

# Poczucie koherencji i strategie rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego i depresji – badania porównawcze

Sense of coherence and strategies of coping with stress among patients suffering from rosacea and depression – a comparative study

Krzysztof Zboralski<sup>1</sup>, Alicja Gernand<sup>2</sup>, Agata Orzechowska<sup>1</sup>, Monika Talarowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,  
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,  
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba

Post Dermatol Alergol 2010; XXVII, 2: 90–95

## Streszczenie

Autorzy poddali analizie wzajemne zależności między poczuciem koherencji i strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie pacjentów psychiatrycznych i dermatologicznych. Wśród ogółu zbadanych osób ( $n = 197$ ) 69 pacjentów leczono z powodu depresji, a 98 z rozpoznaniem – trądzik różowaty. W badaniu wykorzystano *Kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29 – A. Antonovsky'ego* oraz *Test radzenia sobie ze stresem Moosa*. Pacjenci dermatologiczni charakteryzowali się wyższym poczuciem koherencji w porównaniu z pacjentami psychiatrycznymi. W przypadku *Testu radzenia sobie ze stresem Moosa* statystycznie istotne różnice zaobserwowano w dwóch skalach – poszukiwania informacji i wsparcia społecznego oraz rozwiązywania problemów. Wyższe wyniki również i w tym przypadku uzyskali pacjenci dermatologiczni.

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji, radzenie sobie ze stresem, depresja, trądzik różowaty.

## Abstract

The authors examined the dependency between the level of sense of coherence and the strategies of coping with stress in a group of patients suffering from psychiatric and dermatological disease. The examined group ( $n = 197$ ) contained 69 patients suffering from depression and 98 patients diagnosed with rosacea. In the examinations Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the Moos Coping Test were used. Dermatological patients have a higher level of sense of coherence than psychiatric patients. In the case of the Moos Coping Test statistically significant differences were obtained in two scales: seeking information and support and taking problem-solving action. These mean values were higher also among patients suffering from rosacea.

**Key words:** sense of coherence, coping, depression, acne rosacea.

## Wprowadzenie

Idea podejścia salutogenetycznego jest w medycynie dobrze znana, lecz mało popularna. Psychiatria, szczególnie psychologia, wykorzystuje tę teorię w znacznie większym stopniu niż inne gałęzie medycyny. Rozumowanie salutogenetyczne rodzi często wśród lekarzy niepokój, z uwagi na kluczowe założenia. Jest to głównym powodem

małej popularności tej idei. Wyniki badań dowodzą jednak, że w medycynie warto, a nawet należy obok podejścia patogenetycznego stosować podejście salutogenetyczne. Nie jest ono bowiem kontrpropozycją, lecz uzupełnieniem, rozszerzeniem rozumowania patogenetycznego [1].

Orientacja ta opiera się na tezie, zgodnie z którą cechami wszystkich organizmów są heterostaza, starze-

---

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Krzysztof Zboralski, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159, paw. XI B, 91-229 Łódź, tel. +48 42 652 12 89, e-mail: krzysztof.zboralski@umed.lodz.pl, talarowskamonika@wp.pl

nie się i rosnąca entropia [2–5]. Wszelkie stresory, jakie wpływają na organizm ludzki, wymagają od nas ciągłego, dynamicznego przystosowywania się, poszukiwania źródeł ujemnej entropii. Głównym pojęciem w koncepcji Antonowsky'ego jest pojęcie „poczucia koherencji” (*sense of coherence* – SOC). Poczucie koherencji jest definiowane jako „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma silne i trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, 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” [4–6]. Można więc wyróżnić trzy główne składniki SOC, są to: poczucie zrozumiałości, sensowności i zaradności.

Oceniając zachowanie człowieka, w dużym stopniu bazuje się na jego zasobach i możliwościach adaptacyjnych. W różnych badaniach prowadzonych nad SOC i walce z chorobą zwykle okazuje się, że wyższy poziom SOC wiąże się z efektywniejszym radzeniem sobie z chorobą. Wielu autorów jest z reguły zgodnych co do tego, że poziom SOC ma związek z lepszym samopoczuciem psychofizycznym, wyższym poziomem zdrowia, wyższym statusem socjoekonomicznym, lepszym rokowaniem wśród chorych dotkniętych depresją i zespołem stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) po traumie [7–12]. Na postawę człowieka w walce z chorobą wpływają także inne czynniki, m.in.: osobowość, style życia, strategie radzenia sobie ze stresem. Poczucie koherencji jest traktowane jako względnie trwała cecha osobowości jednostki, która może podlegać niewielkim modyfikacjom pod wpływem negatywnych doświadczeń [13].

Pojawienie się choroby jest rozpoznawane przez człowieka jako zagrożenie, wywołując stres, z którym należy się uporać. W celu zachowania zdrowia (zmniejszenia poziomu stresu) człowiek podejmuje różnorodne działania – strategie racjonalne, nieracjonalne i tym samym efektywne lub nieefektywne. W wyniku tych działań wpływa na swoje zdrowie w sposób bezpośredni lub pośredni. Reakcje fizjologiczne organizmu są bezpośrednio związane z naszymi zachowaniami. Przykładem są np. badania nad zmianami ciśnienia krwi w procesach radzenia sobie, w których wykazano, że strategiom racjonalnym towarzyszyło niższe ciśnienie krwi w porównaniu ze strategiami nieracjonalnymi [14]. Wpływem pośrednim na zdrowie będzie np. szukanie porady u lekarza, specjalisty, poddanie się diagnozie, odpowiednie żywienie itp.

Autorzy pracy poddali analizie dwie grupy chorób (depresja i trądzik różowaty), w których etiologii czynniki psychologiczne odgrywają istotną rolę. W piśmiennictwie nie udało się odnaleźć podobnych badań porównujących wspomniane lub podobne grupy schorzeń. Wydaje się jednak, że omawiane zagadnienie jest istotne zarówno z punktu widzenia psychiatrii (możliwość wprowadzenia

działań profilaktycznych wobec osób zagrożonych epizodem depresji), jak i dermatologii (wzbogacenie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do pacjentów dermatologicznych o współpracę z psychologiem).

Należy wspomnieć, że choroby afektywne stanowią jedną z głównych przyczyn hospitalizacji zarówno kobiet, jak i mężczyzn po 50. roku życia. Co roku ok. 100 mln ludzi na świecie przejawia objawy depresji. Jest ona chorobą, która w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne człowieka. Pozostaje we wzajemnych warunkowaniach z osobowością, wpływa na zachowanie człowieka, na jego procesy poznawcze, emocje, samoocenę, poczucie stabilizacji życiowej itp. [15]. Podobnie rzecz się ma z chorobami dermatologicznymi, które bardzo często są nie tylko uciążliwe, widoczne, ale także oszczędzające. W przypadku tych ostatnich wielu autorów podkreśla dużą rolę czynników psychicznych, co stało się podstawą do wyodrębnienia nowego kierunku – tzw. psychodermatologii. Jednym ze schorzeń, w których została zauważona rola czynników psychicznych, jest właśnie trądzik różowaty [16–19].

## Cel

Autorzy postanowili zbadać, czy istnieją różnice między poziomem SOC oraz stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem w zależności od występowania schorzeń dermatologicznych i psychicznych. Podjęto ponadto próbę zbadania, czy poziom SOC zależy od płci oraz czy istnieją zależności w strategiach radzenia sobie ze stresem u osób różniących się poziomem SOC i typem schorzenia.

## Materiał i metody

Do badania zaproszono 69 chorych (42 kobiety i 27 mężczyzn) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od 1 marca do 30 września 2004 r. Średnia wieku badanych wynosiła  $42,7 \pm 4,28$  roku. Wiek kobiet i mężczyzn nie różnił się istotnie statystycznie. U osób włączonych do badania rozpoznano epizod depresyjny ciężki wg kryteriów ICD-10 [20]. Nasilenie depresji mierzono skalą Becka. Kryterium włączenia stanowiło 27 pkt w tej skali. Do badania nie kwalifikowano chorych z objawami psychotycznymi i poważnym ryzykiem popełnienia samobójstwa, a także osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi i rozpoznaniem w przeszłości uzależnieniem. U pacjentów stosowano monoterapię sertralina w dawce 100–200 mg/dobę (średnia dawka 120 mg/dobę).

W przypadku trądziku różowatego badania i leczenie prowadzono w Poradni Skórno-Wenerologicznej w Łodzi. Badaniami objęto grupę 98 pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego (75 kobiet, 23 mężczyzn). Średnia wieku wynosiła odpowiednio  $46 \pm 10,09$  roku i  $57,7 \pm 11,47$  roku, a średni wiek populacji wynosił  $48,8 \pm 11,98$  roku.

Oceny postaci klinicznej dokonywał lekarz dermatolog, klasyfikując chorych: ze zmianami rumieniowymi, rumieniowo-grudkowymi lub grudkowo-krostkowymi. Do oceny stopnia nasilenia zmian skórnych wykorzystano skalę punktową wg Bleichera i wsp. [21]. Do badań kwalifikowano chorych, których poziom depresji mierzony skalą Becka nie przekraczał 11 pkt. Choroba trwała od ok. 6 mies. do ponad roku. Przeważał średni i mocny stopień nasilenia zmian skórnych. Ponaddwunastomiesięczne trwanie choroby oraz średni i mocny stopień zmian skórnych charakteryzowało przede wszystkim kobiety.

Z uwagi na zainteresowania badawcze – określenia zależności psychologicznych – autorzy niniejszej pracy nie ingerowali w proces leczenia na żadnym etapie badań w przypadku obu grup chorych.

Projekt badań został zatwierdzony przez Komisję Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi protokołem nr: RNN/40/04/KB z 10 lutego 2004 r. oraz 171/01 z 18 grudnia 2001 r.

Zastosowano następujące metody badawcze:

- 1) *Kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29* – A. Antonowsky'ego do pomiaru poziomu SOC, składającego się z 4 skal: poczucia koherencji (PK), poczucia zrozumienia (PZR), poczucia sensowności (PS), poczucia zaradności (PZ);
- 2) *Test radzenia sobie ze stresem Moosa* – badający style (mechanizmy) radzenia sobie przez człowieka w sytuacjach trudnych, składający się z 8 skal:
  - logicznej analizy (LA) – podejmowania prób poznawczego zrozumienia i psychicznego przygotowania się na stres,
  - pozytywnego przewartościowania (PP) – opracowanie i przetworzenie problemu w sposób, który umożliwia utratę negatywnego skutku,
  - poszukiwania rady i wsparcia (PR) – tendencja do poszukiwania wsparcia ze strony innych,
  - rozwiązywania problemów (RP) – podejmowanie konkretnych działań związanych bezpośrednio z problemem,
  - unikania poznawczego (UP) – uniknięcie realistycznego myślenia o problemie,
  - akceptacji – rezygnacja (AR) – osoba radzi sobie z problemem przez jego akceptację, pogodzenie się z faktami,
  - szukania wzmocnień zastępczych (AW) – szukanie zastępczych form aktywności, źródeł satysfakcji,
  - wyładowania emocjonalnego (WE) – działania zmierzające do obniżenia napięcia, odreagowanie.

Analizę ilościową przeprowadzono, uwzględniając metody statystyki opisowej. W celu stwierdzenia współzależności zmiennych zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana ( $R_s$ ), a do określenia istotności różnic między badanymi grupami wykorzystano test różnicy wartości średnich  $t$ .

Na podstawie uzyskanych wyników w SOC-29 dokonano transformacji wyników surowych skali globalnej

(SOC), wyrażając je w skali stenowej. W wyniku tego osoby, których poziom koherencji nie przekroczył wartości 99 (sten 1–4), zaliczono do osób z niskim SOC. Wszystkich, którzy uzyskali wynik w ww. skali powyżej 141 (sten 7–10), traktowano jako osoby z wysokim SOC. Stanowiło to kryterium do dalszych porównań statystycznych.

## Wyniki

Wartości średnie zastosowanych technik badawczych oraz istotność różnic przedstawiono w tab. 1. Wartości średnie są stosunkowo zróżnicowane dla badanych grup chorych – szczególnie w przypadku testu SOC-29. Średni poziom SOC bez podziału na płeć mieści się w grupie wyników przeciętnych. Pacjenci z trądzikiem różowatym charakteryzują się jednak nieco wyższym poziomem we wszystkich skalach SOC-29.

Wartości zastosowanego testu  $t$  pokazały, że w zakresie wszystkich skal SOC-29 pacjenci z trądzikiem różowatym osiągnęli istotnie wyższe wyniki na poziomie istotności  $p < 0,001$  (wartości testu  $t$  dla skal: PZR – 6,368, PZ – 5,322, PS – 5,012, PK – 5,996).

W przypadku pacjentów z depresją kobiety charakteryzują się niskim SOC. Z kolei dla mężczyzn ze schorzeniami skóry poziom koherencji mieści się w przedziale wyników wysokich. Uwzględniając płeć wśród pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, mężczyźni charakteryzują się wyższymi wynikami i za wyjątkiem skali *poczucie sensowności* pozostałe wyniki są statystycznie istotne na poziomie  $p < 0,001$  (wartości testu  $t$ : PZR – 5,526, PZ – 3,940, PS – nieistotny statystycznie, PK – 3,444). W przypadku *Testu radzenia sobie ze stresem Moosa* uzyskane wyniki między kobietami i mężczyznami nie różniły się istotnie za wyjątkiem skal – LA ( $p < 0,05$ ,  $t = 2,353$ ) oraz WE ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,182$ ).

W przypadku chorych na trądzik różowaty poziom SOC w wymiarze globalnym oraz w poszczególnych podskalach jest wyższy niż w grupie poprzedniej. Podobnie jak wśród pacjentów depresyjnych, można jednak zauważyć tendencję, zgodnie z którą mężczyźni charakteryzują wyższy poziom SOC w zakresie wszystkich skal. Różnica ta jest istotna statystycznie. I tak, dla skal: PZR –  $p < 0,01$  ( $t = 2,762$ ), PZ –  $p < 0,01$  ( $t = 2,487$ ), PS –  $p < 0,05$  ( $t = 2,90$ ) i PK –  $p < 0,05$  ( $t = 2,780$ ).

Wyniki testu Moosa pokazały, że kobiety osiągnęły istotnie statystycznie większą wartość jedynie w skali WE ( $p < 0,001$ ,  $t = 3,504$ ).

Wśród pacjentów depresyjnych nasilenie choroby pozostaje w związku statystycznie istotnym z poziomem koherencji ( $R_s = -0,54$ ,  $p < 0,01$ ). Zależność ta jest odwrotnie proporcjonalna. W przypadku pacjentów z trądzikiem związek ten okazuje się statystycznie nieistotny. Stwierdzono jednak wyższy poziom koherencji u pacjentów z postacią grudkowo-naczyniową w porównaniu z osobami z postacią grudkowo-krostkową trądziku ( $t = 1,986$ ,  $p < 0,03$ ).

**Tab. 1.** Wartości średnie ( $X_{sr}$ ) wyników testów zastosowanych w badaniach – pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi i z trądzikiem różowatym

Skala	Całość					Pacjenci z depresją					Pacjenci z trądzikiem różowatym				
	depresja		trądzik różowaty		p	mężczyźni		kobiety		p	mężczyźni		kobiety		p
	$X_{sr}$	SD	$X_{sr}$	SD		$X_{sr}$	SD	$X_{sr}$	SD		$X_{sr}$	SD	$X_{sr}$	SD	
LA	10,96	3,37	11,87	2,78	–	12,11	1,86	10,21	3,90	b	11,61	3,65	11,95	2,48	–
PP	11,10	3,40	11,33	3,21	–	11,26	2,56	11,00	3,87	–	11,39	3,23	11,31	3,22	–
PR	8,20	5,19	10,16	4,12	b	7,26	5,16	8,81	5,18	–	8,23	4,45	10,57	3,96	–
RP	10,01	3,77	11,45	2,94	b	10,22	4,06	9,88	3,61	–	11,70	2,96	11,37	2,94	–
UP	8,09	2,61	8,40	3,45	–	7,41	2,17	8,52	2,79	–	8,48	3,29	8,37	3,51	–
AR	8,38	3,81	8,18	3,15	–	7,89	5,07	8,69	2,76	–	7,43	3,07	8,41	3,16	–
AW	8,74	5,10	9,25	3,49	–	9,74	4,63	8,10	5,34	–	9,52	3,67	9,17	3,45	–
WE	8,42	2,69	7,68	2,78	–	6,41	0,88	9,71	2,68	c	6,00	2,86	8,20	2,56	c
PZR	35,42	14,14	47,57	10,51	c	45,22	11,49	29,12	12,01	c	52,70	9,30	46,01	10,41	b
PZ	37,67	14,13	47,51	9,92	c	45,26	11,27	32,79	13,73	c	51,96	6,90	46,23	10,34	b
PS	32,74	12,11	40,91	8,95	c	33,63	12,38	32,17	12,06	–	44,26	6,35	39,88	9,40	a
PK	105,83	38,07	135,84	26,64	c	124,11	32,93	94,07	36,81	c	148,91	19,45	131,84	27,36	a

LA – logiczna analiza, PP – pozytywne przewartościowanie, PR – poszukiwanie rady i wsparcia, RP – rozwiązywanie problemów, UP – unikanie poznawcze, AR – akceptacja – rezygnacja, AW – szukanie wzmocnień zastępczych, WE – wyładowanie emocjonalne, PZR – poczucie zrozumienia, PZ – poczucie zaradności, PS – poczucie sensowności, PK – poczucie koherencji, p – poziom istotności testu t, – wartość testu t nieistotna statystycznie, a – wartość testu t istotna na poziomie  $p < 0,05$ , b – wartość testu t istotna na poziomie  $p < 0,01$ , c – wartość testu t istotna na poziomie  $p < 0,001$

Stosowane strategie zaradcze prezentowane przez wyniki Testu radzenia sobie ze stresem Moosa (tab. 1.) w większości skal nie różnią się istotnie. Jednak grupy badanych pacjentów zdecydowanie różnią dwie skale – PR ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,715$ ) oraz RP ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,760$ ). W obu przypadkach wynik średni był większy dla pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego. Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że pacjentów z trądzikiem różowatym w porównaniu z chorymi na depresję charakteryzuje wyższy poziom stosowania racjonalnych strategii w rozwiązywaniu problemów. W porównaniu ze stosowaniem strategii emocjonalnych przewaga racjonalnych jest jednak charakterystyczna dla obu badanych grup chorych.

W dalszej kolejności w ramach badanych grup – traktowanych całościowo (bez podziału na płeć) – („dermatologicznej” i „psychiatrycznej”) – porównano wyniki testu Moosa osób z wysokim i niskim SOC. Wyniki przedstawiono w tab. 2.

Omawiane kryterium SOC pokazuje, że pacjenci z rozpoznaniem depresji różnią się istotnie statystycznie w przypadku skal: LA, PR, RP, AR oraz AW. Pacjenci z rozpoznaniem trądziku różowatego różnią się w statystycznie istotnym stopniu w skalach: PP, RP oraz AR.

W celu stwierdzenia, czy istnieje zależność między poziomem SOC a wynikami Testu radzenia sobie ze stresem Moosa zastosowano współczynnik korelacji Spearmana. Wyniki tych badań przedstawiono w tab. 3.

Wartości korelacji są statystycznie istotne i w przypadku pacjentów depresyjnych dotyczyły skal: PP, PR, RP, AW, dla których zależność była wprost proporcjonalna, oraz skal AR oraz UP, gdzie zależność była odwrotnie proporcjonalna.

Wśród pacjentów z chorobami dermatologicznymi stwierdzono, że wyższym wartościom SOC towarzyszyło zwiększenie wartości skal: PP, RP, AW – zależność wprost proporcjonalna, a w przypadku skali AR zależność ta była odwrotnie proporcjonalna.

## Omówienie wyników

Każdą chorobę należy traktować jako źródło stresu zarówno dla pacjenta, jak i członków jego rodziny. Poczucie koherencji może być traktowane jako zmienna pozwalająca na właściwą identyfikację posiadanych zasobów radzenia sobie z chorobą oraz pozwalająca na ich późniejsze, właściwe wykorzystanie [22, 23].

Rezultaty badań autorów niniejszej pracy pokazują, że poziom SOC pozostaje w negatywnej zależności z nasileniem zaburzeń depresyjnych (mierzonej skalą Becka). Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi przez Lehtinen i wsp. [24], Snekkevik i wsp. [12], Ristkari i wsp. [25] oraz Schnyder i wsp. [13]. Oznacza to, że jednostki z wyższym SOC prezentują mniej objawów depresji. Prawdopodobnie wiąże się to z faktem, że pacjenci z wyższym SOC odznaczają się większą pewnością siebie, mają wyższą samo-

**Tab. 2.** Test TRS – Moosa – średnie oraz wartości testu *t* dla osób z wysokim i niskim SOC

Skala	Pacjenci z depresją			Pacjenci z trądzikiem różowatym		
	niskie PK – $X_{sr}$	wysokie SOC – $X_{sr}$	<i>t</i>	niskie SOC – $X_{sr}$	wysokie SOC – $X_{sr}$	<i>t</i>
LA	12,06	10,21	2,341*	12,08	11,54	0,952
PP	10,74	11,43	0,706	10,51	11,86	2,077*
PR	5,84	9,92	3,441***	9,31	10,73	1,686
RP	6,91	12,23	7,768***	10,13	12,32	3,873***
UP	8,48	7,85	0,897	8,51	8,32	0,267
AR	10,24	7,09	3,660***	9,51	7,30	3,595***
AW	4,36	11,88	8,630***	8,54	9,73	1,670
WE	7,93	8,76	1,257	8,18	7,36	1,442

LA – logiczna analiza, PP – pozytywne przewartościowanie, PR – poszukiwanie rady i wsparcia, RP – rozwiązywanie problemów, UP – unikanie poznawcze, AR – akceptacja – rezygnacja, AW – szukanie wzmocnień zastępczych, WE – wyładowanie emocjonalne, PK – poczucie koherencji, \**p* < 0,05, \*\**p* < 0,01, \*\*\**p* < 0,001

**Tab. 3.** Zależność poziomu SOC i strategii radzenia sobie w badanych grupach

Badana grupa chorych	LA	PP	PR	RP	UP	AR	AW	WE
pacjenci z trądzikiem różowatym	0,13	0,34***	0,15	0,40***	0,08	-0,35***	0,25**	-0,18
pacjenci z depresją	-0,09	0,36**	0,49***	0,80***	-0,35**	-0,26*	0,85***	-0,05

LA – logiczna analiza, PP – pozytywne przewartościowanie, PR – poszukiwanie rady i wsparcia, RP – rozwiązywanie problemów, UP – unikanie poznawcze, AR – akceptacja – rezygnacja, AW – szukanie wzmocnień zastępczych, WE – wyładowanie emocjonalne, \**p* < 0,05, \*\**p* < 0,01, \*\*\**p* < 0,001

ocenę, wewnętrzne umiejscowienie kontroli oraz są w większym stopniu zadowoleni ze swego życia [12, 26, 27]. Pacjentów depresyjnych charakteryzuje natomiast skrajnie odmienny styl funkcjonowania. Obecnie bez odpowiedzi pozostaje pytanie, czy niski SOC jest rezultatem zaburzeń depresyjnych, czy też jedną z ich przyczyn.

W modelu salutogenezy Antonovsky [2] wykorzystuje badania nad stresem i radzeniem sobie. Jego zdaniem, zdrowie polega na wykorzystaniu dostępnej człowiekowi energii do sprostania wymaganiom środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Wyniki badań autorów niniejszego opracowania ujawniły, że zarówno pacjenci z depresją, jak i chorzy na trądzik różowaty w większym stopniu wykorzystują w sytuacji tzw. strategii racjonalne, zaliczane do grupy strategii poznawczych (tab. 2.). Zależność ta wydaje się mieć istotny, bezpośredni wpływ na poczucie dobrostanu pacjentów, a pośredni na efektywność leczenia. Wyniki badań pokazują [22, 28, 29], że na wymienione zmienne większy wpływ wywierają subiektywne przekonania pacjentów na temat choroby/zdrowia, rokowań niż wiedza o obiektywnych, medycznych czynnikach.

Wymieniona zależność dotyczy wszystkich badanych, bez względu na płeć. Jednak to mężczyźni z reguły charakteryzują się wyższym poziomem SOC życia. Odmiennie wyniki otrzymali Baigi i wsp. [30]. Ich zdaniem zmienne socjodemograficzne (w tym płeć) pozostają bez wpływu na SOC. Niewątpliwie jednak czynniki środowiskowe i doświadczenia życiowe (obok predyspozycji osobowo-

ściowych) odgrywają istotną rolę w kształtowaniu SOC [31]. Volanen i wsp. [32] dowodzą, że takie czynniki, jak doświadczenia z dzieciństwa, sytuacja zawodowa, rodzinna, relacje społeczne, wpływają na kształtowanie się SOC już od okresu wczesnej adolescencji aż do dorosłości.

Prezentowane wyniki są częścią większej całości prowadzonych przez autorów niniejszej pracy badań interdyscyplinarnych dotyczących stosowania podejścia salutogenetycznego w różnych gałęziach medycyny i psychologii. Jak widać na powyższym przykładzie, psychiatria, psychologia i psychodermatologia w omawianym zakresie mają wiele cech wspólnych. Poczucie koherencji może być traktowane – zgodnie z zamierzeniem twórcy – jako pewna uniwersalna miara, punkt odniesienia, na podstawie którego można dyskutować o możliwościach poprawy zdrowia pacjentów, nie zważając na różnice związane z różnymi specjalnościami medycznymi. Należy tylko przyjąć i zaakceptować pogląd, że salutogeneza może być stosowana w medycynie jako rozszerzenie – uzupełnienie możliwości dla lekarza i pacjenta, a nie zamiast medycyny.

## Wnioski

1. Poziom SOC jest istotnie wyższy w grupie pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego w porównaniu z chorymi na depresję w zakresie wszystkich badanych skal.



2. Mężczyźni mają wyższy średni poziom SOC wśród wszystkich badanych pacjentów.
3. W porównaniu z chorymi na depresję osoby ze schorzeniami dermatologicznymi w większym stopniu stosują strategie racjonalne w rozwiązywaniu swoich problemów.
4. Istnieje związek ze stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a poziomem SOC wśród badanych chorych.

#### Piśmiennictwo

1. Devisch I. An open future? The principle of autonomy within medical "codes of conduct" versus the heteronomy effects of predictive medicine. *Cent Eur J Med* 2008; 3: 141-8.
2. Antonovsky A. Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco 1979.
3. Antonovsky A. The sense of coherence as a determinant of health. In: Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention. Matarazzo JD, Weiss CM, Herd JA (eds). John Wiley and Sons, 1984.
4. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wyd. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
5. Cowley S, Billings JR. Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *J Adv Nurs* 1999; 29: 994-1004.
6. Mroziak BA. Antonowsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne* 1994; 1: 5-16.
7. Engelhard IM, van den Hout MA, Vlaeyen JW. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Med* 2003; 29: 80-4.
8. Ing JD, Reutter L. Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian women. *Can J Public Health* 2003; 94: 224-8.
9. Maoz B, Rabin S. Salutogenesis – a story about the development of an idea. *Harefuah* 2003; 142: 550-3, 564.
10. Matsuura E, Ohta A, Kanegae F, et al. Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *J Rheumatol* 2003; 30: 1782-7.
11. O'Carroll RE, Ayling R, O'Reilly SM, North NT. Alexithymia and sense of coherence in patients with total spinal cord transection. *Psychosom Med* 2003; 65: 151-5.
12. Snekkvik H, Anke AG, Stanghelle JK, Fugl-Meyer AR. Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clin Rehabil* 2003; 17: 443-53.
13. Schnyder U, Büchi S, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychother Psychosom* 2000; 69: 296-302.
14. Bishop GD. Psychologia zdrowia. Wyd. ASTRUM, Wrocław 2000.
15. Wilson RS, Mendes de Leon CF, Bennett DA, et al. Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 126-9.
16. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatology. Springer-Verlag, Berlin 1991.
17. Gernand A. Badanie czynników emocjonalnych oraz osobowości u chorych z trądzikiem różowatym. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny, Łódź, 2004.
18. Panconesi E. Psychosomatic dermatology. *Clin Dermatol* 1984; 2: 94.
19. Puchalski Z, Szlendak K. Niektóre cechy osobowości u pacjentów z alopecia areata, rosacea i lichen planus. *Przeegl Dermatol* 1983; 70: 515-9.
20. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius IPIIn, Kraków-Warszawa 1997.
21. Bleicher PA, Charles JH, Sober AJ. Topical metronidazol therapy for rosacea. *Arch Dermatol* 1987; 123: 609-14.
22. Liveneh H. Patterns of psychological adaptation to chronic illness and disability: a cluster approach. *Psychol Health Med* 2004; 54: 85-96.
23. Siglen E, Bjorvatn C, Engebretsen LF, et al. The influence of cancer-related distress and sense of coherence on anxiety and depression in patients with hereditary cancer. A study of patients' sense of coherence 6 months after genetic counseling. *J Gen Couns* 2007; 16: 607-15.
24. Lehtinen V, Sohlman B, Nummelin T, et al. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 778-84.
25. Ristkari T, Sourander A, Ronning J, et al. Self-reported psychopathology, adaptive functioning and sense of coherence, and psychiatric diagnosis among young men: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 523-31.
26. Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarship* 2007; 39: 229-34.
27. Johnson M. Approaching the salutogenesis of sense of coherence: the role of "active" self-esteem and coping. *Br J Health Psychol* 2004; 9: 419-32.
28. Schneider G, Driesch G, Kruse A, et al. Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in > 60 year olds: the role of the sense of coherence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 850-60.
29. Grigioni F, Carigi S, Grandi S. Distance between patient's subjective perceptions and objectively evaluated disease severity in chronic heart failure. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 166-70.
30. Baigi A, Hildingh C, Virdhall H, Fridlund B. Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspected or manifest myocardial infarction: a short-term follow-up study. *Clin Rehabil* 2008; 22: 646-52.
31. Smith PM, Breslin FC, Beaton DE. Questioning the stability of sense of coherence. The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 475-84.
32. Volanen SM, Lahelma E, Silventoinen K, Suominen S. Factors contributing to sense of coherence among men and women. *Eur J Public Health* 2004; 14: 322-30.