

Anna Wiatrowska

ORCID: 0000-0002-4730-789X

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Poczucie koherencji i umiejscowienie kontroli a nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Wprowadzenie: Dotychczasowe badania potwierdzają związki poczucia koherencji z zaburzeniami psychicznymi. Umiejscowienie poczucia kontroli odgrywa istotną rolę w etiologii i obrazie anoreksji i bulimii psychicznej oraz zaburzeń afektywnych. Interesujące wydaje się zatem poszukiwanie zależności między depresją a poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli u kobiet z zaburzeniami odżywiania.

Cel badań: Badanie miało na celu identyfikację powiązań między poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli a oceną nasilenia depresji u kobiet z anoreksją i bulimią.

Metoda badań: Łącznie przebadano 100 kobiet, w tym 50 chorych na anoreksję oraz 50 z rozpoznaniem bulimii, według klasyfikacji DSM-V (2015). Badane nie różniły się pod względem wieku. W pracy zastosowano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonowskiego, Kwestionariusz do Pomiaru Poczucia Kontroli (*Delta*), Skalę Depresji Hamiltona (*HAM-D*).

Wyniki: W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania depresja negatywnie wiązała się z ogólnym poczuciem koherencji i zrozumiałością. U chorych na anoreksję wystąpiła dodatkowo ujemna korelacja między zaburzeniem afektywnym a poczuciem zaradności, zaś w grupie kobiet z rozpoznaniem bulimii pojawił się ujemny związek jedynie pomiędzy poczuciem zrozumiałości a depresją. W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym głównie u kobiet z bulimią depresja korelowała z zewnętrznym poczuciem umiejscowieniem kontroli.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, umiejscowienie kontroli, depresja, zaburzenia odżywiania, jądłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna

The sense of coherence and locus of control in relation to increase of depression in women with eating disorders

Introduction: Studies conducted so far confirm the relations between the sense of coherence and psychical disorders. Locus of control plays a significant role in the etiology and picture of anorexia and bulimia nervosa as well as affective disorders. Therefore, it seems interesting to look for the relations between depression on the one hand and the sense of coherence and locus of control on the other in women with eating disorders.

Research aim: The study was aimed to identify the connections between the sense of coherence and locus of control on the one hand and the assessment of increase of depression on the other in women with anorexia and bulimia.

Method: Totally, 100 women were studied, including 50 with anorexia and 50 with diagnosed bulimia, in accordance with DSM-V classification (2015). The investigated persons did not differ with regard to the age. The study made use of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire (SOC), the Questionnaire for Sense-of-Control Assessment (*Delta*) and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).

Results: In women with eating disorders depression was negatively connected with the general sense of coherence and understandability. A negative correlation additionally occurred in anorectic patients between affective disorders and the sense of manageability, while in the group of women with diagnosed bulimia a negative relation occurred only between understandability and depression. In the group of women with eating disorders, mostly in women with bulimia, depression was correlated to the external sense of locus of control.

Key words: sense of coherence, locus of control, depression, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Wprowadzenie

Badania w obrębie salutogenetycznego modelu zdrowia Antonovsky'ego (2005) potwierdzają związek poczucia koherencji z ogólnym stanem zdrowia, chorobami somatycznymi i psychicznym oraz zachowaniami prozdrowotnymi (Eriksson, Lindström 2005; Langeland i in. 2007; Hakanen i in. 2007). Osoby, które charakteryzują się wysokim poczuciem koherencji, w przeciwieństwie do tych z koherencją niską lub umiarkowaną, częściej oceniają swoje zdrowie jako dobre, szczególnie w jego wymiarze psychicznym (Eriksson, Lindström 2006). Doniesienia empiryczne potwierdzają ujemną zależność poczucia koherencji z negatywnymi emocjami, agresją, lękiem i depresją (Pallant, Lae 2002; Golińska 2003) oraz zaburzeniami odżywiania (Bażyńska i in. 2004; Dropowa, Górska 2005; Sala, Simon 2011; Wiatrowska 2013, 2017). Osoby z zaburzeniami odżywiania charakteryzują się niskim ogólnym poczuciem koherencji oraz jego składowych (Bażyńska i in. 2004; Dropowa, Górska 2005; Sala, Simon 2011; Wiatrowska 2017, 2019).

Poczucie kontroli ujawnia się w wielu obszarach funkcjonowania człowieka, wpływając nie tylko na efektywność jego działań, ale również na ogólny stan zdrowia. Badania nad związkami poczucia kontroli dotyczą chorób psychicznych oraz przebiegu leczenia i psychoterapii. Jak wykazano, wewnątrzsterowność wiąże się pozytywnie z zadowoleniem z życia, natomiast zewnątrzsterowność pozostaje w zależności z brakiem poczucia satysfakcji, lękiem, depresją oraz symptomami psychopatologicznymi (Strzelecki i in. 2009). Poczucie kontroli odgrywa również istotną rolę w genezie i patomechanizmie zaburzeń odżywiania. Wykazano, że osoby z zaburzeniami odżywiania charakteryzują się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Waller, Hodgson 1996; Dalglish i in. 2001; Fouts, Vaughan 2002; Brytek 2007; Wiatrowska 2017, 2019), co wiąże się ze zwiększonym nasileniem objawów oraz współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi czy obsesyjno-kompulsywnymi, które zarówno pogarszają przebieg

choroby, jak i komplikują proces leczenia (Tan i in. 2003; Schweiger, Sipos 2007). Zewnętrzne umiejscowienie kontroli pełni również ważną rolę w terapii zaburzeń odżywiania. Mianowicie poczucie braku kontroli nad własnym życiem czy zdrowiem może utrudniać podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia, natomiast rozwijanie u osób chorych wewnętrznego poczucia kontroli może wzmacniać motywację do podjęcia leczenia oraz kontynuowania terapii (Cooper i in 2007).

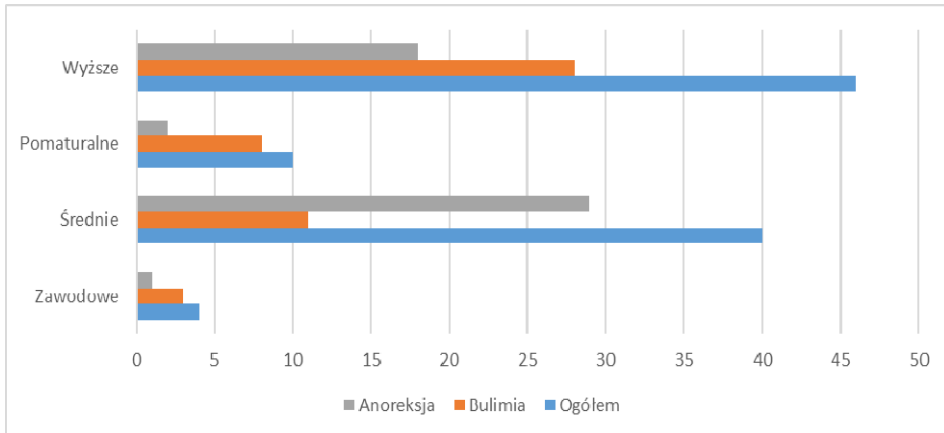
Problem i cel badań

Badanie miało na celu określenie związków między poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli a nasileniem depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Główny problem badawczy zawarł się w pytaniu: *Czy istnieje, a jeśli tak, to jaka jest siła i kierunek zależności między nasileniem objawów depresji a poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną?* Przyjęto, że występują istotne powiązania między ogólną orientacją życiową badanych i ich poczuciem umiejscowienia kontroli a zaburzeniem afektywnym, zaś charakter tych związków zależy od natężenia wartości analizowanych zmiennych.

Material i metody

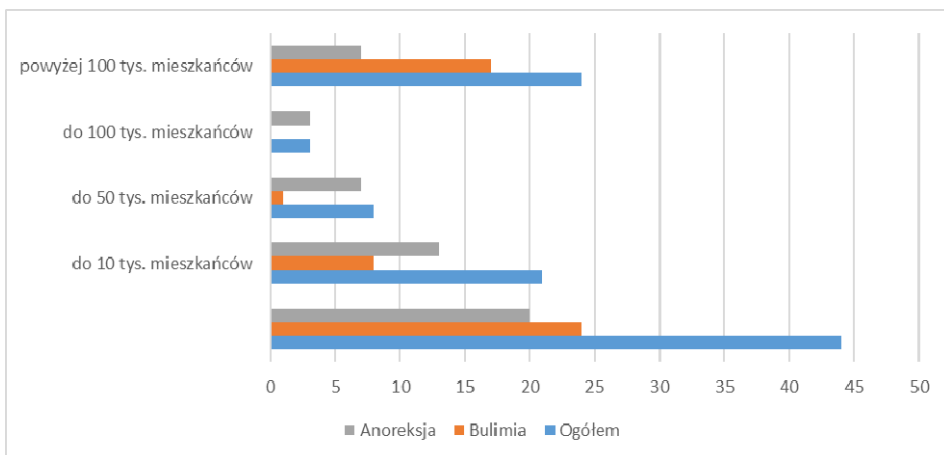
W badaniu wzięło udział 100 kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym 50 z anoreksją i 50 z rozpoznaniem bulimii, w oparciu o skalę diagnostyczną DSM-V (2015). Grupy objęte badaniem nie różniły się istotnie pod względem wieku (test t dla prób niezależnych, $t=1,63$, $df=98$, $p=0,11$). Średnia wieku u badanych z anoreksją wynosiła 25,14 (SD=5,19), natomiast u osób z rozpoznaniem bulimii 26,82 (SD=5,18).

Analiza wykształcenia wskazuje, że wśród badanych dominowały kobiety z wykształceniem średnim (40%), w tym ponad dwukrotnie więcej z anoreksją (58%) niż z bulimią (22%). Stosunkowo liczna była również grupa z wykształceniem wyższym (46%), gdzie chore na bulimię przeważały (56%) nad kobietami z anoreksją (36%). Osób posiadających wykształcenie pomaturalne było 10%, w tym czterokrotnie więcej kobiet z bulimią (16%) niż z anoreksją (4%). Najmniej licznie reprezentowane były osoby posiadające wykształcenie zawodowe (4%), w tym 6% z bulimią oraz jedna z anoreksją. Rozkład procentowy analizowanej zmiennej niewątpliwie powiązany jest z wiekiem badanych.



Rysunek 1. Wykształcenie badanych kobiet

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 2. Środowisko zamieszkania badanych kobiet

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych przeważały kobiety, które mieszkały na podmiejskiej wsi (44%), w tym 48% z bulimią i 40% z anoreksją. W dużych miastach przekraczających 100 tys. mieszkańców, częściej mieszały chore na bulimię (34%) niż anoreksję (14%), natomiast w małych miejscowościach do 10 tys. mieszkańców wystąpiła odwrotna tendencja, częściej bowiem mieszały w nich kobiety z rozpoznaniem anoreksji (26%) niż bulimii (16%). Stosunkowo nieliczną grupę stanowiły kobiety mieszkające w miastach do 50 tys. mieszkańców (8%), w tym siedmiokrotnie więcej kobiet z anoreksją (14%) niż bulimią (2%). W mieście do 100 tys. mieszkańców mieszkało 6% kobiet chorych na anoreksję.

W pracy wykorzystano trzy narzędzia badawcze. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej* (SOC-29) opiera się na salutogenetycznej teorii zdrowia Antonowsky'ego (1987). Zgodnie z tą teorią, każdy człowiek charakteryzuje się uogólnionym, emocjonalno-kognitywnym sposobem patrzenia na świat (poczucie koherencji), pozwalającym na przetwarzanie napływających z otoczenia informacji i zjawisk jako zrozumiałych, sensownych i poddających się kontroli. Poczucie koherencji składa się z trzech komponentów: 1) zrozumiałości, która jest powiązana ze zdolnością do uporządkowania i ustrukturyzowania napływających informacji oraz poczuciem, że sytuacje jakich podmiot doświadcza, będą dla niego zrozumiałe i możliwe go poznawczego uporządkowania; 2) zaradności – odnosi się z kolei do przekonania jednostki, że dysponuje ona zasobami umożliwiającymi jej aktywne wpływanie na sytuacje jakich doświadcza w codziennym życiu; 3) sensowności – wiąże się z przekonaniem, że warto angażować zasoby w podejmowanie określonych aktywności oraz spostrzeganiem sytuacji trudnych w kategorii wyzwań, a nie zagrożeń. Narzędzie składa się z 29 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na siedmiostopniowej skali. W celu określenia zgodności wewnętrznej kwestionariusza zastosowano metodę połówkową z poprawką Spearmana-Browna, uzyskując wartości, które w zależności od skali wahają się od 0,68 (sensowność) do 0,78 (sterowność, zrozumiałość).

Kwestionariusz do Pomiaru Poczucia Kontroli (Delta) jest wykorzystywany do badania przekonań o możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach. Podstawę teoretyczną stanowi teoria społecznego uczenia się Rottera (1990), według której jedną z podstawowych determinant aktywności człowieka jest spostrzeganie przyczynowego związku między zachowaniem a jego następstwami. W sytuacji, gdy podmiot nie dostrzega zależności między swoją aktywnością a jej następstwami, występuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli, natomiast kiedy jednostka ma poczucie, że zdarzenia jakich doświadcza czy rezultaty jej zachowania wynikają z jej osobistych, względnie trwałych charakterystyk, ma miejsce wewnętrzne umiejscowienie kontroli. W skład narzędzia wchodzi 24 stwierdzenia wraz ze skalą kłamstwa, które badany ocenia jako prawdziwe lub fałszywe. Za odpowiedź zgodną z kluczem badany otrzymuje jeden punkt. Maksymalny wynik w skali poczucia kontroli (LOC) to 14 punktów, a w skali kłamstwa (KŁ) punktów 10. Klucze są tak ustalone, że wysoki wynik w skali LOC wskazuje na poczucie kontroli zewnętrznej, a wysoki wynik skali kłamstwa na tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle. Ponieważ wysokie wyniki skali poczucia kontroli wskazują na poczucie kontroli zewnętrznej, korelacja dodatnia oznacza pozytywny związek z poczuciem kontroli zewnętrznej, ujemna - wewnętrznej. Parametry psychometryczne narzędzia sprawdzano w różnych grupach badanych, uznając rzetelność narzędzia za zadowalającą,

zarówno dla badań zbiorowych, jak i dokonywania porównań międzygrupowych (Drwal 1995).

Skala Depresji Hamiltona jest wykorzystywana do badania nasilenia objawów depresji. Składa się z 21 pytań dotyczących: obniżenia nastroju, poczucia winy, myśli samobójczych, trudności z zasypianiem, budzenia się w nocy, budzenia się wcześniej rano, trudności w pracy i aktywności pozazawodowej, spowolnienia psychoruchowego, pobudzenia, lęku, pobudzenia somatycznego, objawów somatycznych, objawów ogólnych, zaburzeń seksualnych i ze strony układu rozrodczego, objawów hipochondrycznych, spadku masy ciała, wyglądu, dobowego wahania nasilenia objawów, objawów depersonalizacji i derealizacji, objawów paranoidalnych oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych. W każdym pytaniu zaznacza się tylko jedną odpowiedź. Im większa liczba punktów tym większe nasilenie objawów depresji (Hamilton 1967).

Wyniki badań

W pierwszym etapie analiz poszukiwano zależności między ogólnym poczuciem koherencji i jego trzema komponentami a nasileniem depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Otrzymane wartości współczynników korelacji nieparametrycznej *R Spearmana* wraz z poziomami istotności przedstawiono w poniższej tabeli 1.

Tabela 1. Współczynniki korelacji *R Spearmana* pomiędzy nasileniem depresji a poczuciem koherencji

Nasilenie depresji Poczucie koherencji	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	R Spearman	P	R Spearman	P	R Spearman	P
Poczucie zrozumiałości	-0,344	0,014*	-0,378	0,007**	-0,269	0,007**
Poczucie zaradności	-0,356	0,011*	-0,012	0,935	-0,177	0,078
Poczucie sensowności	-0,111	0,444	0,230	0,108	0,101	0,317
Wynik ogólny SOC29	-0,463	<0,001***	-0,075	0,604	-0,198	0,048*

Źródło: opracowanie własne.

W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania wystąpiła słaba korelacja ujemna między ogólnym poczuciem koherencji ($R=-0,198$, $p=0,048$) a depresją oraz nieco silniejsza ujemna korelacja pomiędzy poczuciem zrozumiałości a chorobą afektywną ($R=-0,269$, $p=0,007$). Zatem spadek zasobów odpornościowych i możliwości adaptacyjnych (*ogólne poczucie koherencji*) badanych wiąże się ze wzrostem nasi-

lenia objawów depresji. Istotną rolę w poczuciu koherencji kobiet z anoreksją i bulimią odgrywa zdolność do rozumienia oraz poznawczej oceny rzeczywistości (*poczucie zrozumiałości*). Oznacza to, że natężenie objawów depresji powiązane jest u kobiet z zaburzeniami odżywiania z obniżeniem zdolności poznawczych.

Analiza wewnątrzgrupowa ujawniła istotne statystyczne różnice w zakresie kierunku i siły zależności między poczuciem koherencji u badanych a nasileniem depresji. W grupie kobiet z anoreksją siła zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi okazała się istotnie większa niż w grupie chorych na bulimię. Mianowicie u kobiet z rozpoznaniem anoreksji wystąpiła silna korelacja ujemna pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji ($R=-0,463$, $p<0,001$) a zaburzeniem afektywnym oraz przeciętna, ujemna korelacja między poczuciem zrozumiałości ($R=-0,344$, $p=0,014$) i poczuciem zaradności ($R=-0,356$, $p=0,011$) a depresją. Zatem nasilenie objawów depresji powiązane jest u kobiet z anoreksją ze spadkiem zasobów odpornościowych i możliwości adaptacyjnych oraz zdolności do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości, a także mniejszym poczuciem dysponowania możliwościami do radzenia sobie z wymogami życia i adekwatnego oddziaływania na sytuację, w której znajdują się badane (*poczucie zaradności*). W grupie chorych na bulimię istotnie statystyczna korelacja wystąpiła jedynie między zaburzeniem afektywnym a poczuciem zrozumiałości. Zależność ta przybrała kierunek ujemny, o znacznej sile ($R=-0,378$, $p=0,007$), co wskazuje, że natężenie objawów depresji łączy się u kobiet z bulimią ze spadkiem zdolności do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości.

W kolejnym etapie identyfikowano powiązania między umiejscowieniem poczucia kontroli a depresją u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Uzyskane wartości współczynników korelacji nieparametrycznej *R Spearmana* pomiędzy analizowanymi zmiennymi oraz poziomy istotności zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 2. Współczynniki korelacji *R Spearmana* pomiędzy nasileniem depresji a umiejscowieniem poczucia kontroli

Nasilenie depresji / Umiejscowienie kontroli	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	R Spearman	P	R Spearman	P	R Spearman	P
LOC DELTA	-0,077	0,596	0,729	<0,001***	0,257	0,010**
K DELTA	0,157	0,277	-0,220	0,126	0,005	0,957

Źródło: opracowanie własne.

U kobiet z bulimią wystąpiła bardzo silna korelacja dodatnia pomiędzy zaburzeniem afektywnym a umiejscowieniem poczucia kontroli ($R=0,729$, $p<0,001$). Nasilenie objawów depresji powiązane jest z zewnątrzsterownością badanych,

która determinuje sposób przetwarzania i odbierania napływających informacji oraz zachowanie w rozmaitych sytuacjach społecznych. Zatem wzrost natężenia objawów depresji u chorych na bulimię współwystępuje ze spadkiem zdolności do dostrzegania zależności między swoją aktywnością a jej następstwami, co nie-rzadko pozwala uchronić się przed odpowiedzialnością za własne działania. W grupie kobiet z anoreksją nie wystąpiła istotnie statystyczna korelacja między umiejscowieniem poczucia kontroli a nasileniem objawów depresji.

Analiza zależności w połączonych grupach kobiet z zaburzeniami odżywiania ujawniła słabą korelację dodatnią między poczuciem umiejscowienia kontroli a zaburzeniem afektywnym ($R=0,257$, $p=0,010$). Zatem wzrost nasilenia objawów depresji powiązany jest u badanych z niedostrzeganiem związku między własnym zachowaniem a następującymi po nich skutkami oraz spostrzeganiem rezultatów swoich działań jako zależnych od innych ludzi, przeznaczenia czy przypadku.

W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania nie wystąpiła istotna statystycznie korelacja pomiędzy zaburzeniem afektywnym a tendencją do przedstawiania się w korzystnym świetle, a tym samym wykazywania gotowości do nadmierne-go kontrolowania się podczas udzielania odpowiedzi na pytania kwestionariusza (*skala kłamstwa*). Analiza wewnątrzgrupowa nie ujawniła istotnych statystycznie zależności pomiędzy skalą kłamstwa a nasileniem depresji u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną.

Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania potwierdziły przyjęte założenie dotyczące powiązań między poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli a nasileniem depresji u kobiet z anoreksją i bulimią. Korelacje uzyskane w obu grupach różnią się istotnie, ale można dostrzec również pewne podobieństwa między nimi. W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania wykazano istnienie ujemnych związków między zaburzeniem afektywnym a ogólnym poczuciem koherencji oraz zrozumiałością. Większe nasilenie depresji wiąże się u nich ze spadkiem zasobów odpornościowych i możliwości adaptacyjnych oraz kontroli poznawczej nad otoczeniem. Zatem wzrost natężenia depresji współwystępuje u badanych kobiet z obniżoną zdolnością do rozumienia oraz poznawczej oceny rzeczywistości oraz spostrzeganiem docierających bodźców w kategoriach zagrożenia, a nie wyzwania, co implikuje u nich nieadekwatną ocenę sytuacji trudnych, a tym samym nie służy przystosowaniu i mobilizacji w walce z niesprzyjającymi okolicznościami.

Analogiczne powiązania wystąpiły w grupie kobiet z anoreksją. Ponadto nasilenie objawów depresji współwystępuje u nich z mniejszym poczuciem dyspo-

nowania możliwościami radzenia sobie z wymaganiami życia oraz adekwatnego wpływania na sytuację, w której się znajdują. Dotyczy to posiadanych środków czy zasobów osobistych zarówno tych, którymi badane same rozporządzają, jak i tych, którymi zarządzają inni. Otrzymane wyniki korespondują z doniesieniami z literatury przedmiotu, które wykazują, że spadek poczucia koherencji nie służy zachowaniom prozdrowotnym (zob. Antonovsky 2005), a tym samym może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia somatycznego i psychicznego oraz utrudniać proces leczenia oraz powrotu do zdrowia. Niskie poczucie koherencji sprawia, że człowiek nie uruchamia właściwych dla danej sytuacji zasobów i nie potrafi ich w pełni wykorzystać oraz nie tworzy właściwych dla danej sytuacji strategii radzenia sobie ze stresem.

W grupie kobiet z bulimią zaburzenie afektywne negatywnie koreluje z pierwszym składnikiem poznawczym poczucia koherencji, mianowicie zrozumiałością. Oznacza to, że nasilenie objawów depresji powiązane jest u nich z obniżoną zdolnością rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości. Jak wskazuje literatura przedmiotu w zależności od stopnia nasilenia komponentów poznawczych poczucia koherencji osoby różnie spostrzegają otaczającą rzeczywistość (Sęk, Ścigała 2000; Szymona 2008). Niskie poczucie zrozumiałości sprzyja interpretowaniu doświadczeń życiowych jako trudnych lub wręcz niemożliwych do pokonania, co nie służy aktywnej i konstruktywnej postawie w zmaganiu się z chorobą oraz może prowadzić do szeregu negatywnych następstw.

Podobieństwa między korelacjami uzyskanymi w grupach kobiet z zaburzeniami odżywiania dotyczą zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli, co może świadczyć o istnieniu pewnej ogólnej prawidłowości w tym zakresie. Jak wykazano nasilenie objawów depresji powiązane jest u badanych, głównie kobiet z bulimią, ze spadkiem zdolności do dostrzegania zależności między własną aktywnością a jej konsekwencjami. Poczucie umiejscowienia kontroli determinuje sposób przetwarzania i odbierania napływających informacji oraz zachowania się człowieka w rozmaitych sytuacjach, które mogą podlegać pewnym zmianom pod wpływem doświadczeń i sytuacji w jakich znajduje się podmiot (Kościelak 2010). Poczucie kontroli ujawnia się w wielu obszarach funkcjonowania jednostki wpływając nie tylko na efektywność działań, ale również na stan zdrowia człowieka, w tym zaburzeń i chorób psychicznych oraz przebiegu leczenia i rokowania. Jak dowiedziono zewnętrżsterowność wiąże się z biernością, podporządkowaniem, niezdolnością do samodzielnego podejmowania decyzji i wykonywania określonych czynności oraz funkcjonowaniem w oparciu o utarte i bezpieczne schematy (zob. Sęk 2001, Aronson 2005). Jak podkreśla Doliński (2002) pozwala podmiotowi uchronić się przed odpowiedzialnością za własne działania, najczęściej te, które zakończyłyby się porażką, co zapewnia poczucie komfortu psychicznego oraz sprzyja zachowaniu pozytywnego obrazu własnej osoby.

Określenie powiązań między nasileniem objawów depresji a poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli u kobiet z anoreksją i bulimią wydaje się szczególnie ważne dla procesu leczenia i oceny powrotu do zdrowia. Chcąc precyzyjniej określić związki zachodzące między analizowanymi zmiennymi warto w dalszej perspektywie identyfikować predykatory nasilenia depresji w obszarze różnych czynników osobowych.

Bibliografia

- Antonovsky A. (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Wydawnictwo IPN, Warszawa.
- Aronson E. (2005), *Człowiek istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bażyńska K. (2004), *The sense of coherence in patients of psychiatric adolescent unit 21*, Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 6 (2): 21–31.
- Brytek A. (2007), *Poczucie umiejscowienia kontroli i ekspresja złości u kobiet z bulimią – badania pilotażowe*, Psychoterapia, 1 (140): 51–58.
- Cooper M., Stockford K., Turner H. (2007), *Stages of change in anorexic and bulimic disorders: The importance of illness representations*, Eating Behaviors, 8: 474–484.
- Dagleish T., Tchanturia K., Serpell L., Hems S., de Silva P., Treasure J. (2001), *Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study*, Personality and Individual Differences, 31: 453–460.
- Doliński D. (2002), *Samoregulacja – proces dowolny czy automatyczny? [w:] Natura automatyzmów. Dyskusje interdyscyplinarne*, M. Jarymowicz, R. Ohme (red.), Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- Dropowa K., Górska W. (2005), *Poczucie koherencji a inne wskaźniki psychometryczne w przebiegu jadłowstrętu psychicznego*, referat wygłoszony na konferencji: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, 10–12.05.2005, Kołobrzeg.
- DSM-5 (2015), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław.
- Eriksson M., Lindström B. (2006), *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*, Journal of Epidemiology and Community Health, 60 (5): 376–81.
- Eriksson M., Lindström B. (2005), *Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: A Systematic Review*, Journal of Epidemiology & Community Health, 59: 460–466.
- Fouts G., Vaughan K. (2002), *Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females*, Journal of Adolescence, 25: 307–311.
- Golińska L. (2003), *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia w różnych jego fazach*, Nowiny Psychologiczne, 4: 33–46.
- Hakanen J.J., Feldt T., Leskinen E. (2007), *Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study*, Journal of Research in Personality, 41(3): 602–617.
- Langeland E., Wahl A.K., Kristoffersen K., Nortvedt M., Hanestad B.R. (2007), *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*, Quality of Life Research, 16: 939–946.

- Pallant J.F., Lae L. (2002), *Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale*, *Personality and Individual Differences*, 33 (1): 39–48.
- Sala P., Simon W. (2011), *Nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych oraz poczucia koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20 (3): 185–191.
- Schweiger U., Sipos V. (2007), *Comorbidity of personality disorders and eating disorders*, *European Psychiatry*, 22: 17–18.
- Sęk H., Ściagała I. (2000), *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym* [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodo-logiczne*, I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red), Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Sęk H. (2001), *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji* [w:] *Zdrowie – Stres – Zasoby*, H. Sęk, T. Pasikowski (red.), Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M. (2009), *Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów*, *Nowiny Lekarskie*, 78 (1): 18–22.
- Szymona K. (2008), *Zaburzenia nerwicowe a poczucie koherencji*, Wydawnictwo WSHE, Łódź.
- Tan J., Hope T., Stewart A., Fitzpatrick R. (2003), *Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents*, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26: 627–645.
- Waller G., Hodgson S. (1996), *Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa: the role of perceived and actual control*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184: 213–219.
- Wiatrowska A. (2017), *Poczucie koherencji a wartości podstawowe u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną*, *Annales UMCS. Sectio J*, 30 (1): 147–160.
- Wiatrowska A. (2017), *Poczucie umiejscowienia kontroli a radzenie sobie ze stresem u kobiet z jadłowstrętem psychicznym – badanie wstępne*, *Annales UMCS. Sectio J*, 30 (3): 149–159.
- Wiatrowska A. (2019), *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.