtowicz S., Habrat B. (1998): *Sense of coherence and alcoholism treatment*. W: Abstracts of the 17th World Congress of Psychotherapy: Psychotherapy at the Turn of the Century. From Past to Future. Warsaw, August 23-28, 1998. Polish Psychiatric Association and International Federation for Psychotherapy. Warszawa, 59-60.
25. Mroziak B., Woronowicz B.T., Wójtowicz S. (1999): *Zmiany poczucia koherencji i stylu radzenia sobie ze stresem po podstawowym programie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, nr 2 (35), 225-236.
26. Mroziak B., Wójtowicz S., Woronowicz B.T. (1998): *Psychospołeczne korelaty uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, nr 2 (31), 193-204.
27. Petrie K., Brook R. (1992): *Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide*. Brit. J. Clin. Psychology, 31, 293-300.
28. Pohorecka A., Jelonkiewicz I. (1995): *Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią*. Alkoholizm i Narkomania, nr 1 (22), 43-57.
29. Rahav G., Teichman M. (1996): *Sense of coherence and alcohol consumption*. Nieopublikowany maszynopis, Tel Aviv University.
30. Sęk H. (1996): *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań, Dom Wydawniczy Konrada Domke.

31. Sheridan C.L., Radmacher S.A. (1992): *Health Psychology. Challenging the Biomedical Model*. Wiley & Sons, New York.
32. Siwiak-Kobayashi M. (1989): „Rozpacz i drzenie” po polsku, japońsku i angielsku. *Badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych*. IPiN Warszawa.
33. Smyth N.J., Washousky R.C. (1995): *The coping styles of alcoholics with axis II disorders*. *J. Subst. Abuse*, 7, 425-435.
34. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. (1996): *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera*. *Przeł. Psychol.*, 39, 187-210
35. Watten R.G. (1996): *Basic coping styles and consumption of alcohol*. *Europ. Addict. Res.* 2, 102-108