

Jadwiga Piątek

POCZUCIE KOHERENCJI A ROZWIĄZYWANIE KRYZYSÓW PRZEZ OSOBY PO INTERWENCJI KRYZYSOWEJ¹

Poczucie koherencji to jedno z najczęściej opisywanych i weryfikowanych pojęć w badaniach empirycznych z zakresu psychologii stresu i radzenia sobie oraz psychologii zdrowia w ostatnich latach (Sęk 2005). Większość tych badań wskazuje na pozytywny wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie ze stresem i zdrowie człowieka (Sęk 2005, Zwoliński 2000).

Aaron Antonovsky, przedstawiciel koncepcji salutogenetycznej, kierującej uwagę badaczy na poszukiwanie i analizowanie czynników wspomagających radzenie sobie ze stresem i zdrowie, stworzył konstrukt poczucia koherencji do opisu osób, które zachowały dobry stan zdrowia mimo skrajnie stresogennych warunków życia. Uważał, że o skutecznym radzeniu sobie ze stresem współdecydują: rodzaj i poziom stresorów, uogólnione zasoby odpornościowe biologiczno-konstytucjonalne i psychospołeczne oraz poczucie koherencji (Sęk, Ścigała 2000).

Poczucie koherencji to, według Antonovsky'ego (1995), „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, 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 pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (s. 34). Trzy wyodrębnione w definicji czynniki nazwał kolejno: poczuciem zrozumiałości, poczuciem zaradności i poczuciem sensowności, przy czym za najważniejsze uznał poczucie sensowności – jako składnik motywacyjny

¹ Praca naukowa finansowana ze środków Komitetu Badań Naukowych w latach 2004-2006 jako projekt badawczy.

– oraz poczucie zrozumiałości. Zastrzegł jednocześnie, że wszystkie trzy są równie istotne dla zrozumienia poczucia koherencji jako całości.

Poczucie koherencji kształtuje się w toku rozwoju ontogenetycznego, by w okresie dorosłości stać się silnie utrwaloną, stabilną dyspozycją, podlegającą jednak zmianie, na przykład pod wpływem zdarzeń życiowych lub oddziaływań psychoterapeutycznych.

Stwierdzono wszechstronne znaczenie poczucia koherencji dla procesu radzenia sobie ze stresem i dobre przystosowanie psychospołeczne (Antonovsky 1995, Sęk, Ścigała 2000, Zwoliński 2000, Dolińska-Zygmunt 2001, Poprawa 2001, Sęk 2005). Uważa się, że uczestniczy ono w procesie oceny pierwotnej, „kwalifikującej” napływające do człowieka bodźce jako obojętne, pozytywne lub stresujące. Ludzie o silnym poczuciu koherencji rzadziej postrzegają bodźce jako stresujące, a jeśli już jakieś bodźce uznają za stresujące, częściej traktują je jako wyzwanie niż stratę lub zagrożenie. W sytuacji stresu wybierają w sposób elastyczny najbardziej adekwatną do danego stresora strategię radzenia sobie, a przez to lepiej rozwiązują swoje problemy. Postępują bardziej realistycznie, a napięcie rzadziej przeradza się u nich w stres. Skuteczne radzenie sobie ze stresem prowadzi do zachowania zdrowia. Osoby o silnym poczuciu koherencji postępują w sposób sprzyjający zdrowiu, cieszą się lepszym stanem zdrowia, a gdy zachorują, radzą sobie skuteczniej z chorobą niż osoby z drugiego końca kontinuum koherencji (Antonovsky 1995, Dolińska-Zygmunt 2001, Poprawa 2001, Hobfoll 2006).

Tak ścisły związek poczucia koherencji z radzeniem sobie ze stresem skłania do zbadania jego związku z rozwiązywaniem kryzysów życiowych. Definicja kryzysu pozwala wprost odnieść go do kategorii stresu psychologicznego o ściśle określonych charakterystykach (Jasiecka 1997). Można zatem spodziewać się istnienia związku pomiędzy poczuciem koherencji a rozwiązywaniem kryzysów.

Cel pracy

Celem opracowania była analiza związku poczucia koherencji z rozwiązywaniem kryzysów wywołanych przez wydarzenia życiowe u osób, które korzystały z pomocy Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Krakowie. Zmierzono związek poczucia koherencji z problemami, jakie wywołały wydarzenia krytyczne (przejawy kryzysu), i nasileniem kryzysu ocenianym przez badanych. Zbadano także zależność poczucia koherencji i stopnia rozwiązania kryzysu oraz poziomu zadowolenia z uzyskanej pomocy. Tę ostatnią zmienną uważa się za znaczącą dla uzyskania wiedzy o skuteczności pomocy i jakości świadczonych usług w tym zakresie. Duży stopień zadowolenia klientów jest związany z subiektywnym poczuciem poprawy zdrowia (Pascoe 1983, Attkisson, Greenfield 1996).

Narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

- 1) autorski wywiad dotyczący charakterystyki przeżywanego kryzysu, sposobów radzenia sobie z nim i jego rozwiązania,
- 2) polską akceptację kwestionariusza orientacji życiowej A. Antonovsky'ego (SOC-29) o wysokich właściwościach psychometrycznych,
- 3) kwestionariusz poziomu zadowolenia klienta (CSQ-8) z otrzymanej pomocy w instytucjach podstawowej opieki medycznej, psychiatrycznej, poradniach (opracowany w Uniwersytecie Kalifornijskim).

Opis badanej grupy

Zbadano 191 osób wybranych losowo spośród klientów Ośrodka Interwencji Kryzysowej (OIK) w Krakowie, którzy z powodu przeżywanego kryzysu korzystali z pomocy w postaci interwencji kryzysowej. Badania odbywały się w siedzibie Ośrodka po wcześniejszym zaproszeniu telefonicznym lub listownym. Osoby badane proszone były o retrospektywny opis przeżywanego kryzysu oraz jego ocenę z perspektywy czasu, jaki upłynął od zakończenia kontaktu z OIK (od 6 do 48 miesięcy).

W badaniach wzięło udział 169 kobiet (88,8%) i 22 mężczyzn (11,5%) w wieku od 18 do 76 lat, którzy zgłosili się do OIK z powodu kryzysów wywołanych przez następujące wydarzenia krytyczne:

- Utrata (śmierć bliskiej osoby) – 16 osób (8,4%)
- Przemoc ze strony partnera – 78 osób (40,9%)
- Przemoc ze strony innego członka rodziny – 24 osoby (12,6%)
- Próba samobójcza – 19 osób (9,9%)
- Zdarzenie traumatyczne – 27 osób (14,1%)
- Zdrada, rozstanie – 27 osób (14,1%)

Interwencja kryzysowa w stosunku do klientów to od 1 do ponad 15 kontaktów, przy czym aż 40,3% z nich po odbyciu 1 lub 2 spotkań zrezygnowała z zaplanowanej na dłuższy czas pomocy.

Nasilenie kryzysu a poczucie koherencji

Badani oceniali nasilenie przeżywanego w chwili zgłoszenia się po pomoc kryzysu w skali od 1 do 5. W badanej grupie średnia ocen nasilenia kryzysu wyniosła 4,66, a więc pomiędzy oceną: o dużym a bardzo dużym nasileniu.

Badanie związku nasilenia kryzysu z poczuciem koherencji za pomocą współczynnika *rho* Spearmana nie wykazało współzależności między tymi zmiennymi. Zarówno osoby o silnym, jak i niskim poczuciu koherencji oceniały nasilenie przeżywanego kryzysu podobnie – jako właśnie *duże* i *bardzo duże*.

Problemy wywołane przez zdarzenie krytyczne (przejawy kryzysu) a poczucie koherencji

a) rodzaje problemów kryzysowych u badanych

Każdego z badanych proszono o wybranie z przygotowanej listy problemów, które wystąpiły u niego w związku z wydarzeniem krytycznym. Problemy te obrazowały przejawy kryzysu w sferach (Myer 2001): fizycznej (zdrowie, bezpieczeństwo fizyczne i socjalne), psychologicznej (samopoczucie psychiczne, samoocena, przekonania na temat siebie), społecznej (relacje z osobami bliskimi i dalszym otoczeniem społecznym), duchowej (przekonania na temat innych ludzi i świata, wiara). Badani wybierali od 1 do 17 problemów (na 18 możliwych), które pojawiły się u nich po wydarzeniu krytycznym, średnio po 8–9 problemów. Lista problemów według częstości wyboru przez badanych przedstawia się następująco:

- Pr. H – 182 osoby, 95,29% (pogorszenie samopoczucia psychicznego)
- Pr. G – 147 osób, 76,96% (poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły)
- Pr. L – 135 osób, 70,68% (pogorszenie relacji z bliską osobą)
- Pr. J – 124 osoby, 64,92% (załamanie się przekonań na temat siebie)
- Pr. I – 120 osób, 62,83% (przekonanie o własnej bezwartościowości)
- Pr. D – 118 osób, 61,78% (zagrożenie ze strony pewnej osoby)
- Pr. O – 117 osób, 61,26% (utrata poczucia sensu życia)
- Pr. P – 116 osób, 60,73% (załamanie się ich przekonań na temat innych ludzi i świata)
- Pr. A – 113 osób, 59,16% (problemy zdrowotne)
- Pr. Ł – 100 osób, 52,36% (pogorszenie stosunków w obrębie rodziny)
- Pr. B – 92 osoby, 48,17% (problemy finansowe)
- Pr. K – 84 osoby, 43,98% (zerwanie relacji z bliską osobą)
- Pr. M – 54 osoby, 28,27% (pogorszenie związków z przyjaciółmi)
- Pr. F – 48 osób, 25,13% (problemy prawne lub urzędowe)
- Pr. N – 36 osób, 18,85% (pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu)
- Pr. C – 33 osoby, 17,28% (brak miejsca zamieszkania)
- Pr. E – 29 osób, 15,18% (brak żywności)
- Pr. R – 25 osób, 13,09% (zmiana przekonań duchowo-religijnych)

Po wydarzeniu krytycznym osoby badane najczęściej borykały się z problemami natury psychologicznej, a więc z pogorszonym samopoczuciem psychicznym (Pr. H), poczuciem własnej nieudolności i bezwartościowości (Pr. G, Pr. I), załamaniem się ich przekonań na swój temat (Pr. J), oraz sfery społecznej: pogorszeniem relacji z bliską osobą (Pr. L). Częsty wybór problemu zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr. D) był związany z dużą liczbą osób (40,9%), których kryzys został wywołany przymocą ze strony partnera. Z kolei duża częstotliwość wyboru problemów utraty poczucia sensu życia (Pr. O) i załamania przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr. P) odpowiada rozumieniu kryzysu jako okresu wyczerpania, bezradności, braku nadziei, zagubienia. Interesujące jest pojawienie się wśród badanych często doświadczanych

problemów ze zdrowiem (Pr. A), mimo że żadna z osób nie doznała uszczerbku na zdrowiu jako bezpośredniego skutku wydarzenia krytycznego. Wydaje się zatem, że problemy zdrowotne są skutkiem przeżywanego w związku z kryzysem dystresu.

b) związek pomiędzy problemami kryzysowymi a poczuciem koherencji

Zbadano zależność pomiędzy poczuciem koherencji a występowaniem problemów kryzysowych u osób badanych za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona. Wyniki analizy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Związek występowania problemów kryzysowych a poczucie koherencji

	PZR	PZ	PS	PK
Pr. A	-,122	-,100	-,127	-,128
Pr. B	-,131	-,098	-,052	-,106
Pr. C	-,058	-,103	-,073	-,087
Pr. D	-,125	-,170*	-,131	-,158*
Pr. E	-,053	-,050	-,013	-,044
Pr. F	-,116	-,025	-,037	-,067
Pr. G	-,175*	-,226**	-,203**	-,224**
Pr. H	-,176*	-,108	-,208**	-,179*
Pr. I	-,284**	-,417**	-,348**	-,389**
Pr. J	-,298**	-,360**	-,290**	-,352**
Pr. K	-,001	-,017	-,060	-,014
Pr. L	-,064	-,075	-,001	-,054
Pr. Ł	-,004	-,058	-,065	-,000
Pr. M	-,119	-,027	-,004	-,057
Pr. N	-,157*	-,210**	-,203**	-,210**
Pr. O	-,265**	-,312**	-,340**	-,337**
Pr. P	-,283**	-,259**	-,220**	-,283**
Pr. R	-,076	-,027	-,117	-,078

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 dwustronnie.

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 dwustronnie.

PZR – poczucie zrozumienia

PZ – poczucie zaradności

PS – poczucie sensowności

PK – poczucie koherencji

Uzyskane wyniki wskazują na korelację poczucia koherencji i jego składowych z problemami ze sfery psychologicznej: G, H, I, J, sfery duchowej: O, P oraz sfery społecznej: N i fizycznej: D. Po wydarzeniu krytycznym u osób z niskim poczuciem koherencji częściej wystąpiły: poczucie nieudolności i braku wiary w swoje siły (Pr. G), pogorszenie samopoczucia psychicznego (Pr. H), przekonanie o własnej

bezwartościowości (Pr. I), załamanie przekonań na swój temat (Pr. J), pogorszenie stosunków w pracy i dalszym otoczeniu (Pr. N), utrata sensu życia (Pr. O) i załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr. P). Osoby te częściej niż osoby z wysokim poczuciem koherencji doznawały też zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr. D); dotyczyło to w szczególności kryzysów związanych z przemocą domową. Wymienione kategorie problemów wydają się wprost ilustrować znaczenie niskiego poziomu poczucia koherencji i jego składowych: niskiego poczucia zrozumiałości (Pr. O, Pr. N, Pr. P), niskiego poczucia zaradności (Pr. G, Pr. I, Pr. J) i niskiego poczucia sensowności (Pr. O), a w końcu także niskiego poczucia koherencji.

Rozwiązanie problemów kryzysowych a poczucie koherencji

a) stopień rozwiązania problemów kryzysowych

Badani oceniali z perspektywy czasu, który upłynął od kryzysu, stopień, w jakim każdy z przeżywanych przez nich problemów został rozwiązany. Możliwa była rozpiętość ocen od 1 do 5, gdzie 1 oznaczał, że problem w ogóle nie został rozwiązany, 2 – został rozwiązany częściowo, w 25 %, 3 – został rozwiązany w połowie, w 50 %, 4 – większa część problemu została rozwiązana, zaś 5 – problem został rozwiązany całkowicie. Rozwiązanie poszczególnych problemów uszeregowanych wg średniej stopnia rozwiązania przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych

	Średnia	Odch.Std.	Mediana
R. Pr. E	4,300	1,264	5
R. Pr. C	4,088	1,401	5
R. Pr. O	3,863	1,203	4
R. Pr. M	3,839	1,385	4
R. Pr. K	3,824	1,373	4
R. Pr. N	3,816	1,270	4
R. Pr. J	3,774	1,066	4
R. Pr. G	3,769	1,159	4
R. Pr. H	3,758	1,111	4
R. Pr. I	3,733	1,128	4
R. Pr. R	3,731	1,430	4
R. Pr. L	3,634	1,449	4
R. Pr. D	3,602	1,315	4
R. Pr. A	3,442	1,343	4
R. Pr. P	3,431	1,196	4
R. Pr. Ł	3,330	1,422	3
R. Pr. B	3,315	1,325	3
R. Pr. F	3,143	1,528	3

W opinii badanych najlepiej zostały rozwiązane problemy związane z bezpieczeństwem socjalnym: brakiem żywności (Pr. E) i miejsca zamieszkania (Pr. C) – stosunkowo prosto im było zaradzać, a także problemy związane z utratą sensu życia (Pr. O) oraz problemy relacji z przyjaciółmi (Pr. M), bliską osobą (Pr. K), w pracy i dalszym otoczeniu (Pr. N). W następnej dopiero kolejności znalazło się rozwiązanie problemów ze sfery psychologicznej, które, jak wynika z wcześniejszej analizy, wystąpiły najczęściej wśród badanych: pogorszenie samopoczucia psychicznego (Pr. H), poczucie nieudolności i bezwartościowości (Pr. G, Pr. I), załamanie przekonania na swój temat (Pr. J). Umiejscowienie się rozwiązania tych problemów mniej więcej pośrodku skali, a nie na jej szczycie (czego można by oczekiwać w ograniczonym czasowo kryzysie), wynikać mogło z ich istotnego statystycznie związku z poczuciem koherencji. Ich średni stopień rozwiązania mógł być związany z niskim poczuciem koherencji u badanych.

Najslabiej rozwiązane zostały problemy: prawno-urzędowe (Pr. F), finansowe (Pr. B) i związane z pogorszeniem stosunków w obrębie rodziny (Pr. L), których rozwiązanie, jak się wydaje, wymaga zazwyczaj dłuższego czasu.

b) rozwiązywanie problemów kryzysowych a poczucie koherencji

Zależność poczucia koherencji i stopnia rozwiązania problemów zbadano za pomocą współczynnika korelacji ρ Spearmana. Wyniki analizy przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Poczucie koherencji a stopień rozwiązania problemów kryzysowych

	PZR	PZ	PS	PK
R. Pr. A	,305**	,299**	,332**	,341**
R. Pr. B	,364**	,391**	,357**	,423**
R. Pr. C	-,062	,046	-,027	-,046
R. Pr. D	,220*	,069	,089	,150
R. Pr. E	-,221	-,141	-,219	-,234
R. Pr. F	-,142	-,148	,006	-,121
R. Pr. G	,425**	,470**	,438**	,487**
R. Pr. H	,326**	,292**	,301**	,330**
R. Pr. I	,443**	,425**	,520**	,516**
R. Pr. J	,391**	,394**	,392**	,436**
R. Pr. K	,102	,223*	,110	,183
R. Pr. L	,278**	,326**	,323**	,336**
R. Pr. Ł	,267**	,266**	,277**	,311**
R. Pr. M	,318*	,281*	,301*	,345**
R. Pr. N	,452**	,471**	,371*	,447**
R. Pr. O	,425**	,437**	,530**	,519**
R. Pr. P	,383**	,275**	,454**	,410**
R. Pr. R	,168	,220	,266	,205

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 dwustronnie.

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 dwustronnie.

Analiza wspomnianej korelacji pozwoliła na stwierdzenie istnienia współzależności pomiędzy poczuciem koherencji i stopniem rozwiązania przeważającej większości problemów. Dotyczy to w szczególności problemów ze sfery psychologicznej (Pr. G, Pr. H, Pr. I, Pr. J) i sfery duchowej (Pr. O, Pr. P, ale bez Pr. R), gdzie współzależność jest znacząca statystycznie (współczynnik korelacji od 0,3 do 0,53). Nieco słabszą współzależność z poczuciem koherencji (współczynnik korelacji od 0,26 do 0,47) wykazały problemy ze sfery społecznej, z pominięciem Pr. K (zerwanie relacji z bliską osobą). Im wyższe zatem poczucie koherencji, im wyższe są jego składowe, tym lepiej rozwiązane zostały problemy kryzysowe ze sfer: psychologicznej, duchowej, społecznej oraz niektóre problemy ze sfery fizycznej, czyli problemy zdrowotne (Pr. A) i finansowe (Pr. B).

Nie wykazano natomiast zależności między poczuciem koherencji a rozwiązywaniem problemów związanych z: brakiem miejsca zamieszkania (Pr. C), zagrożeniem ze strony pewnej osoby (Pr. D), brakiem żywności (Pr. E), problemów prawno-urzędowych (Pr. F), a także zmianą przekonań duchowo-religijnych (Pr. R). Ten ostatni wynik jest szczególnie interesujący, gdyż pozostałe problemy z tej sfery były znacząco związane z poczuciem koherencji. Być może stwierdzony wcześniej brak zależności między wystąpieniem tego problemu a poczuciem koherencji stanowi wyjaśnienie.

Zadowolenie z uzyskanej pomocy a poczucie koherencji

Zmierzono zależność poziomu zadowolenia z uzyskanej w OIK pomocy (kwestionariusz CSQ-8, wynik liczbowy o rozpiętości od 8 do 32) i poczucia koherencji. Wynik analizy przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Związek poczucia koherencji i zadowolenia z uzyskanej pomocy

	Zadowolenie z pomocy
PZR	,147*
PZ	,155*
PS	,154*
PK	,168*

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie współzależności między poczuciem koherencji i zadowoleniem z uzyskanej pomocy. Osoby z wyższym poczuciem koherencji i jego składowymi były bardziej zadowolone z uzyskanej pomocy, co jest zgodne z przypuszczeniem Antonovsky'ego o bardziej skutecznym korzystaniu z pomocy przez te osoby (uczenie się nowych strategii radzenia sobie i czerpanie ze wsparcia społecznego).

Podsumowanie

Poczucie koherencji odegrało znaczącą rolę w rozwiązywaniu kryzysów:

- 1) Wpłynęło na przejawy kryzysu w postaci problemów, jakie pojawiły się po wydarzeniu krytycznym. U osób z niskim poczuciem koherencji częściej wystąpiły problemy ze sfery psychologicznej i duchowej.
- 2) Miało istotny związek z rozwiązywaniem kryzysu, czyli problemów kryzysowych. Im wyższe poczucie koherencji i jego składowe, tym wyższy stopień rozwiązywania problemów ze sfer: psychologicznej, duchowej i społecznej, a także problemów zdrowotnych i finansowych.
- 3) Miało znaczenie dla oceny uzyskanej pomocy dokonywanej przez klientów. Osoby z wyższym poczuciem koherencji były bardziej zadowolone z pomocy.

Poczucie koherencji nie wpłynęło natomiast na ocenę nasilenia przeżywanego przez badanych kryzysu.

Bibliografia

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Fundacja IPN, Warszawa.
- Attkisson C. G., Greenfield T. K., (1996), *The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) Scales and Service Satisfaction Scale-30 (SSS-30)*, [w:] *Outcomes Assessment in Clinical Practice*, red. L. I. Sederer, s. 120-127.
- Hobfoll S. E. (2006), *Stres, kultura i społeczność*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kubacka-Jasiecka D. (1997), *Z psychologii kryzysu*, [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, Wydawnictwo ALL, Kraków, s. 11-31.
- Pascoe G. C. (1983), *Patient Satisfaction in Primary Health Care*, „Evaluation and program planning” 6, s. 185-210.
- Podstawy psychologii zdrowia*, (2001), red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Poprawa R. (2001), *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 103-143.
- Sęk H. (2005), *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 39-54.
- Sęk H., Ścigala I. (2000), *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*, [w:] *Człowiek w sytuacji stresu*, red. I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 133-150.
- Zwoliński M. (2000), *Systemowe zasoby rodziny a poczucie koherencji u dorosłego dziecka*, „Przegląd Psychologiczny” 2, s. 139-156.