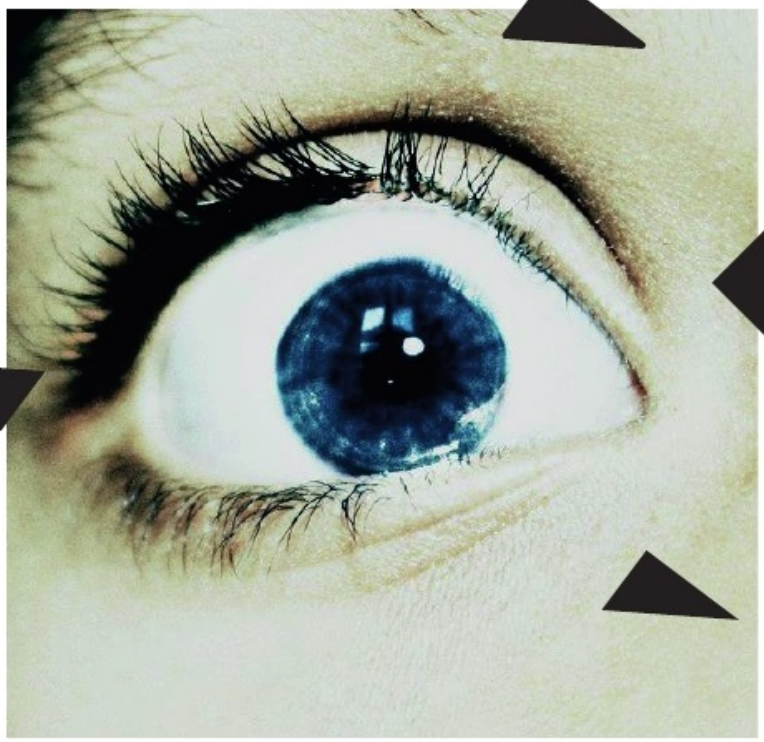
Wojciech Czajkowski



PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY DZIAŁANIA W WARUNKACH ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA

MONOGRAFIA NAUKOWA

KATOWICE 2014

Wojciech Czajkowski

PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY DZIAŁANIA W WARUNKACH ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA

Katowice 2014

Cracow Research Institute for Security and Defense APEIRON

MONOGRAFIA NAUKOWA

Wojciech Czajkowski

PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY DZIAŁANIA W WARUNKACH ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA

Katowice 2014

Copyright © by Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 2014

Recenzenci:
Prof. dr hab. Witold Pokruszyński
Gen. prof. Natalia Kalashnik
Dr Juliusz Piwowarski

Opracowanie redakcyjne, skład i korekta:
Radosława Rodasik
Patrycja Węglarz
Marek Sokołowski

Projekt okładki:
Patrycja Węglarz

Na okładce wykorzystano zdjęcie ze strony https://www.flickr.com/photos/nggalai/ na licencji
Creative Commons 2.0

ISBN 978-83-64035-22-7

Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie
ul. Krupnicza 3 31–123 Kraków
Tel. 12 422 30 68; Fax. 12 421 67 25
e-mail: science@apeiron.edu.pl;
www.apeiron-wydawnictwo.pl

Ani i Maćkowi

Spis treści

WSTĘP 9

I. TERMINOLOGIA I KONCEPTUALIZACJA PROBLEMATYKI 14

1.1. Bezpieczeństwo i zagrożenia 14

1.2. Potrzeby i ich zaspakajanie 22

1.3. Wartości jako regulatory działania 26

1.4. Osobowość i preferowane zachowania w wyjaśnianiu działań jednostki 34

II. POTRZEBY I WARTOŚCI A POCZUCIE ZAGROŻENIA 43

2.1. Osobowościowe mechanizmy kontroli działania 43

2.2. Potrzeby i wartości w strukturze osobowości 50

2.3. Wartości jawne i ukryte 54

2.4. Model wartości S.H. Schwartza 61

III. STRES A ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA 67

3.1. Warunki działania podmiotu w sytuacji 67

3.2. Stres i mechanizmy radzenia sobie 70

3.3. Psychofizjologiczne mechanizmy zagrożenia 78

IV. ZDROWIE I CHOROBA W RADZENIU SOBIE Z ZAGROŻENIEM 102

4.1. Wzór zachowania jako styl życia 102

4.2. Wzór zachowania A – spójność wyników badań empirycznych 108

4.3. Pochodzenie wzoru zachowania A 117
4.4. Modyfikowanie wzoru zachowania A. Kultura i natura 125
ZAKOŃCZENIE 138
BIBLIOGRAFIA 142

WSTĘP

Analiza psychologicznych uwarunkowań działania jednostki w warunkach zagrożenia bezpieczeństwa stanowi istotne wyzwanie w obszarze szeroko rozumianej problematyki nauk o bezpieczeństwie. Nauka ta stanowi współcześnie prężnie rozwijający się nurt w grupie nauk społecznych obejmujących swoim zakresem także psychologię. Powstanie nauk o bezpieczeństwie jako odrębnej dyscypliny naukowej w rzędzie innych nauk należących do obszaru nauk społecznych stanowi nową sytuację zarówno w warstwie teoretycznej, jak i praktycznej. Wymaga podjęcia i uporządkowania działań o charakterze teoretycznej i terminologicznej konceptualizacji.

Bezpośrednią konsekwencją takich działań będą działania o charakterze teoretycznym służącym, w kolejnej publikacji, budowaniu modelu oraz empirycznym służącym weryfikacji warstwy teoretycznej opisywanej problematyki. Kwestie bezpieczeństwa i jego zagrożenia stanowią stały element obecny w działaniu jednostek i grup społecznych interpretowanym w perspektywie historycznej. Współcześnie kwestie te zostały potraktowane jako ważkie i wymagające uporządkowania w zgodzie z wymogami nauki.

Analiza semantyczna pragmatyczna pojęcia „bezpieczeństwo" sugeruje, że zawiera ono w swojej treści sens wartościujący. Sformułowania „bezpieczny", „zabezpieczony", „ubezpieczony" zawierają w sobie w warstwie denotacyjnej i konotacyjnej odniesienia wyłącznie pozytywnie wartościowane. Kwestie wartościowania pojęć *poczucie*

zagrożenia i *bezpieczeństwo* wymaga poddania analizie w celu precyzyjnego używania tych pojęć w tekście książki.

Psychologiczne uwarunkowania funkcjonowania człowieka w warunkach poczucia zagrożenia w sposób konieczny powinna uwzględniać odniesienia do szerokiej problematyki stresu, stresu życiowego (nazywanego niekiedy wydarzeniami zmiany życiowej) i zespołu stresu pourazowego. Każda z tych kategorii związanych ze stresem zasługuje na uwagę dotykając kwestii kluczowych w rozumieniu sytuacji jednostki znajdującej się w stanie silnego napięcia emocjonalnego, dezorganizacji zachowania i pojawiania się mechanizmów obronnych. Wskazanie zasadniczych elementów tworzących sytuację działania stresu na jednostkę można traktować jako instrumentalną wiedzę pozwalającą na rozumienie jej zachowania i ewentualne modyfikowanie zachowania w kierunku bardziej przystosowawczego. Podjęcie takiej problematyki w analizie poczucia zagrożenia bezpieczeństwa stanowi istotne i użyteczne uzupełnienie wzbogacające interpretację o elementy standardowe w sytuacji trudnej.

Poza problematyką stresu w książce będzie też podejmowana kwestia potrzeb i ich zaspakajania. Interpretacja potrzeb powiązana z rolą mechanizmów motywacyjnych pozwala na takie przedstawienie funkcjonowania podmiotu, w którym procesy emocjonalno-motywacyjne stanowią jego centrum. Z wątkiem potrzeb jest powiązany wątek analizy wartości rozumianych jako kontinuum mające sens motywacyjny w wyzwalaniu działań jednostki. Problematyka wartości stanowi istotny wymiar analizy działania człowieka w sytuacjach zagrożenia. Konceptualizacja znaczenia wartości w działaniu ma swój sens teoretyczny i pozwala na jej

wykorzystywane w planowaniu i prowadzeniu badań empirycznych.

Opis i wyjaśnianie funkcji potrzeb i wartości będzie jedną z prób podejmowanych w tej książce ujrzenia problematyki bezpieczeństwa w perspektywie oferowanej w psychologicznych ujęciach poczucia zagrożenia bezpieczeństwa.

Dalszą podejmowaną kwestią jest problematyka zdrowia i choroby rozumiana w kategoriach szerokich, dotyczących prezentowania dwu przeciwstawnych koncepcji rozumienia tego problemu. Wskazuje się na tradycyjne podejście *patogenetyczne* zainteresowane głównie śledzenie źródeł choroby w postaci czynników patogenetycznych. Z drugiej strony zwraca się uwagę na podejście *salutogenetyczne*, w ramach którego prowadzi się analizy i badania dotyczące źródeł zdrowia.[1]. Przełamanie tradycyjnego paradygmatu patogenetycznego stwarza nowe możliwości rozumienia i rozwijania problematyki radzenia sobie z wyzwaniami rzeczywistości i prezentuje nowe możliwości widzenia problematyki zdrowia, choroby i zasobów indywidualnych człowieka. W podobnym nurcie pozostaje koncepcja Hobfolla nazywana teorią zachowania zasobów[2] odniesiona do problematyki radzenia sobie ze stresem w szerokiej perspektywie wychodzącej zdecydowanie poza indywidualistycznie i subiektywnie rozumianą problematykę stresu. Stanowi to interesujący kontekst znakomicie dopasowany do możliwości prowadzenia w jego obszarze

---

[1] A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować.* Fundacja IPN, Warszawa 1995.

[2] S.E. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2006.

analizy i interpretacji poczucia zagrożenia odniesionego do analizy zasobów w kategoriach ich utraty bądź poszerzenia.

Warto również zasygnalizować kolejną koncepcję, w opozycji do której została zbudowana teoria Hobfolla. Jest to transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman skoncentrowana na fenomenologiczno-poznawczym podejściu i opisująca stres w kategoriach relacji zachodzących pomiędzy bodźcami działającymi na podmiot i jego możliwościami poradzenia sobie z nimi[3].

Podjęcie problematyki stresu, zdrowia i choroby stanowi próbę wykorzystania w tej książce współcześnie budowanych paradygmatów i zastosowania ich do analizy poczucia zagrożenia bezpieczeństwa. Zarysowane we wstępie książki próby uporządkowania problematyki poczucia zagrożenia bezpieczeństwa i jego przeciwieństwa nazywanego niekiedy szczęściem[4] w zamierzeniu autora mają prowadzić w kolejnych publikacjach do zbudowania modelu przedstawiającego funkcjonowanie jednostki działającej w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa, poddanej działaniu różnorodnych bodźców i zmiennych sytuacyjnych oraz wyposażonej w szerszy bądź węższy zbiór zasobów wykorzystywanych w celu poradzenia sobie z poczuciem zagrożenia. W konstrukcji i interpretacji tego modelu szczególne zainteresowanie budzi spójność posiadanych zasobów oraz umiejętność ich stosowania w stanie silnego napięcia emocjonalnego. W modelu uwzględniać się także będzie *Wzór zachowania A* (WZA) pojmowany jako przystosowawczy bądź pozbawiony takiego znaczenia element

---

[3] R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.

[4] J. Piwowarski, *Fenomen bezpieczeństwa. Pomiędzy zagrożeniem a kulturą bezpieczeństwa*, Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron" w Krakowie, Kraków 2014, s. 5.

zasobów jednostki. Autor żywi nadzieję, że budowany model będzie posiadał wartości aplikacyjne użyteczne w konstruowaniu projektów badawczych oraz prowadzeniu interpretacji odniesionych do problematyki zagrożenia bezpieczeństwa. Jednocześnie zdaje sobie sprawę, iż budowanie modelu jest zadaniem złożonym, wymagającym podjęcia wielotorowych wysiłków. Mają one na celu uwzględnienie wszelkich możliwych uwarunkowań i czynników wpływających na działanie jednostki w trudnych warunkach zagrożenia, która w zależności od zmiennych osobowościowych, behawioralnych i temperamentalnych może odmiennie spostrzegać i interpretować te warunki. Tak właśnie analogiczny problem widział Tatarkiewicz pisząc o szczęściu następująco: „Szczęście jest w walce – mówią sangwinicy; jest w spokoju – mówią flegmatycy”[5].

[5] W. Tatarkiewicz, O szczęściu. PWN, Warszawa 1979, s. 279.

Rozdział 1

TERMINOLOGIA I KONCEPTUALIZACJA PROBLEMATYKI

1.1. Bezpieczeństwo i zagrożenia

Podjęcie sygnalizowanej w tytule kwestii wymaga odwołania się do współczesnego rozumienia pojęcia bezpieczeństwa i jego zagrożenia.

Wskazana teoretyczna i terminologiczna konceptualizacja została podjęta i jest realizowana. Jako przykłady w tym zakresie można wskazać prace Cieślarczyka, który opisuje i definiuje problematykę bezpieczeństwa wprowadzając pojęcie kultury bezpieczeństwa. Pojęcie to jest definiowane jako: „wzór podstawowych założeń, wartości, norm, reguł, symboli i przekonań, wpływających na sposób postrzegania wyzwań, szans i (lub) zagrożeń, a także sposób odczuwania bezpieczeństwa i myślenia o nim oraz związany z tym sposób zachowania i działania/współdziałania podmiotów, w różny sposób przez te podmioty *wyuczonych* i wyartykułowanych w procesach szeroko rozumianej edukacji, w tym również w naturalnych procesach wewnętrznej integracji i zewnętrznej adaptacji oraz w innych *procesach organizacyjnych*, a także w procesie umacniania szeroko (nie tylko militarnie) rozumianej obronności, służących w miarę harmonijnemu rozwojowi tych podmiotów i osiąganiu przez nie najszerzej rozumianego bezpieczeństwa, z pożytkiem dla siebie,

ale i dla otoczenia”[6]. W obszarze tak rozumianej kultury bezpieczeństwa Cieślarczyk wyróżnia elementy w postaci trzech filarów nazywanych przez siebie filarami:

1. Filarem mentalnym;
2. Filarem społecznym i organizacyjnym;
3. Filarem materialnym.

Przywołanie tej kategoryzacji jest istotne z powodu szczególnego zainteresowania w tej pracy problematyką psychologiczną obecną w pierwszym filarze kultury bezpieczeństwa. Cieślarczyk pisząc o pierwszym filarze identyfikuje w nim „…elementy duchowe, psychologiczne oraz etyczne, takie jak wyższe wartości, zasady moralne, świadomość, tożsamość podmiotu, mądrość i normy społeczne”[7].

Kolejną ciekawą interpretacją problematyki bezpieczeństwa jest ujęcie proponowane przez Juliusza Piwowarskiego, który pisząc o *kulturze bezpieczeństwa* widzi w niej trzy wzajemnie przenikające się elementy w postaci strumienia mentalno-duchowego, strumienia racjonalnego i organizacyjno-prawnego oraz trzeciego strumienia mającego charakter czynnika materialnego. Piwowarski rozumie *kulturę bezpieczeństwa* jako szczególny fenomen pozwalający człowiekowi na realizację następujących celów:

- „Skuteczną kontrolę nad możliwymi zagrożeniami danego podmiotu, powodująca dla niego w danym miejscu i czasie stan optymalnego poziomu zagrożeń;

---

[6] M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności,* Wyd. AP, Siedlce 2010, s. 210.
[7] *Ibidem.*

- Odzyskiwanie bezpieczeństwa podmiotu, gdy jest utracone;
- Optymalizację poziomów wielosektorowego procesu rozwoju *podmiotu bezpieczeństwa*, zmierzającą do harmonii sektorów bezpieczeństwa w kontekście hierarchizacji celów podmiotu;
- Skuteczne pobudzanie w skali społecznej i indywidualnej, świadomości istnienia najwyższej potrzeby człowieka, *samodoskonalenia* oraz kreowanie trychotomicznego *rozwoju*, mentalnego, społecznego i materialnego, dzięki wspieraniu przekonań, motywacji i postaw wzmacniających indywidualne oraz kolektywne działania na rzecz potencjału autonomicznej obronności (samoobronności) indywidualnych i grupowych *podmiotów bezpieczeństwa"*.[8]

Odniesienie się do proponowanego przez wskazanych wyżej autorów pojęcia określonego jako *kultura bezpieczeństwa* wymaga się jeszcze wskazania kolejnych terminów istotnych zarówno w mocno dziś rozwijającej się problematyce *nauk o bezpieczeństwie*, jak też obecnych w konceptualizacjach teoretycznych i badaniach empirycznych, które podejmowane są między innym przez psychologów. Pierwszym z nich jest termin *zagrożenie*. Kategoria *zagrożenie w* rozumieniu proponowanym przez Ryszarda Ziębę, jest to „stan psychiki lub świadomości, wywołany postrzeganiem zjawisk, które są oceniane jako niekorzystne lub niebezpieczne."[9] Z kolei Kalina sądzi,

---

[8] J. Piwowarski, *Fenomen bezpieczeństwa…, op.cit.,* s. 41-42.

[9] R. Zięba, *Kategorie bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, [w:] D. B. Bobrow, E. Haliżak, R. Zięba (red.),

że zagrożenie „to w odniesieniu do określanego podmiotu uświadomione lub nieuświadomione przez niego niebezpieczeństwo, utrata określonego dobra lub wartości (na przykład życia, zdrowia, mienia, suwerenności, ukochanej osoby itp.), bądź czasowa lub względnie trwała utrata zdolności do szeroko rozumianego rozwoju."[10] Wydaje się, że w proponowanych interpretacjach, szczególnie w przypadku ujęcia Zięby zagrożenie lepiej byłoby nazywać *poczuciem zagrożenia*, eksponując podmiotowy, subiektywny charakter tego stanu zrelatywizowanego do jego odbierania i uświadamiania przez podmiot. W przypadku interpretacji Kaliny wydaje się to pojęcie bardziej uzasadnione w związku z definicją eksponującą także sytuacje zagrożenia nieuświadamiane sobie przez podmiot. W takim przypadku definicja jest szeroką interpretacja ujmującą również takie sytuacje, w których zagrożenie ma zewnętrzny, zobiektywizowany charakter.

Stąd też wydaje się, że w interpretacji psychologicznej poczucie zagrożenia należałoby definiować jako subiektywny stan podmiotu sprowadzający się do odczuwania negatywnych emocjonalnie doznań wynikających z działających na podmiot bodźców. W takiej interpretacji rozumie się szeroko działające na jednostkę bodźce ujmując w tej kategorii również bodźce ograniczające się wyłącznie do stanów wewnętrznych jednostki w postaci wrażeń, spostrzeżeń i wyobrażeń. Taka interpretacja jest istotna o tyle, że poczucie zagrożenia może być stanem subiektywnym nie mającym zobiektywizowanego, zewnętrznego uwarunkowania. Można wskazać sytuacje, w których ktoś

Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku, Wyd. SCHOLAR, Warszawa 1997, s. 4.

[10] R. M. Kalina, *Ogólne kategorie klasyfikacji i charakterystyki zagrożeń zewnętrznych*, [w:] B. Hołyst, *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 1991, s. 80-81.

doznaje ekstremalnie silnego poczucia zagrożenia w sytuacji, w której inni nie odczuwają takiego stanu. Wskazane trudności interpretacyjne i definicyjne związane z pojęciem zagrożenia i poczucia zagrożenia sugerują potrzebę uwzględniania wielu punktów widzenia w porządkowaniu tej problematyki. Wydaje się jasne, że podejmowanie wątku zagrożenia w kategoriach stosunków międzynarodowych jest czymś innym w przypadku analizy poczucia zagrożenia doznawanego przez konkretną jednostkę znajdującą się w ekstremalnej dla siebie sytuacji. Ponadto analiza pojęcia zagrożenia powinna być zrelatywizowana do pojęcia bezpieczeństwa. Na takie ujęcie tej problematyki zwraca uwagę Piwowarski wskazując na współzależność tych pojęć[11]. W interpretacji psychologicznej obydwa pojęcia są ze sobą nierozerwalnie powiązane wzajemnie się warunkując. Jest to szczególnie prawdziwe, gdy używa się pojęcia poczucie zagrożenia. Odczuwając stan zagrożenia jednostka ludzka traci poczucie bezpieczeństwa. Czując się bezpiecznie – nie odczuwa stanu zagrożenia. W takich interpretacjach warto również pamiętać o specyficznych przypadkach doznań nietypowych dla przeciętnej jednostki. Chodzi mianowicie o takie sytuacje, w których jednostka odczuwa niedosyt w sytuacjach, które charakteryzują się wysokim poziomem poczucia bezpieczeństwa. Poziom ten jest dla nich tak wysoki, że przestaje być stanem komfortowym. W związku z tym w takich sytuacjach osoby te odczuwają potrzebę znalezienia się w kontekstach dostarczających pewnego poziomu poczucia zagrożenia. Realizując takie działania doprowadzają do tego, że w sytuacji, w której doznają poczucia zagrożenia czują się komfortowo. Opisywana w tym miejscu kategoria osób określana jest nazwą osób o podwyższonym

[11] Por. J. Piwowarski, *Fenomen….op.cit.,* s. 9.

zapotrzebowaniu na stymulację. Poziom zapotrzebowania na stymulację stanowi zmienną temperamentalną z reguły stanowiąca stałą charakterystykę danej osoby. Sposób funkcjonowania takich osób wiąże się z ich niezwykle ciekawą psychologiczną charakterystyką nazywaną Wzorem zachowania A (WZA) i stanowiącą stały behawioralny schemat funkcjonowania.[12]

Można proponować interpretację funkcjonalną w odniesieniu do wskazanego WZA, którą można rozumieć jako podporządkowaną jednej z istotnych potrzeb egzystencjalnych jaką jest potrzeba bezpieczeństwa[13]. Posiadanie WZA przez jednostkę wyposaża ją w preferencje dotyczące prezentowanych przez nią powtarzalnych, typowych dla niej zachowań. Zachowania te charakteryzuje się zwykle jako intensywnie odczuwana presja do osiągania samodzielnie wybranych, ale zwykle słabo określonych celów oraz motywowane utrwaloną tendencją do intensywnej rywalizacji. Ponadto specyfika tych zachowań dotyczy stałego dążenia do sukcesów i potwierdzania swojej wartości i jest związana z typowym uwikłaniem w liczne działania posiadające precyzyjnie określone terminy wykonania. Taki styl funkcjonowania, nazywany niekiedy stylem życia[14], charakteryzuje się także nawykową skłonnością do przyśpieszania tempa wielu działań oraz niezwykłą fizyczną i umysłową czujnością. Prezentowany opis funkcjonowania

---

[12] W. Czajkowski, *Type A Behavioral Pattern and Coronary Heart Disease: Theoretical and Methodological Dillemmas.* [w:] Kliś, M., Kossewska, J., Czajkowski, W., *Studies on Communication and Stress*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006.

[13] T. Kocowski, *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa,* Ossolineum, Warszawa-Wrocław 1982, s. 177.

[14] K. Wrześniewski, *Styl życia a zdrowie: wzór zachowania A.* Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.

takiej osoby wydaje się zdecydowanie wiązać z niepokojem, niepewnością, obawą utrata kontroli. Wskazane wyżej zachowania tworzące WZA mają służyć identyfikowaniu i eliminowaniu niepokoju, niepewności, obawy. Można więc stwierdzić, że posiadanie WZA charakteryzuje osoby o niskim stopniu poczucia bezpieczeństwa, który z kolei można interpretować jako uogólniony i rozciągnięty w czasie stan poczucia zagrożenia. Wskazana uważność, czujność, dążenie do sukcesów i potwierdzania swojej wartości spełniają nawykowo funkcję psychologiczną w postaci kontrolowania rzeczywistości. Nasuwa się w tym miejscu skojarzenie ze strażnikiem bądź wartownikiem, który będąc uważnym i czujnym identyfikuje i eliminuje potencjalne zagrożenia tworząc stan bezpieczeństwa dla siebie i innych.

W opisie osoby posiadającej WZA można zaobserwować wskazane wyżej powiązanie i relatywizację pomiędzy poczuciem zagrożenia i poczuciem bezpieczeństwa. W rozumieniu Kocowskiego[15] proces przeciwdziałania zagrożeniom tworzy stan bezpieczeństwa rozumiany jako niskie łączne prawdopodobieństwo występowania wszelkich zagrożeń. Autor ten zwraca także uwagę na to, że tworzenie stanu bezpieczeństwa prawie nigdy nie oznacza zerowego prawdopodobieństwo występowania zagrożeń. Stwierdzenie to jest spójne z obserwacją dotycząca osób z podwyższonym zapotrzebowaniem na stymulację. Pewien poziom zagrożenia niesie ze sobą element pozytywny związany z określonym poziomem pobudzenia emocjonalnego, który nie prowadzi jeszcze do dezorganizacji zachowania, jak ma to miejsce w sytuacji człowieka zamarłego w bezruchu wobec nagłego i nieoczekiwanego pojawienia się zagrożenia. Należy też zwrócić uwagę na badania, w których

[15] T. Kocowski, *Potrzeby….*, *op.cit.,* s.177.

próbuje się znaleźć związki pomiędzy WZA a osobowością autorytarną[16].

W takim kontekście warto zwrócić uwagę na swoistą dwutorowość interpretacji jednostki wyposażonej we WZA. Można mówić o przystosowawczej i nie przystosowawczej roli WZA. Istotnym kryterium oceny jest w tym zakresie zachowanie sprawności działania i możliwości realizowania celów jednostki. Jeżeli ten warunek jest spełniony to świadczy to o przystosowawczej roli WZA w działaniu takiej osoby.

Jeżeli poziom napięcia emocjonalnego jest zbyt wysoki i prowadzi do dezorganizacji zachowania, a w dłuższej perspektywie do kosztów psychosomatycznych w postaci rozwijania się choroby niedokrwiennej serca (CHNS) to sygnalizuje nieprzystosowawcze znaczenie WZA[17].

---

[16] D.G. Byrne, M.I. Reinhart, P.C. Heaven, *Type A behaviour and the authoritarian personality.* "British Journal of Medical Psychology", 1989, Jun; 62 (Pt II): 163-172.

[17] D.G. Byrne, *The frustration of success. Type A behaviour, occupational stress and cardiovascular disease,* [w:] D. Kenny, J. Carlson, F.J. McGuigan, J.I. Sheppard (Eds.), *Stress and health: research and clinical applications,* pp. 411-436, Harwood Academic Publishers, Sydney 2000.

1.2. Potrzeby i ich zaspakajanie

Kolejna kwestia terminologiczna dotyczy pojęcia potrzeb i ich znaczenia dla funkcjonowania jednostki. Psychologiczna analizę potrzeby bezpieczeństwa jednostki powinna być odnoszona do charakteru jej relacji społecznych. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa wydaje się mieć dosyć zasadnicze znaczenie dla efektywności wchodzenia w relacje społeczne. Z kolei frustracja tej potrzeby powoduje istotne negatywne konsekwencje dla jej funkcjonowania i działania. Wskazana potrzeba w koncepcji Maslowa ma status potrzeby podstawowej równocześnie jest traktowana jako jeden z istotnych warunków zaspokajania metapotrzeb rozumianych jako potrzeby regulowane w oparciu o swoisty mechanizm motywacyjny. O ile w przypadku potrzeb podstawowych takich jak na potrzeba bezpieczeństwa są to potrzeby typu D wynikające z braku (*deficiency needs),* to metapotrzeby (potrzeby typu B –*being needs)* są regulowane poprzez mechanizm motywujący jednostkę do dokonywania się wzrostu i rozwoju. Kolejna różnica pomiędzy potrzebami podstawowymi i metapotrzebami sprowadza się do tego, że metapotrzeby są równie silne, nie tworząc hierarchii. Potrzeby te mają charakter instynktoidalny i przyrodzony, ich niezaspokajanie prowadzi w konsekwencji do stanów metapatologicznych w postaci alienacji, udręki duchowej, apatii i cynizmu[18]. Dobrą ilustracją potrzeby z grupy metapotrzeb jest potrzeba samorealizacji stanowiąca o dokonywaniu się realizacji swojego indywidualnego potencjału przez jednostkę. Rozwinięciem tej ilustracji może być zestawienie ze sobą dwu rodzajów miłości, miłości typu D (*deficiency love*) i miłości

[18] C.S. Hall, G. Lindzey (1990). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN, s. 254-255.

typu B (*love for being).* Pierwsza jest postacią miłości egoistyczną, skoncentrowaną na sobie i na wykorzystywaniu partnera. W drugim przypadku miłość jest skierowana w kierunku bytu innej osoby i ułatwia jej dokonywanie rozwoju i samorealizacji. Jest to możliwe poprzez istotne uwzględnianie w relacji problematyki egzystencjalno-fenomenologicznej kochanej osoby związanej z konstruktywnym sposobem wchodzenia w relacje społeczne[19].

Aktywność własna jednostki ludzkiej odniesiona do problematyki rozwoju *podmiotu bezpieczeństwa* skoncentrowanego na potrzebie *samodoskonalenia* i *rozwoju* własnego zgodnego z regułą motywacji właściwej dla wyższego piętra potrzeb w interpretacji Maslowa dotyczy ogólnie rozumianej potrzeby dokonywania się rozwoju podmiotu. Nie jest to tylko zaspokajanie potrzeb sprowadzające się do uzupełniania braku elementu koniecznego dla sprawnego funkcjonowania ale realizowanie potrzeby dokonywania się wzrostu, osiągania wyższego poziomu funkcjonowania w obszarze motywacji działań podmiotu. Jest to kluczowy dla rozumienia koncepcji Maslowa sposób interpretacji mechanizmu zaspokajania potrzeb wyższego rzędu.

W omawianej problematyce zwraca się także uwagę na znaczenie mechanizmów samoświadomości dotyczących wglądu w swoje funkcjonowanie oraz samoocenę i poczucie własnej wartości dla efektywnych i konstruktywnych relacji społecznych wolnych od działań o charakterze manipulowania zachowaniem innych ludzi. Interpretacje takie prowadzą do problemu sensu życia i konsekwencji pojawiania się trudności

---

[19] Por. J. Kulczycki (2004). *Wyzwania psychologii humanistycznej*. „Konspekt", pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie, 2004 (18).

w jego identyfikowaniu[20]. Zakłada się również, że wskazana problematyka posiada interesujące rozwinięcia odniesione do kwestii aksjologicznego wymiaru działania podmiotu w relacjach społecznych[21]. Dotyczą one zasadniczych warunków, jakie powinny być spełnione, aby relacja społeczna miała charakter konstruktywny konstytuujący zachodzenie swoistej relacji między dwoma osobami nazywanej przez Bubera *międzyludzkim.*[22]

Podkreśla się także szczególną użyteczność psychologicznej analizy problematyki bezpieczeństwa we współczesnym warunkach cywilizacyjnych nasyconych wieloma zagrożeniami jakim podmiot bezpieczeństwa podlega.

Kontekst wpływu społecznego jest uwikłany w problematykę realizowania potrzeby bezpieczeństwa. W tradycyjnych interpretacjach psychologicznych eksponowane są interpretacje tej potrzeby w kategoriach subiektywnych. Jednakże warto zwrócić uwagę na propozycję

---

[20] A. Czajkowska, W. Czajkowski, (1996). *Osobowościowe a aksjologiczne determinanty zachowań studentów. Lęk i depresja jako miary adaptacji - w kierunku interpretacji fenomenologiczno - egzystencjalnej.* [w:] B. Grochmal-Bach (red.). *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów*. Prace Monograficzne nr 207, Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie, s. 36-45 oraz B. Grochmal-Bach, W. Czajkowski, *Dojrzała osobowość jako wynik prawidłowej adaptacji*,[w:] B.Grochmal-Bach (red.). *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów,* Prace Monograficzne nr 207. Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1996, s. 86-95.

[21] W. Czajkowski, *Analiza warunków wstępnych nawiązania kontaktu.* Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie, zeszyt 141, Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie, Kraków 1992, s. 25-42.

[22] Buber, M., *Społeczne i międzyludzkie,* [w:] *Psychologia humanistyczna. Wybór tekstów*, z. 1, oprac. K. Starczewska, Warszawa 1980.

Kocowskiego stanowiącą systemową interpretację łączącą subiektywną i obiektywną perspektywę w interpretacji problematyki potrzeb i motywacji. Według tego autora potrzeba bezpieczeństwa wynika z konieczności przeciwdziałania istniejącym lub możliwym, stałym lub losowym zagrożeniom egzystencji. Kocowski zwraca również uwagą na fakt, iż niezaspokojenie jakiejkolwiek potrzeby stanowi również zagrożenie. Sugeruje jednak, aby ten zbiór zagrożeń wynikających z deprywacji innych potrzeb wyłączyć poza zakres potrzeby bezpieczeństwa. Interpretacja taka ma znaczenie porządkujące, jednakże wydaje się, że istotne niezaspokojenie jakiejkolwiek potrzeby stanowi zachwianie szeroko rozumianej potrzeby bezpieczeństwa szczególnie w jej interpretacji subiektywnej związanej z poczuciem bezpieczeństwa. Te interpretację proponuję potraktować jako definicyjne odniesienie się do problematyki bezpieczeństwa włączając w jej zakres kwestie prawdopodobieństwa występowania zagrożeń. Proces przeciwdziałania zagrożeniom tworzy stan bezpieczeństwa rozumiany jako niskie łączne prawdopodobieństwo występowania wszelkich zagrożeń[23]. W praktyce relacji międzyludzkich stwierdza się zwykle podobieństwo ludzkich potrzeb i równocześnie zauważa różnice w subiektywnym wartościowaniu ich rangi dla podmiotu[24]. Interpretacja taka jest spójna z rozumieniem relacji zachodzących pomiędzy stanem bezpieczeństwa a stanem zagrożenia prezentowanych w naukach o bezpieczeństwie.

---

[23] T. Kocowski, *Potrzeby człowieka…..op.cit.,* s. 177.
[24] *Ibidem,* s. 249.

1.3. Wartości jako regulatory działania

Problematyka aksjologiczna dotycząca wartości regulujących funkcjonowanie człowieka stanowi kolejny problem istotnie powiązany z działaniem jednostki w warunkach zagrożenia. Działanie jednostki w sytuacjach trudnych, obciążających emocjonalnie i niosących w sobie elementy zagrożenia istotnych wartości stanowi istotny z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia problem. Przygotowanie ludzi do sprawnego funkcjonowania w kontekstach z definicji zawierających wskazane charakterystyki ma znaczenie podstawowe dla ich sprawnego działania. Jednym z ważkich regulatorów działania okazują się być wartości i przekonania normatywne modyfikujące decyzje, wybory i sposoby reagowania. Mechanizmy tworzenia systemu wartości i przekonań normatywnych stają się elementem ważkim w procesie kształcenia młodych ludzi. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do grup zawodowych funkcjonujących w szeroko rozumianej problematyce bezpieczeństwa[25]. Podejmowanie kwestii psychologicznych i aksjologicznych regulatorów działania jednostki działającej w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa prowadzi do kwestii analizy i interpretowania moralnych granic zachowania podmiotu[26]. Sygnalizowana wyżej problematyka wartości stanowi istotny element analizy w przypadku interpretacji

[25] J. Piwowarski, *Samodoskonalenie i bezpieczeństwo w samurajskim kodeksie Bushidō*, Collegium Columbinum, Kraków 2011.

[26] Por. W. Czajkowski, *Anxiety, Depression, and Sense of Purpose in Life – an Empirical Interpretation.* [w:] Kliś, M., Kossewska, J. Czajkowski, W. *Studies on Communication and Stress.*Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006.

funkcjonowania członka formacji mundurowych i innych grup dyspozycyjnych[27].

Interpretacja psychologiczna jest szczególnie istotna w zasygnalizowanej problematyce wartości, gdzie można dopatrywać się przejawów tak w wersji podanej *explicite*, jak i w wersji danej *implicite*. W interpretacjach metodologicznych zwraca się uwagę na potrzebę rozróżniania wartości i przekonań normatywnych w aspekcie ich uświadamiania sobie przez podmiot. Zwykle podkreśla się wgląd podmiotu w wyznawane przez siebie *wartości* stanowiące wewnętrzne regulatory zachowania jednostki prowadzące do konstruowania oraz do modyfikowania jego zachowań w określonych warunkach. Należy jednakże zwracać uwagę na dokonanie rozróżnienia w występowaniu u podmiotu wartości jawnych (często pokrywających się z postawami deklarowanymi przez podmiot działania) oraz wartości ukrytych (pokrywające się z przejawiającymi się w sposób zautomatyzowany, autentycznymi postawami opartymi na utajonym podłożu przekonań). W tym drugim przypadku wartości będą prezentowane implicite w sposób nie zawsze dostępny na poziomie samokontroli pomiotu działania i wglądu w funkcjonowanie tego podmiotu. Taki sposób metodologicznej interpretacji wykorzystywany jest właśnie dla przypadku przekonań normatywnych, które należy traktować jako nabyte oraz wysoce zautomatyzowane regulatory działania ludzkiej jednostki[28].

---

[27] J. Maciejewski, *Grupy dyspozycyjne. Analiza socjologiczna.*: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2012.

[28] Por. K. Skarżyńska, *Człowiek i polityka. Zarys psychologii politycznej.* Wykłady z psychologii, t. 13, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2005, s. 41-43.

Odwołując się do poglądów Sandela, uznawanego ostatnio za rzecznika świata wartości uniwersalnych[29], należałoby traktować wartości i przekonania normatywne jako istotne kryteria porządku społecznego. Zdaniem Sandela nie może być tak, że bogaci mogą wszystko kupić za pieniądze. Taki stan rzeczy zaburzałby porządek społeczny i może niszczyć demokrację. Budowanie systemu wartości i przekonań normatywnych stanowi więc proces kluczowy dla budowania tożsamości indywidualnej podmiotu bezpieczeństwa, który jest świadomy istnienia uniwersalnych społecznie i kulturowo kryteriów oceny działań człowieka.

Badanie wartości, postaw i przekonań normatywnych wymaga przyjęcie wstępnych ustaleń dotyczących sposobu rozumienia tych terminów i rozróżniania bardziej szczegółowych kategorii w tym obszarze problematyki badawczej. W interpretacjach metodologicznych zwraca się uwagę na potrzebę rozróżniania wartości i przekonań normatywnych w aspekcie ich uświadamiania sobie przez podmiot. Zwykle podkreśla się wgląd podmiotu w wyznawane przez siebie wartości stanowiące wewnętrzne regulatory zachowania jednostki prowadzące do konstruowania i modyfikowania jego zachowań w określonych warunkach. Należy jednakże zwracać uwagę na dokonanie wyraźnego rozróżnienia jeśli chodzi o występowanie u podmiotu bezpieczeństwa *wartości jawnych*, bardzo często pokrywających się z *postawami deklarowanymi* przez działający podmiot oraz *wartości ukrytych*, pokrywających się z przejawiającymi się u podmiotu w sposób zautomatyzowany, autentycznymi postawami opartymi na utajonym podłożu jego przekonań.

---

[29] Zob. M. Sandel, *Czego nie można kupić za pieniądze. Moralne granice rynku.* Kurhaus Publishing, Warszawa 2012.

W drugim przypadku wartości będą prezentowane *implicite* w sposób niekoniecznie dostępny na poziomie samokontroli i wglądu w działanie podmiotu. Badanie wartości, postaw i przekonań normatywnych wymaga przyjęcie wstępnych ustaleń dotyczących sposobu rozumienia tych terminów i rozróżniania bardziej szczegółowych kategorii w tym obszarze problematyki badawczej. W interpretacjach metodologicznych zwraca się uwagę na potrzebę rozróżniania wartości i przekonań normatywnych w aspekcie ich uświadamiania sobie przez podmiot. Zwykle podkreśla się wgląd podmiotu w wyznawane przez siebie wartości stanowiące wewnętrzne regulatory zachowania jednostki prowadzące do konstruowania i modyfikowania jego zachowań w określonych warunkach. Należy jednakże zawsze zwracać uwagę na rozróżnienie *wartości jawnych* oraz wartości ukrytych. W drugim z omawianych przypadków, wartości będą prezentowane *implicite* w sposób, który niekoniecznie okaże się dostępny na poziomie samokontroli oraz wglądu w działanie podmiotu.

Odwoływanie się w badaniach do metod samoobserwacyjnych w postaci skal wartości prowadzi zwykle do prezentowania przez osoby badane deklaracji dotyczących akceptowania określonych wartości. Nie stanowi to jednak wystarczającego materiału pozwalającego na wnioskowanie o wyrażaniu tych wartości na poziomie ukrytym (wartości wyrażane *implicite).* Dotarcie do wyników związanych z wyrażaniem wartości na poziomie jawnym (wartości dane *explicite*) wydaje się mniej rzetelnym źródłem informacji na temat istotnych, realnych regulatorów zachowania jednostki. Jest to problem złożony także z powodu występowania naturalnych różnic w zakresie łatwości dokonywania wglądu w funkcjonowanie podmiotu uwarunkowane zmiennymi

osobowościowymi. Wartości wyrażane *explicite* stanowią więc mniej wiarygodny materiał uzyskiwany od osób badanych. Jest to związane przede wszystkim z konstrukcją metod samoobserwacyjnych, w których osoby badane deklarując podzielanie określonych wartości wyrażają raczej opinie i poglądy akceptowane i oczekiwane w określonych warunkach społecznych i kulturowych niż takie, z którymi w pełni by się identyfikowały. Dostęp do wartości i przekonań normatywnych w pełni podzielanych, czyli głęboko zinternalizowanych i wyrażanych *implicite* jest o wiele bardziej prawdopodobny poprzez stosowanie procedur badawczych dających dostęp do wartości utajonych.

W interpretacji problematyki wartości warto również pamiętać o rozróżnieniu dokonanym przez Rokeacha na wartości ostateczne i instrumentalne. Zarówno w sytuacji empirycznego badania wartości, jak też działań służących kształtowaniu, rozwijaniu i pogłębianiu świadomości podmiotu w tym zakresie kategoryzacja ta posiada zasadnicze znaczenie i nie powinna być marginalizowana.

Podejmowanie badań o charakterze eksperymentalnym może dawać zdecydowanie większe szanse na uzyskanie wyników opisujących wartości ukryte (dane na poziomie *implicite)*. Wymaga to jednak przygotowania właściwie zaprogramowanej procedury eksperymentalnej pozwalającej na uchwycenie istotnych zależności pomiędzy wartościami podmiotu a jego zachowaniami wobec określonych obiektów rzeczywistości, w której podmiot działa (obiekty fizyczne, społeczne i abstrakcyjne). Być może pozwoli to także na odniesienie się do problemu uniwersalnej hierarchii wartości, w której istnienie wielu badaczy wątpi, albo chociażby

wypowiada się o jej istnieniu w sposób jedynie hipotetyczny[30]. Stwarzać to może także inne możliwości w postaci wiązania problematyki wartości z problematyką osobowości. Próby identyfikowania uniwersalnej hierarchii wartości można interpretować w zestawieniu ze stosowaniem teorii osobowości Costy i McCrae, w której identyfikuje się pięć czynników pojmowanych w sposób uniwersalny[31].

W standardowych badaniach dotyczących hierarchii wartości używa się kwestionariuszy i skal odwołujących się do danych samoobserwacyjnych, które mają określony poziom trafności i rzetelności techniki badawczej pozwalający na traktowanie jej jako metody badania psychometrycznego. Można wskazać w tej grupie metody takie jak Skala Wartości Rokeacha (*RVS*) służąca do badania wartości ostatecznych i instrumentalnych (po 18 wartości w każdej podgrupie). Kolejna skala to Skala Wartości Schelerowskich (*SWS*) służąca do badania wartości za pomocą dwu skal: 50-itemowej(wersja D) i 37-itemowej, w której wyróżniono podskale wartości hedonistycznych, wartości witalnych, wartości estetycznych, wartości prawdy, wartości moralnych, wartości świętości świeckich, wartości świętości religijnych.

W badaniach i interpretacjach można także wykorzystywać koncepcję rozwoju własnego i samodoskonalenia rozwijaną przez Piwowarskiego[32], który

---

[30] Zob. P. Brzozowski, *Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja?* „Przegląd Psychologiczny", 2005, (3), T. 48, s. 261-276.

[31] Por. B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak, M. Śliwińska (2008). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; J. Strelau (2000)(red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna, T. II. Warszawa: PWN.

[32] J. Piwowarski, *Samodoskonalenie i bezpieczeństwo w samurajskim kodeksie Busidō.* Collegium Columbinum, Kraków 2011, s. 294-303; *idem,*

opisując problematykę samodoskonalenia przywołuje zasadnicze wartości i cnoty Busidō w postaci:

- prawości – *gi* i mądrości – *chi*,
- życzliwości – *jin*,
- szacunku, uprzejmość – *rei* i honoru – *meiyo*,
- odwagi – *yusha*,
- lojalności – *chūgi*, *chujitsu*,
- szczerości, uczciwości – *makoto*, *shin*,
- pietyzmu rodzinnego (nabożności synowskiej) – *ko*,
- samokontroli – *kokki*.

Właściwie wszystkie wskazane cnoty są powiązane i uwarunkowane ostatnią z nich w postaci samokontroli. Prawość, życzliwość, szacunek, uprzejmość, honor, odwaga, lojalność, szczerość i uczciwość oraz pietyzm rodzinny są powiązane z relacjami społecznymi. Rozwijanie i spełnianie tych cnót w sposób zasadniczy wymaga kontrolowania własnego zachowania i zdawania sobie sprawy z tego jaki jest charakter danej relacji z inną osobą. Równie istotne jest to w przypadku cnoty mądrości niewątpliwie uwikłanej w problematykę samokontroli. W ich przypadku warunek samokontroli i aktywności własnej jest istotnie spełniony. Wydaje się także, że realizowanie opisywanych cnót Busidō jest istotnie uwarunkowane poziomem dojrzałości i stopniem rozwoju indywidualnego podmiotu.

Odnoszenie się do wskazanych cnót wydaje się zasadne szczególnie wtedy, gdy próbuje się opisywać i wyjaśniać

Etyka funkcjonariusza Policji. Źródła, motywacja, realizacja. Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron" w Krakowie, Kraków 2012, s. 177.

psychologiczne i aksjologiczne uwarunkowania działania podmiotu. Kierowanie się w działaniu podmiotu wartościami prawości, życzliwości, szacunku, uprzejmości, honoru, odwagi, lojalności, szczerości i uczciwości wymaga posiadania zintegrowanych mechanizmów regulacyjnych pozwalających na ich traktowanie jako istotnych kryteriów działania. Nabycie takich mechanizmów regulacyjnych jest wynikiem uczestniczenia przez podmiot w dwojakiego rodzaju procesach. Po pierwsze, jest to podleganie różnorodnym wpływom zachodzącym w ramach procesu socjalizacji. Po wtóre, jest to proces dojrzałego budowania struktury własnego *ja* oraz poczucia własnej wartości wynikających z monitorowania efektów (poziomu skuteczności) własnego działania podmiotu. Poprzez zachodzenie obydwu procesów dochodzi do internalizacji i automatyzacji systemu wartości uniwersalnych i zbioru przekonań normatywnych stanowiących o etycznych rysach ramach zachowania podmiotu. Stąd też w zrealizowanych i przygotowywanych projektach badawczych kładzie się nacisk na znaczenie zmiennych osobowościowych w wyznaczaniu wzorów zachowania jednostki odniesionych do struktury *ja*, poczucia własnej wartości i doświadczania sfery wartości w jej funkcjonowaniu w relacjach z ludźmi. Równocześnie podkreśla się także znaczenie rozstrzygnięć metodologicznych związanych z potrzeba uzupełniania metod samoobserwacyjnych metodami pozwalającymi na uzyskanie dostępu do warstwy poziomu wartości utajonych. Rozstrzygnięcia takie są również powiązane z teoretyczną konceptualizacją podejmowanej problematyki. Metody samoobserwacyjne będą bardziej właściwe w podejściu zorientowanym scjentystycznie.

1.4. Osobowość i preferowane zachowania w wyjaśnianiu działań jednostki

Znaczenie zmiennych osobowościowych w opisie i wyjaśnianiu zachowania człowieka nie budzi dzisiaj wątpliwości. Uważa się, że cechy osobowości stanowią stabilne charakterystyki wpływające na aktualne zachowania podmiotu. W podejmowanej w książce problematyce nawiązuję do podejścia poznawczego w interpretacji osobowości. Niezależnie od tego wskazuję kilka klasycznych psychologicznych koncepcji osobowości odwołujących się do swoistych pojęć i mechanizmów działania struktury osobowości. Oto one:

Koncepcja psychologiczna	**Kluczowe pojęcia**
Teoria psychoanalityczna Z. Freuda	nieświadomość; popędy, *ego, superego*
Teoria analityczna C.G. Junga	introwersja , ekstrawersja; indywiduacja, nieświadomość zbiorowa, osobowość dorosłego
Teoria dążenia do wyższości A. Adlera	Styl życia, twórcza jaźń
Teoria psychospołeczna E. Fromma	sześć typów charakteru społecznego: receptywny, eksploatatorski, gromadzący,

	handlowy, produktywny, nekrofiliczny-biofiliczny
Teoria psychospołeczna K. Horney potrzeby neurotyczne[33]	lęk podstawowy,
Teoria Wielkiej Piątki P.T.Costa, R. McCrae	neurotyczność, ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność.

Większość ze wskazanych koncepcji osobowości to koncepcje wyrastające z orientacji psychoanalitycznej, ostatnia z nich w postaci koncepcji Wielkiej Piątki jest teorią czynnikową opisującą główne czynniki osobowości zidentyfikowane na podstawie badań empirycznych. W swojej teorii osobowości Costa i McCrae wyróżnili pięć czynników osobowościowych o uniwersalnym i ponad kulturowym charakterze w postaci neurotyczności, otwartości, ekstrawersji, ugodowości i sumienności diagnozowanych w badaniach za pomocą skonstruowanej przez nich metody NEO-FFI[34]. Każdy z czynników składa się z pięciu dwubiegunowych wymiarów dobrze opisujących istotę czynnika. Posługiwanie się identyfikowanymi w badaniach empirycznych czynnikami

[33] C.S. Hall, G. Lindzey, *Teorie……op.cit.,*s. 254-255.

[34] B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak, M. Śliwińska, *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008.

pozwala na uzyskanie informacji umożliwiających opis, wyjaśnianie i w pewnym zakresie przewidywanie zachowań osoby badanej. Opisywany test osobowościowy ma charakter metody psychometrycznej o zadawalających współczynnikach spójności wewnętrznej, rzetelność i trafności. Stąd też można sądzić, że stosowanie tego testu może być użyteczne w przewidywaniu radzenia sobie osoby badanej z sytuacjami zagrożenia.

Osobowość wielu koncepcjach psychologicznych jest pojmowana w sposób systemowy tworząc system pełniący funkcje regulacyjne i integracyjne wobec zachowań jednostki. W przeciwieństwie do pojęcia struktury osobowości wzory zachowań interpretuje się jako powtarzalne i przewidywalne sekwencje sposobów zachowania, a jako takie stanowią zwykle pożądane i oczekiwane charakterystyki działania. Pojęcie wzoru zakłada pewien, zwykle pozytywny, sposób jego wartościowania. O wzorach mówi się najczęściej w kategoriach modelowych, jako o pewnych sposobach funkcjonowania istotnie zasługujących na ich naśladowanie i propagowanie. W takim kontekście sformułowanie dotyczące ich przystosowawczości dotyczyć powinno zachowań wartościowanych pozytywnie i traktowanych jako właściwe sposoby wchodzenia w relacje z otoczeniem.

Używając sformułowania *preferowane zachowania* ma się na myśli wzory zachowań, które mają charakter przewidywalny i powtarzalny nie są jednak powiązane z cechami struktury osobowości. Warto także zauważyć, że pojęcie wzoru zachowania jest inaczej rozumiane niż używane w socjologii pojęcie wzoru osobowego. Wskazana interpretacja wzoru zachowania nasuwa pewne wątpliwości dotyczące możliwości jej zaakceptowania. Wzór zachowania może być interpretowany w pewnym oderwaniu od

wartościowania zawartych w nim składowych oraz wzoru jako systemu. W takim ujęciu pojęcie wzoru jest rozumiane jak zestaw, zbiór bądź system zachowań mających charakter powtarzalny w działaniu jednostek i wymagający stosowania dodatkowych kryteriów pozwalających na jego wartościowanie. W wyjaśnianiu sensu pojęcia *wzór zachowania* można odwołać się do propozycji Ehrlicha[35] wprowadzającego pojęcie *wiążącego wzoru zachowania*. Wskazanie na zobowiązanie jest już odwołaniem się do kategorii powinności w pewien sposób uwarunkowanej. Podmiot może być zobligowany do określonych zachowań złożoną obietnicą oraz funkcjonującym zespołem norm moralnych powodujących prezentowanie wobec niego określonych oczekiwań przez otoczenie społeczne, w którym działa. Posługując się pojęciem używanym przez Ehrlicha można oczekiwać trudności interpretacyjnych dotykających różnorodności norm moralnych i wynikających z nich oczekiwań społecznych wobec zachowań podmiotu. Z takiej interpretacji wynika także konsekwencja dotycząca możliwości odmiennej interpretacji systemów zachowań przez jednostki wchodzące ze sobą w relacje społeczne. Wielość systemów norm, z natury rzeczy służących regulacji zachowań jednostek i utrzymywaniu pożądanego ładu społecznego, prowadzi do nieuniknionego porównywania zbiorów norm obowiązujących w określonym kontekście społecznym z normami jednostki.

Stąd też kategoria wiążących norm zachowania dotyczy zwykle społecznych uwarunkowań zachowania jednostki, od której inni oczekują dotrzymywania określonego wzoru

---

[35] S. Ehrlich, *Wiążące wzory zachowania. Rzecz o wielości systemów norm.* PWN, Warszawa 1995.

zachowania niezależnie od tego, na ile wzór ten został przez nią przyswojony i zaakceptowany. W takiej interpretacji wzory zachowań zwykle będą przekazywane w obszarze kultury i pomiędzy pokoleniami jako instrument dobrego przystosowania społecznego i kulturowego.

Spełnianie standardów zachowań, postaw i wartości ma znaczenie nadawane w relacjach społecznych i kulturowych. Ich podzielanie w grupach społecznych i kulturowych jest swoistym sprawdzianem tożsamości społecznej, kulturowej i indywidualnej. Warto zwrócić uwagę na zachodzenie różnic w zakresie dotyczącym tolerancji społecznej wobec niedotrzymywania wskazanych standardów. W warunkach kultury kolektywistycznej standardy będą bardziej intensywnie kontrolowane i spełniane, w warunkach kultury indywidualistycznej poziom tolerancji jest generalnie większy[36].

Obserwacja spełniania standardów dotyczących zachowań, postaw i wartości prowadzi zwykle do kwestii inności własnej i cudzej[37]. Boski zwraca uwagę na tę kwestię w obszarze problematyki badań psychologii międzykulturowej. W interpretacjach dotyczących obszaru kultury jest to również zasadne w kontekście globalizacji tworzącej warunki wzrostu mobilności i intensyfikacji tempa i ilości przepływu informacji. W takich warunkach ustalenie tożsamości indywidualnej, społecznej i kulturowej staje się zdecydowanie ułatwione zakładając spełnienie warunków psychologicznych niezbędnych do podjęcia takiego procesu[3].

---

[36] Por. K. Skarżyńska, *op.cit.,*

[37] P. Boski, *Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej,* Wydawnictwo Naukowe PWN, ACADEMICA Wydawnictwo SWPS.

Pojęcie inności wspominane przez Boskiego w interpretacji podmiotu, którego to dotyczy może być rozumiane jako niepożądana odmienność. Uleganie presji społecznej i kulturowej stanowić będzie mechanizm standaryzacji przejmowanych zachowań postaw i wartości dowodzący ich przystosowawczości. Próbą egzemplifikacji takiego procesu przejmowania i budowania wzorów zachowań może być prezentacja problematyki nabywania Wzoru Zachowania A (WZA). Wzór ten funkcjonuje w problematyce psychologicznej od lat 60-ych XX wieku inspirując podejmowanie wielu badań empirycznych oraz sugerując potrzebę rozstrzygania dylematów o charakterze teoretycznym i metodologicznym.

Autorzy zajmujący się badaniami nad psychologicznymi charakterystykami osób z chorobą niedokrwienną serca prezentują rozległe zainteresowania dotyczące właściwości osobowościowych np. w postaci neurotyzmu, lęku, depresyjności, agresywności, labilności emocjonalnej, podatności na stres[38]. Można także wyróżnić takie stanowisko, w którym wiele uwagi przywiązuje się do społecznych i kulturowych uwarunkowań zachorowalności. Tę szeroką klasę zmiennych niekiedy nazywa się czynnikami przyśpieszającymi. Wydaje się, że takie interpretacje stanowią podstawę do szerszego uwzględniania uwarunkowań psychospołecznych w modelowym ujmowaniu działania osób z chorobą niedokrwienną serca nawiązując do biopsychospołecznego modelu zachowania. Klasyczne czynniki ryzyka takie jak: wysoki poziom cholesterolu, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze często nie pozwalają na wyjaśnienie zależności

[38] Por. K. Wrześniewski, *Styl życia a zdrowie: wzór zachowania A*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.

pomiędzy nimi a chorobą bez uwzględniania takich czynników jak typowe mechanizmy radzenia sobie na przykład w postaci WZA[39].

Poszukując behawioralnych wskaźników opisujących działanie osoby z chorobą niedokrwienną serca autorzy koncentrują się na względnie stałym sposobie zachowania, nazywanym niekiedy stylem życia[40], który można rozumieć jako wyznaczający pewien określony wzór wchodzenia w relacje z otoczeniem fizycznym i społecznym. Dotyczy to charakterystycznego sposobu traktowania przedmiotów i osób nazywanego wzorem zachowania A[41]. Okazuje się, że potoczna wiedza o znaczeniu czynników psychologicznych w przypadkach śmierci spowodowanej zaburzeniami w układzie krążenia znajduje solidne uzasadnienie w badaniach epidemiologicznych, w badaniach nad zwierzętami i w psychofizjologicznych badaniach nad zachowaniem człowieka[42]. Badania nad współzależnością pomiędzy wzorem

---

[39] R.H. Rosenman, *Current status of risk factors and type A behavior pattern in the pathogensesis of ischemic heart disease,* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (eds.). Biobehavioral basis of coronary heart disease (pp.5-17), Karger, Basel, New York 1983; Wrześniewski, K., Włodarczyk, D., *Choroba niedokrwienna serca.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; L.D. Kubzansky, L.T. Martin, S.L. Buka, *Early manifestations of early personality and adult health: a life course perspective*. "Health Psychology", 2009 28(3), 364-372.

[40] K. Wrześniewski, S*tyl życia…op.cit.*

[41] M. Friedman, R.H. Rosenman, *Association of specific overt behavior patterns with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease.* "Journal of American Medical Association", 1959, 169: 1286-1296.

[42] T. Kamarck, J.R. Jennings, *Biobehavioral factors in sudden cardiac death."* Psychological Bulletin", 1991, *109(1);* 42-75.

zachowania A i występowaniem choroby niedokrwiennej serca trwają od lat 60-ych aczkolwiek, szczególnie w latach 80-ych i 90-ych, dostarczają okazji do wyrażania wątpliwości i wskazywania trudności interpretacyjnych. Predyspozycje do ujawniania się wzoru zachowania A charakteryzują około 40% dorosłej, męskiej populacji w wielu krajach Zachodu. Jednocześnie większość z tych osób żyje pełnią życia bez pojawiania się jakichkolwiek objawów choroby niedokrwiennej serca[43]. Pojawianie się takich konstatacji budzi wątpliwości i domaga się wyjaśnienia[44].

Niezależnie od tych wątpliwości konstrukt WZA był i jest nadal jednym z najbardziej znaczących pojęć w myśli psychosomatycznej.

WZA jest pojmowany jako behawioralny wskaźnik opisujący względnie trwałe zachowanie jednostki wyznaczające pewien sposób wchodzenia przez nią w relacje z otoczeniem fizycznym i społecznym. Te charakterystyczne, powtarzające się zachowania zostały opisane przez Friedmana i Rosenmana[45] jako:

- intensywnie odczuwana presja do osiągania samodzielnie wybranych, ale zwykle słabo określonych celów,
- głęboko utrwalona tendencja do intensywnej rywalizacji,
- stałe dążenie do sukcesów i potwierdzania swojej wartości,

---

[43] D.G. Byrne, M.I. Reinhart, *Type A behaviour in the Australian working population. "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry"* 1995, 29(2); 270-277.

[44] E. Riska, *The rise and fall of Type A man.* "*Social Science & Medicine*", 2000, 51(11), 1665-1674.

[45] M. Friedman, R.H. Rosenman, *Association….op.cit.*

- stałe zaangażowanie w liczne i różnorodne działania obwarowane zwykle terminami wykonania,
- nawykowa skłonność do przyśpieszania tempa wielu fizycznych i umysłowych działań,
- niezwykła fizyczna i umysłowa czujność.[46]

Opisowa charakterystyka WZA stanowiła punkt wyjścia do skonstruowania kwestionariusza do pomiaru WZA. Został on opracowany w 1964 roku przez Jenkinsa, Zyzanskiego i Rosenmana (*Jenkins Activity Survey - JAS)*. Kwestionariusz składa się ze skali WZA zawierającego pytania kwestionariusza najlepiej diagnozujące tę właściwość oraz podskalę WZA składającą się z trzech czynników wyróżnionych na podstawie analizy czynnikowej. Pierwszy z nich dotyczy zaangażowania, odpowiedzialności oraz tendencji rywalizacyjnych, drugi jest związany z oddaniem pracy zawodowej, trzeci odnosi się do dynamiki zachowania[47].

---

[46] R.H. Rosenman, M. Friedman, R. Straus, M. Wurm, R. Kostchek, W. Hahn, N. Werthessen, N. *A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study*. "Journal of the American Medical Association", 1964, *189*, 15-26.

[47] A. Eliasz, K. Wrześniewski, *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1988.

Rozdział 2

POTRZEBY I WARTOŚCI A POCZUCIE ZAGROŻENIA

2.1 Osobowościowe mechanizmy kontroli działania

Usytuowanie potrzeb i wartości w szerszym kontekście odniesionym do działania jednostki w sytuacji zagrożenia wydaje się wskazane. Służyć to będzie wskazaniu funkcji spełnianych poprzez procesy emocjonalno-motywacyjne, do których zaliczyć należy zarówno potrzeby, jak i wartości. Stanowią one czynnik skłaniający człowieka do wyznaczania sobie i realizowania celów. Procesy te są uwarunkowane mechanizmami wartościowania, za pomocą których dokonuje się selekcji i hierarchizowania wybieranych celów. Z kolei potrzeby sygnalizują podmiotowi braki, które powinny być uzupełnione, aby zachowanie jednostki mogło mieć charakter celowy i zorganizowany. Ta warstwa potrzeb dotyczy grupy potrzeb podstawowych regulowanych mechanizmem braku i jego uzupełniania. Druga grupa potrzeb realizowana jest w oparciu o odmienny mechanizm, dotyczący dokonywania się rozwoju i sprowadzający się do braku możliwości zamknięcia procesu motywacyjnego poprzez pełne zaspokojenie potrzeby. Taki proces zwykle ilustruje się przykładem potrzeby samourzeczywistnienia bądź samorealizacji, która ma charakter procesu nakierowanego na stały rozwój[48].

---

[48] Czajkowski, W. (2004). *Współczesna myśl psychologiczna.* [w:] W. Pilecka, G. Rudkowska, L. Wrona (red.) *Podstawy psychologii.*

Przedstawiona w krótkim wstępie problematyka zaspakajania potrzeb i realizowania wartości znajduje odniesienie do problematyki funkcjonowania struktury osobowości pełniącej funkcje organizujące i regulujące działania podmiotu i jego wchodzenia w relacje ze światem fizycznym, społecznym i kulturowym.

W podejmowanej w książce problematyce posługuję się poznawczym rozumieniem osobowości nawiązującym do koncepcji konstruktów poznawczych Kelly'ego.[49]

Zasadnicze założenia tego podejścia zawierają następujące założenia:

- Struktura osobowości zbudowana jest z konstruktów osobistych w postaci dwubiegunowych pojęć (np. wesoły – smutny), które służą charakteryzowaniu obiektów naszego poznania (osób i sytuacji) a także identyfikowaniu podobieństw i różnic pomiędzy nimi.
- Konstrukty tworzą hierarchicznie zbudowany system. Poprzez ten system budowane jest doświadczenie jednostki; system ten jest niejako nakładany na dane w postaci zdarzeń, w których jednostka uczestniczy
- Każda jednostka ma indywidualny, niepowtarzalny system konstruktów, stąd też ta sama osoba może być odbierana, „konstruowana" w inny sposób przez różne osoby, bo jej obraz jest wyznaczony konstruktami obserwatora. Od ilości konstruktów w systemie zależy, czy powstający obraz rzeczywistości będzie prosty, czy też wielowymiarowy

---

Podręcznik dla studentów kierunków nauczycielskich. Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie, 12-36.

[49] G.A. Kelly, *The psychology of personal constructs,* Norton, New York 1955.

- Podstawowe zadanie osobowości sprowadza się do przewidywania zdarzeń, jest to możliwe poprzez istnienie strukturalnych połączeń pomiędzy konstruktami; jeżeli konstrukt „dobrze zbudowany-cherlawy" jest u kogoś powiązany z konstruktem „sprawny-niesprawny", to widząc osobę dobrze zbudowaną będzie od niej oczekiwał sprawności fizycznej[50].

Problematyka poznawczego podejścia do osobowości jest ujmowana inaczej niż ma to miejsce w teorii cech, które to cechy mają w sposób stały różnicować działanie ludzi. Psychologia poznawcza charakteryzuje się nastawieniem funkcjonalnym do opisu i rozumienia działania osobowości. Zajmując się procesami działania osobowości bada również stałość w zachowaniu, a nie cechach. Poszukuje się jej w reprezentacjach poznawczych (obraz samego siebie, system przekonań), standardach postepowania (normy moralne, cechy osobiste) i programach aktywności (w strategiach radzenia sobie). Obydwie koncepcje różnią się też interpretacją ludzkiego działania. O ile w teorii cech widzi się człowieka jako chłodnego badacza i zewnętrznego obserwatora, to w przypadku teorii poznawczej przez obserwatora rekonstruowana jest perspektywa samego wykonawcy działania. Obserwator wyjaśnia zachowanie wykonawcy za pomocą używanych przez niego konstruktów, które pozwalają konstruować zdarzenia i nadawać określony, subiektywny sens swoim działaniom.[51]

---

[50] Por. M. Kofta, D. Doliński, *Poznawcze podejście do osobowości,* [w:] J.Strealau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki, T.2. Psychologia ogólna, s.* 561-565.
[51] M. Kofta, D. Doliński, *Poznawcze…op.cit.,* s. 562.

W zbiorze zagadnień podejmowanych przez psychologów o orientacji poznawczej wskazać należy na względnie trwałe różnice pomiędzy ludźmi w strategiach przetwarzania informacji, od których zależy sposób konstruowania świata i siebie. Kolejna kwestia dotyczy też różnic w strategiach kontroli własnej aktywności. Bardziej szczegółowa lista zainteresowań dotyczy złożoności poznawczej, potrzeby aktywności poznawczej, potrzebę otwartości poznawczej *versus* zamknięcia poznawczego. W obszarze wymiarów podmiotowej kontroli zwraca się uwagę na niezwykle interesująca kwestie dotyczącą umiejscowienia źródła kontroli. Optymistyczny *versus* pesymistyczny styl atrybucji oraz orientacje na działanie *versus* orientację na stan.

W kwestii genezy podejścia poznawczego w psychologii warto zwrócić uwagę na koncepcje społecznej teorii uczenia Bandury. Pozwala ona na zrozumienie, że osobowość kształtuje się w ramach relacji społecznych poprzez system wzmocnień społecznych i modelowanie społeczne. Z koncepcji tej wynika też rozumienie znaczenia specyficznego układu bodźców sytuacyjnych dla konstrukcji zachowania człowieka, które może się radykalnie zmieniać z sytuacji na sytuację.

Psychologia poznawcza zaadaptowała też pewne idee z koncepcji psychologii fenomenologicznej i humanistycznej. Dotyczy to zainteresowania wewnętrznym światem człowieka i integracja jego doświadczenia, procesami samoświadomości i obrazem siebie. Dotyczy to także zainteresowania prospektywnym zorientowaniem osobowości ku przyszłości (odległe cele) i zdolnością do podmiotowej kontroli.

Widoczne są także inspiracje pochodzące z koncepcji psychoanalitycznej. Widać to w adaptacyjnym pojmowaniu osobowości, która ma zdolności przystosowawcze, rozwija się i broni. Obecne jest w psychologii poznawczej zainteresowanie

strategiami obronnymi służącymi utrzymaniu dobrego samopoczucia i pozytywnej samooceny. Docenia się także rolę nieświadomości w działaniu człowieka[52].

W koncepcji poznawczej identyfikuje się następujące funkcje osobowości:

- Konstruowanie poznawcze, nadawanie sensu doświadczeniom podmiotu poprzez kategoryzowanie napływających informacji za pomocą konstruktów osobistych, przewidywanie zdarzeń, konstruowanie modeli pojęciowych swojej przyszłości
- Dostarczanie podstaw do ewaluacji, wartościowania zdarzeń, innych ludzi i samego siebie (ocena celów, kierunków i wyników działania, własnej przeszłości i przyszłości). Pozwala to na określenie tego, co wybierać i czego unikać), cele poprzez takie procesy są odnoszone do swoistych standardów regulacji
- Programowanie działań, ustanawianie celów, dobór strategii działania zgodnych z wymogami sytuacji i preferencjami i możliwościami jednostki(styl poznawczy, kompetencje)
- Sterowanie przebiegiem działania poprzez procesy samoregulacji (monitorowanie i regulowanie własnych emocji i stanów motywacyjnych; także procesów poznawczych –ukierunkowywanie uwagi, selektywne odpamiętywanie) tak, aby służyło to osiąganiu ważnych dla człowieka celów[53].

W zarysowanym powyżej systemie funkcjonowania osobowości próbuje się usytuować obecność i działanie

---

[52] *Ibidem,* s. 562-563.
[53] *Ibidem,* s. 564.

standardów regulacyjnych stanowiących mechanizm oceny i wartościowania celów oraz sposobów własnego działania, a także celów i działania innych osób. Problematyka ta w sposób zasadniczy jest powiązana z kwestią działania jednostki i jej osobowości wraz z jej mechanizmami regulacyjnymi w trudnych warunkach sytuacji zagrożenia. Sytuacja ta będzie sytuacją zagrożenia, bądź też będzie odbierana poprzez poczucie zagrożenia w powiązaniu ze standardami ewaluacyjnymi wynikającymi z konstruktów poznawczych danej osoby. Sposób rozumienia sytuacji zagrożenia przez podmiot jest w ramach zaadaptowanej poznawczej koncepcji osobowości uwarunkowany wiedzą osobistą wykorzystywaną przy interpretowaniu nowych doświadczeń i sterowaniu zachowaniem. Wiedza osobista wykorzystywana przez podmiot charakteryzuje się szeregiem właściwości, które można przedstawić następująco:

- Wiedza ma charakter gorący, powiązany z emocjami i ocenami,
- Często ma charakter słabo uświadamiany (jest latentna, przedświadoma),
- Ma charakter pragmatyczny, służy działaniu.

W konkretnej sytuacji wykorzystywana jest tylko wiedza w postaci dostępnych poznawczo schematów (tzw. schematy zaktywizowane – dopasowane do aktualnych warunków). Stale używane schematy są chronicznie dostępne (są w stałym pogotowiu). Wiedza dostępna poznawczo stanowi znikomą jej część odpowiedzialną za zarządzanie przetwarzaniem informacji i działaniem[54].

[54] *Ibidem,* s. 565-566.

W ogólnej interpretacji osobowości jako systemu wiedzy osobistej zwraca się uwagą na ważką interpretację dotyczącą dwojakiego rodzaju wiedzy. Wskazuje się na wiedzę deklaratywną nazywaną niekiedy *wiedzą, że* (wiedza faktualna) oraz wiedzę proceduralną nazywaną *wiedzą, jak*. Wiedza deklaratywna jest łatwo dostępna, łatwa do modyfikacji, jednakże przetwarzanie informacji z jej udziałem przebiega wolno. Wiedza proceduralna jest zawarta w procedurach przetwarzania informacji i sterowania zachowaniem. W przeciwieństwie do poprzedniej wiedza ta jest zasadniczo niedostępna świadomości jednostki i trudna do modyfikacji. Niezależnie od tego przy udziale tej wiedzy informacje są przetwarzane bardzo szybko. Znakomitymi przykładami wiedzy proceduralnej są mechanizmy obronne i skrypty zachowań interpersonalnych. Z tymi dwoma rodzajami wiedzy są skojarzone dwa typy przetwarzania informacji: przetwarzanie kontrolowane i przetwarzanie automatyczne. Wskażmy cechy przetwarzania kontrolowanego:

- jest zależne od zasobów poznawczych (uwaga, pamięć robocza),
- ma charakter sekwencyjny,
- przebiega powoli,
- wymaga wysiłku poznawczego.

Przetwarzanie automatyczne charakteryzuje się następującymi cechami:

- jest niezależne od zasobów poznawczych,
- ma charakter równoległy,
- przebiega bardzo szybko,
- przebiega bez wysiłku poznawczego.

Przetwarzanie kontrolowane powiązane z wiedzą deklaratywną i przetwarzanie automatyczne powiązane z wiedzą proceduralną jest skojarzone z problematyką standardów samoregulacji, które równocześnie są celami jednostki. Wydaje się również, że kwestia standardów samoregulacji jest powiązana z problematyką wartości, o których można mówić jako o wartościach danych *explicite,* czyli jawnych oraz jako wartościach danych *implicite,* czyli ukrytych. Proces przewarzania informacji dotyczących wartości jawnych będzie odbywał się w zgodzie z zasadami przetwarzania kontrolowanego, a więc będzie dostępny na poziomie świadomości, opiera się na zasobach, wymaga wysiłku poznawczego i ma charakter sekwencyjny. Z kolei proces przetwarzania informacji dotyczących wartości ukrytych będzie sterowany zasadami przetwarzania automatycznego, a więc będzie niedostępny na poziomie świadomości, nie zależy od zasobów poznawczych, przebiega bardzo szybko, odbywa się równolegle, przebiega bez wysiłku poznawczego.

2.2 Potrzeby i wartości w strukturze osobowości

Mechanizmy tworzenia systemu wartości i przekonań normatywnych stają się elementem ważkim w procesie kształcenia młodych ludzi. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do grup zawodowych funkcjonujących w szeroko rozumianej problematyce bezpieczeństwa[55]. Podejmowanie kwestii psychologicznych i aksjologicznych regulatorów działania jednostki działającej w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa prowadzi do kwestii analizy i interpretowania

[55] J. Piwowarski, *Samodoskonalenie i bezpieczeństwo w samurajskim kodeksie Bushidō*, Collegium Columbinum, Kraków 2011.

moralnych granic zachowania podmiotu[56]. Badanie wartości, postaw i przekonań normatywnych wymaga przyjęcie wstępnych ustaleń dotyczących sposobu rozumienia tych terminów i rozróżniania bardziej szczegółowych kategorii w tym obszarze problematyki badawczej. Zwykle podkreśla się wgląd podmiotu w wyznawane przez siebie wartości stanowiące wewnętrzne regulatory zachowania jednostki prowadzące do konstruowania i modyfikowania jego zachowań w określonych warunkach. Należy jednakże zwracać uwagę na rozróżnienie wartości jawnych i ukrytych. W drugim przypadku wartości będą prezentowane *implicite* w sposób niekoniecznie dostępny na poziomie samokontroli i wglądu w działanie podmiotu. Analogiczna interpretacja dotyczy rozróżniania postaw jawnych i ukrytych, gdzie w pierwszym przypadku zakłada się kontrolę i świadomość ich prezentowania. Taki sposób interpretacji jest zwykle wykorzystywany w przypadku przekonań normatywnych, które są traktowane jako nabyte i wysoce zautomatyzowane regulatory działania jednostki. Być może pozwoli to także na odniesienie się do problemu uniwersalnej hierarchii wartości, w której istnienie wielu badaczy wątpi, albo chociażby wypowiada się o jej istnieniu w sposób jedynie hipotetyczny[57]. Próby identyfikowania uniwersalnej hierarchii wartości można interpretować w zestawieniu ze stosowaniem

---

[56] Por. W. Czajkowski, *Anxiety, Depression, and Sense of Purpose in Life – an Empirical Interpretation,* [w:] M. Kliś, J. Kossewska, W. Czajkowski, *Studies on Communication and Stress,* Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006.

[57] Zob. P. Brzozowski, *Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy* przeciwległych grup wartości zawierających w sobie szczegółowe kategorie wartości: *fikcja?* „Przegląd Psychologiczny”, 2005, (3), T. 48, s. 261-276.

teorii osobowości Costy i McCrae, w której identyfikuje się pięć czynników pojmowanych w sposób uniwersalny[58].

W interpretacjach metodologicznych zwraca się uwagę na potrzebę rozróżniania wartości i przekonań normatywnych w aspekcie ich uświadamiania sobie przez podmiot. Zwykle podkreśla się wgląd podmiotu w wyznawane przez siebie wartości stanowiące wewnętrzne regulatory zachowania jednostki prowadzące do konstruowania oraz do modyfikowania jego zachowań w określonych warunkach. Należy jednakże zwracać uwagę na dokonanie rozróżnienia w występowaniu u podmiotu wartości jawnych (często pokrywających się z postawami deklarowanymi przez podmiot działania) oraz wartości ukrytych (pokrywające się z przejawiającymi się w sposób zautomatyzowany, autentycznymi postawami opartymi na utajonym podłożu przekonań). W tym drugim przypadku wartości będą prezentowane *implicite* w sposób nie zawsze dostępny na poziomie samokontroli pomiotu działania i wglądu w funkcjonowanie tego podmiotu. Taki sposób metodologicznej interpretacji wykorzystywany jest właśnie dla przypadku przekonań normatywnych, które należy traktować jako nabyte oraz wysoce zautomatyzowane regulatory działania ludzkiej jednostki[59]. Wskazanie na takie rozróżnienie ma swoiste uzasadnienie szczególnie wtedy, gdy podejmuje się problematykę samodoskonalenia w ramach profesjonalnych działań w pracy ze studentami kierunku bezpieczeństwo

---

[58] Por. B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak, M. Śliwińska, *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008.

[59] Por. K. Skarżyńska, *Człowiek i polityka. Zarys psychologii politycznej.* Wykłady z psychologii, t. 13, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2005, s. 41-43.

intensywnie szkolącymi się w zakresie sztuk i sportów walki[60]. Powodować to może dosyć istotne konsekwencje o charakterze bezpośrednio dotyczącym uzyskiwanych wyników. Odwoływanie się wyłącznie do metod samoobserwacyjnych przyjmujących postać skal wartości, prowadzi zwykle do prezentowania przez osoby badane deklaracji dotyczących akceptacji danych wartości. Nie stanowi to jednak wystarczającego materiału pozwalającego na niezawodne wnioskowanie o wyrażaniu tych wartości na poziomie ukrytym (wartości wyrażane *implicite).* Dotarcie do wyników związanych z wyrażaniem wartości na poziomie jawnym (wartości dane *explicite*) wydaje się mniej rzetelnym źródłem informacji na temat istotnych, realnych regulatorów zachowania jednostki. Jest to problem złożony także z powodu występowania naturalnych różnic w zakresie łatwości dokonywania wglądu w funkcjonowanie podmiotu uwarunkowane zmiennymi osobowościowymi. Wartości wyrażane *explicite* stanowią więc mniej wiarygodny materiał uzyskiwany od osób badanych. Jest to związane przede wszystkim z konstrukcją metod samoobserwacyjnych, w których osoby badane deklarując podzielanie określonych wartości wyrażają raczej opinie i poglądy akceptowane i oczekiwane w określonych warunkach społecznych i kulturowych niż takie, z którymi w pełni by się identyfikowały. Dostęp do wartości i przekonań normatywnych w pełni podzielanych, czyli głęboko zinternalizowanych i wyrażanych *implicite* jest o wiele bardziej prawdopodobny

[60]W. Czajkowski, J. Piwowarski, *Administrowanie jakością życia człowieka poprzez system Modern Bushidō,* RN IDŌ. Ruch dla kultury, Rzeszów 2010.

poprzez stosowanie procedur badawczych dających dostęp do wartości utajonych. W przedstawianej konceptualizacji warto również pamiętać o rozróżnieniu dokonanym przez Rokeacha na wartości ostateczne i instrumentalne. Zarówno w sytuacji empirycznego badania wartości, jak też działań służących kształtowaniu, rozwijaniu i pogłębianiu świadomości podmiotu w tym zakresie kategoryzacja ta posiada zasadnicze znaczenie i nie powinna być marginalizowana.

2.3 Wartości jawne i ukryte

W standardowych badaniach dotyczących hierarchii wartości używa się kwestionariuszy oraz skal odwołujących się do danych samoobserwacyjnych, które mają określony poziom trafności i rzetelności techniki badawczej pozwalający na traktowanie jej jako metody badania psychometrycznego. W podejmowanej problematyce używa się również pojęć postawy jawne i postawy ukryte. Pojęcie postaw ukrytych skonstruowano w latach 90-ych w wyniku badań psychologicznych opierających się na metodzie Testu Utajonych Skojarzeń (*Implicit Association Test)*; pojmowano te postawy jako przeciwstawne wobec postaw jawnych. Postawy utajone stanowią ślady przeszłych doświadczeń podmiotu wpływające na jego aktualne zachowanie bez świadomości jego źródeł. Postawy jawne pojmowano natomiast jako uświadamiane przez podmiot przekonania wartościujące na określony temat[61]. Analogiczne rozróżnienia zostały dokonane znacznie wcześniej

[61] Por. K. Mudyń, *Rzeczywiste – Nierzeczywiste. Podręcznik metody RN-02 do badania orientacji życiowych.* Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius, Kraków 2010.

przez Ossowskiego, który wskazał na możliwość występowania dwóch rodzajów wartości:

- wartości odczuwane,
- wartości uznawane.

W interpretacji kategorii określonej jako wartości uznawane pojawia się w badaniach wyżej przywołanego autora kwestia powinności (normatywności) uznawania czegoś za wartość – kwestia ta jest przeciwstawiana kategorii nazywanej wartościami odczuwanymi, występującymi wtedy, gdy pewien przedmiot jawi się podmiotowi jako atrakcyjny. Należy także za Ossowskim wskazać na trzy sytuacje pokazujące możliwe relacje zachodzące pomiędzy wartościami odczuwanymi i uznawanymi:

- przedmioty uznawane przez podmiot jako wartości i jako takie odczuwane,
- przedmioty uznawane jako wartości, ale nie odczuwane,
- przedmioty odczuwane jako wartość, ale nie uznawane.[62]

Rozróżnienie wartości odczuwanych i uznawanych znajduje odzwierciedlenie również w koncepcji Kahnemana. Autor ten, wyjaśniając funkcjonowanie podmiotu działania w sytuacjach zadaniowych i w sytuacjach decyzyjnych wskazywał na znaczenie analizy sytuacji w kategoriach jej użyteczności. Kahneman rozróżnia użyteczność odczuwaną subiektywnie i automatycznie w sposób niekontrolowany oraz doświadczaną w ramach systemu tak zwanego myślenia szybkiego. Ponadto wskazuje na użyteczność decyzyjną realizującą się poprzez skupienie, swobodny wybór oraz

[62] Ibidem, s. 10.

świadome działanie sytuującą się w obszarze tak zwanego myślenia wolnego[63].

Badacz ten bardzo podobnie interpretuje pojęcie wartości doznawanej, gdy pisze o jej doznawaniu w kategoriach przyjemności, bądź nieprzyjemności oraz wartości decyzyjnej warunkującej w określonej sytuacji podjęcie stosownej decyzji. Wartość doznawana stanowi więc w jego przypadku odpowiednik wartości odczuwanych w rozumieniu Ossowskiego.

Podobnie jak w przypadku użyteczności odczuwanej, wartości doznawane sytuują się w obszarze myślenia szybkiego i powiązane są z automatyzmem oraz brakiem występowania ich świadomej kontroli.

Analogicznie wobec użyteczności decyzyjnej, wartość decyzyjna jest odbierana przez podmiot działania z udziałem jego skupienia, kontrolowanego wyboru i świadomego, prowadzonego z namysłem działania (myślenie wolne Kahnemana).

W takim kontekście warto zwrócić uwagę na daleko idące podobieństwo pomiędzy postawami jawnymi, a wartościami uznawanymi (deklarowanymi) oraz na analogiczne podobieństwo zachodzące pomiędzy postawami utajonymi, a wartościami odczuwanymi.

Mudyń podobnie jak Ossowski wyróżnia trzy możliwości:

- wartości uznawane (także postawy jawne) nie muszą wcale pokrywać się u określonego podmiotu z wartościami odczuwanymi (także postawami

[63] D. Kahneman, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolny,* Media Rodzina, Poznań 2012.

ukrytymi), zwykle ma tu miejsce większy lub mniejszy stopień rozbieżności,

- wartości uznawane (także postawy jawne) badane za pomocą standardowych metod kwestionariuszowych odnoszą się zwykle do zracjonalizowanych poglądów opisujących to, co uważa się za ważne, bądź pożądane. Status uzyskiwanych wyników jest taki sam niezależnie od tego, czy w warstwie teoretycznej mówi się o badaniu wartości, czy też badaniu postaw,
- wartości odczuwane (także postawy utajone) przejawiają się zwykle w zachowaniu (najczęściej niewerbalnym) i jako takie są albo częściowo albo w ogóle nieuświadamiane.[64]

W badaniach przeprowadzonych przez Mudynia skoncentrowano się na konstrukcji metody służącej badaniu orientacji życiowych nawiązujących do tak zwanych typów idealnych Sprangera bądź postaw wartościujących Allporta, Vernona i Lindzeya. W obydwu przypadkach wyróżniono orientacje: teoretyczną, ekonomiczną, estetyczną, społeczna, polityczną oraz religijną.

W konstrukcji metody do wskazanych sześciu orientacji dodano trzy pojęcia mające specyficzny status ontologiczny. *Miasto Kraków* jako pojęcie konkretne usytuowane poza podmiotem; *Ja sam*, jako specyficzny, ważny dla podmiotu obiekt; *Wszechświat*, jako obiekt odniesiony do globalnie rozumianej rzeczywistości. W obszarze każdej z orientacji wskazywano dziesięć reprezentujących je pojęć. Każde z pojęć pojawia się trzykrotnie w różnych zestawach pojęciowych (dwukrotnie w zestawie 3-elementowym i raz w zestawie 4-

[64] K. Mudyń, *Rzeczywiste…. op.cit.*, s. 11.

elementowym) reprezentujących aspekty rzeczywistości spoza kategorii, do której należy dane pojęcie. W zestawie trzech pojęć dodatkowych pojawiały się tylko zbiory trójkowe pojęć zamkniętych w obszarze „własnym”, różniące się tylko ich kolejnością. W każdym zestawie pojęć trzeba było wskazać obiekt najbardziej rzeczywisty. Jak widać w konstrukcji metody odnoszono się do kwestii wartości uznawanych/odczuwanych oraz postaw jawnych/utajonych).

Rozbudowywanie osobowości stanowiącej o specyfice i swoistości rozumienia siebie samego i świata wraz z innymi osobami jest istotnie uwarunkowane problematyką samoświadomości i sprawności rozumienia własnej osoby jako podmiotu działania oraz podmiotu rozwoju i bezpieczeństwa. Budowanie osobowości jednostki przygotowywanej do takiej roli, podejmującego relacje z podwładnymi sprowadzające się do szkolenia, rozwijania instrumentalnych sprawności i kierowania ich zachowaniem nie może odbywać się bez odwołania się do własnych zasobów jakimi dysponuje podmiot, w postaci zdolności dokonywania wglądu w swoje działanie oraz podejmowania suwerennych decyzji i wyborów dotyczących kierunków własnego rozwoju. Takie działania zwykle stanowią o sensie i znaczeniu wskazanego czynnika rozwoju osobowości w postaci aktywności własnej podmiotu działania. W tej sytuacji jest wysoce uzasadnione podkreślenie znaczenia aktywności własnej podmiotu działania dla rozwoju własnej osobowości, jak również dla sprawnego i skutecznego wchodzenia w relacje z innymi osobami. Eksponowanie problematyki aktywności własnej podmiotu wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia problematyki wartości odniesionej do samooceny podmiotu, konstruktywnego obrazu własnej osoby i dbania o problematykę własnego wizerunku podmiotu działania w licznych relacjach z innymi osobami, tak

przełożonymi jak i podwładnymi[65]. Wskazane mechanizmy osobowościowe stanowią znaczące regulatory wskazujące na rangę czynnika aktywności własnej w rozwoju osobowości jednostki, będącej podmiotem działania i rozwoju.

Aktywność własna jednostki odniesiona do problematyki rozwoju podmiotu skoncentrowanego na realizacji zaspokojenia potrzeby samodoskonalenia i rozwoju własnego zgodnego z regułą motywacji właściwej dla wyższego piętra potrzeb w interpretacji Maslowa dotyczy ogólnie rozumianej potrzeby dokonywania się rozwoju podmiotu. Nie jest to tylko zaspokajanie potrzeb sprowadzające się do uzupełniania braku elementu koniecznego dla sprawnego funkcjonowania ale jest to realizowaniem potrzeby wzrostu, osiągania wyższego poziomu funkcjonowania w obszarze motywacji działań podmiotu rozwoju. To kluczowy dla rozumienia koncepcji Maslowa sposób interpretacji mechanizmu zaspokajania potrzeb wyższego rzędu powiązanego z budowaniem bezpieczeństwa/rozwoju podmiotu działania.

Można oczekiwać, że w naukowych badaniach dotyczących aksjologiczno-psychologicznej warstwy pierwszego filara kultury bezpieczeństwa, skoncentrowanych na problematyce występowania określonych relacji pomiędzy wartościami i zmiennymi osobowościowymi istotne może jednak także okazać się znaczenia czynnika otwartości ułatwiającego percepcję różnorodnych (także odmiennych od znanych ze środowiska rodzinnego) postaci wartościowania świata i ludzi. Równie istotna zmienną modyfikującą kształt hierarchii wartości i przekonań normatywnych może być czynnik ekstrawersji modyfikujący łatwość wchodzenia

---

[65] Zob. M. Leary, *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2012.

podmiotu w relacje społeczne, gotowość ulegania konstruktywnemu wpływowi społecznemu oraz manipulowaniu.

Podnoszenie kompetencji zawodowych i społecznych podmiotu i związane z nim działania powinny stanowić istotny element kształcenia powiązany zarówno z kursem etyki stwarzającym perspektywę dla uzyskania abstrakcyjnych podstaw rozumienia problematyki wartości, jak również z wysoce realistycznym treningiem sztuk walki, w którym uwrażliwienie na kwestie aksjologiczne stanowi niezbywalny standard szkolenia w zakresie problematyki bezpieczeństwa[66].

Stanowi to również znakomitą okazję do podejmowania problematyki zachowań prospołecznych, altruistycznych i heroicznych czynów do których ze względu na sytuacyjna specyfikę zawodową wiążącą się w sposób istotny tak w warstwie praktycznej jak również teoretycznej z kwestiami heroizmu szczególnie istotnymi dla członków grup dyspozycyjnych policji i zarazem adeptów sztuki wojennej.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż problematyka heroizmu jest intensywnie podejmowana i badana przez Philipa G. Zimbardo, słynnego amerykańskiego psychologa społecznego, znanego głównie jako twórcę i autora relacji z przeprowadzenia stanfordzkiego eksperymentu więziennego[67]. W swojej książce Zimbardo opisuje okrutne działania człowieka wskazujące na zasadzie kontrastu swoistą banalność heroizmu, warunkowanego poprzez sferę wartości i przekonań normatywnych występujących u podmiotu działania.

---

[66] Por. J. Piwowarski, *Samodoskonalenie..., op.cit..; idem, Etyka...., op.cit.*

[67] P. Zimbardo, *Efekt Lucyfera. Dlaczego dobrzy ludzie czynią zło?* PWN, Warszawa 2008.

Owa banalność heroizmu może być rozumiana jako wynik aktów myślenia dostępnych jednostce, która zdaje sobie sprawę z faktu, że osoba ludzka jest zdolna do czynów heroicznych, dlatego, ponieważ jest człowiekiem. Jednocześnie wie też o tym, że czynniki sytuacyjne i kontekst społeczny częstokroć prowadzą jednostkę ludzką do czynów mających *de facto* charakter nieludzki. W takiej interpretacji odniesionej do mechanizmów myślenia oraz postępowania, warto pamiętać o (wskazanej wyżej) empirycznie uzasadnionej interpretacji dokonanej przez Kahnemana, który wyodrębnił w działaniu podmiotu działania funkcjonowanie zjawisk myślenia myślenie szybkie i wolne[68]. W pierwszym przypadku są to akty dokonywane w sposób zautomatyzowany, niedostępny w mechanizmach wglądowych, jakimi dysponuje podmiot działania. W drugim przypadku, myślenie dotyczy aktów podejmowanych przez podmiot w taki sposób, który jest w pełni przez tenże podmiot kontrolowany na sposób introspekcyjny.

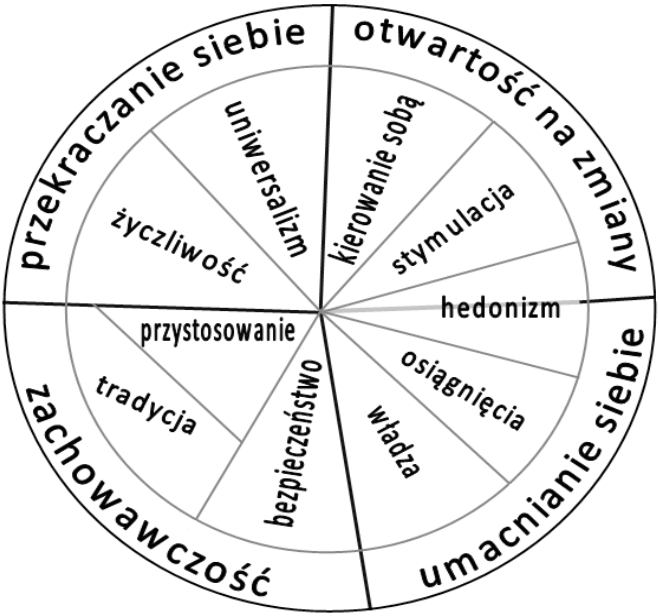
2.4 Model wartości S.H. Schwartza

Niezwykle interesujące propozycje odniesione do interpretacji wartości zostały wprowadzone przez S.H. Schwartza. Autor ten definiuje wartości jako poznawczą reprezentację celu mającego motywacyjne znaczenie dla podmiotu oraz ponadsytuacyjny charakter. Identyfikowanie wymiarów wartości związanych z koncentracją na własnej osobie oraz sprawnością przekraczania własnej osoby wydaje się równie kluczowe, jak docenianie wymiaru otwartości na zmiany *versus* zachowawczości.

W teorii Schwartza zwraca się uwagę na dwie charakterystyki struktury wartości. Pierwsza z nich sugeruje, iż

[68] D. Kahneman, *Pułapki…*, *op.cit.*, s. 31.

wartości tworzą kontinuum motywacyjne, co oznacza, że wartości podobne leżące obok siebie mogą być realizowane w jednym akcie działania. W drugiej zwraca się uwagę na kołowość struktury. Wartości podobne znajdują się blisko siebie, a wartości przeciwległe w modelu kołowym nie mogą być realizowane w jednym akcie działania.



Koło wartości Schwartza w modelu klasycznym[69]

[69] S.H. Schwartz, *Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries.* [W:] M. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology, t. 25* (s. 1–65). London: Academic Press, London 1992; Schwartz, S.H. (2006). *Basic human values: theory, measurement, and applications, "R*evue française de sociologie", 47 (4), 929-968.

W tak rozumianym i ustrukturowanym modelu wyróżnia się dwie grupy wartości:

Przekraczanie siebie(*Self-transcendence*) — Umacnianie siebie(*Self-enhancement*)

- Uniwersalizm(*Universalism*)
- Osiągnięcia(*Achievement*)
- Życzliwość(*Benevolence*)
- Władza(*Power)*
- Hedonizm(*Hedonism)*

Otwartość na zmiany(*Openess to change*) — Zachowawczość(*Conservation*)

- Samosterowność(*Self-direction*)
- Ugodowość(*Conformity)*
- Stymulacja(*Stimulation)*
- Tradycja(*Tradition)*
- Hedonizm(*Hedonism)*
- Bezpieczeństwo(*Security)*

Wskazane przeciwległe grupy wartości mogą być interpretowane jako wartości wyższego rzędu[70].

Zgodnie z interpretacją Schwartza większość autorów zgadza się w kwestii posiadanie przez nie pięciu poniższych podstawowych charakterystyk:

---

[70] J. Cieciuch, *Pomiar wartości w zmodyfikowanym modelu Shaloma Schwartza.* „*Psychologia Społeczna”,* 2013b, tom 8 1 (24) 22–41.

- wartości są przekonaniami, bądź pojęciami, które
- dotyczą pożądanych celów, opisujących ostateczne stany rzeczy lub zachowania;
- przekraczają konkretne sytuacje;
- kierują selekcją i oceną zachowań i zdarzeń;
- są uporządkowane według ważności;
- zachowaniem kieruje względna ważność wielu wartości[71].

W kołowym modelu struktury wartości istotne jest wskazanie dwu reguł porządkujących ich miejsce. Obydwie reguły stanowią konsekwencje kołowego kontinuum i rozumienia wartości jako reprezentacji poznawczej motywacyjnych celów. Są to reguły zgodności i konfliktu. W zgodzie z nimi wartości sąsiadujące w kołowym modelu są możliwe do współrealizowania stanowiąc reprezentację poznawczą zbliżonych celów. Z kolei wartości leżące po przeciwległych stronach koła nie są możliwe do współrealizowania, ponieważ stanowią reprezentację poznawczą sprzecznych celów.

W interpretacji modelu Schwartza istotne jest również zasygnalizowanie poglądu, w którym autor modelu identyfikuje trzy nieuświadamiane przez jednostkę obszary reprezentowane przez wartości w formie świadomych celów. Są to:

- biologicznie uwarunkowane potrzeby,
- motywy społeczne wynikające z konieczności interakcji społecznych umożliwiających współpracę,

[71] Por. J.Cieciuch, *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości,* Wydawnictwo Liberi Libri Warszawa 2013a.

- wymagania społeczno-instytucjonalne służące przetrwaniu i dobru grupy[72]. Odniesienie się do kwestii interakcji społecznych i funkcjonowania w obszarze grup i instytucji jest szczególnie ważkie w realizowanej problematyce dotyczącej działań funkcjonariuszy.

Ponadto w interpretacji Schwartza katalog ludzkich wartości stanowi zbiór skończony. Co więcej, możliwe są różne sensowne podziały kontinuum wartości na liczbę pewnych grup wedle przyjętych kryteriów. Istotna jest także kwestia kołowej struktury wartości odzwierciedlającej wzajemne relacje podobieństwa elementów sąsiadujących w modelu kołowym i sprzeczności elementów przeciwległych w jego strukturze. Dokonują analizy kołowego modelu wartości można znajdować znaczenie innych (wobec analizowanej) wartości[73].

W modelu Schwartza zwraca się uwagę na dwie grupy wartości wyższego rzędu zbudowane w oparciu o swoiste ich dychotomiczne uporządkowanie. Po pierwsze, autor identyfikuje wymiar *Przekraczania siebie –Umacniania siebie* zawierający w swoim obszarze wartości podstawowe w postaci: uniwersalizmu i życzliwości-osiągnięć, władzy i hedonizmu. Po drugie, autor wskazuje na wymiar *Otwartości na zmiany-Zachowawczości* zawierające w swoim obszarze wartości podstawowe w postaci: samosterowności, stymulacji, hedonizmu-ugodowości, tradycji, bezpieczeństwa.

Analiza kołowego modelu wartości Schwartza pozwala na wskazanie istotnego rozróżnienia w obszarze problematyki bezpieczeństwa. Autor wyróżnia bezpieczeństwo osobiste i bezpieczeństwo społeczne wskazując na rangę obydwu

---

[72] *Ibidem,* s. 53.
[73] *Ibidem.*

kontekstów, w których przywołuje się tę kategorię[74]. W oparciu o takie uporządkowanie problematyki bezpieczeństwa można się dopatrywać rangi wartości bezpieczeństwa w psychologicznych modelach wartości. Z takiego uporządkowania kategorii bezpieczeństwa może też wynikać uzasadnienie rozróżniania zobiektywizowanej potrzeby bezpieczeństwa od poczucia bezpieczeństwa w sensie subiektywnym. Można się też dopatrywać w takiej kategoryzacji sugestii podejmowania badań idących w kierunku osobowościowych uwarunkowań radzenia sobie z potrzebą bezpieczeństwa przez jednostkę. Takim kontekście ważne wydaje się uwzględnianie problematyki poczucia zagrożenia i doświadczania napięcia motywacyjnego jako zmiennych rozwojowych związanych z procesem samodoskonalenia.

Na koniec wskazuje się rangę dylematu bezpieczeństwo – komfort powiązanego z ewentualnym podejmowania ryzyka jako kosztu samorealizacji, bądź też komfortu funkcjonowania w warunkach pełnego bezpieczeństwa wykluczających ponoszenia ryzyka.

[74] Por. S.H. Schwartz, *An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values*, "Online Readings in Psychology and Culture", *2*(1). http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1116,

Rozdział 3

STRES A ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA

3.1 Warunki działania podmiotu w sytuacji

Człowiek funkcjonuje w złożonym środowisku zewnętrznym zawierającym szereg charakterystyk, które wpływają na efekty jego działania. W rozumieniu Tomaszewskiego, klasyka polskiej psychologii, czynności wykonywane przez podmiot są wynikiem jego zależności od otoczenia, a także próbą regulacji stosunków podmiotu z otoczeniem. Regulacja stosunków podmiotu ze światem otaczającym sprowadza się do zmian aktywności tegoż podmiotu zmierzających do optymalnego układu tych stosunków. W toku czynności podejmowanych przez jednostkę zachodzą zdarzenia i procesy modyfikujące ich przebieg ale nie powiązane bezpośrednio z czynnościami Tomaszewski nazywa je warunkami wykonywania czynności. Czynnościami autor ten nazywa działania ukierunkowane, zorganizowane i posiadająca określoną strukturę oraz poziom ich uświadamiania sobie przez podmiot[75]. Z kolei zadania sprowadzają się do zależności funkcjonowania systemu społecznego od aktywności ludzi, którzy w nim uczestniczą.

W interpretacji działania jednostki zwraca się uwagę na wzajemne zależności zachodzące pomiędzy elementami tworzącymi swoisty system działania. Zrównoważony system

[75] M. Maruszewski, I. Reykowski, T. Tomaszewski, *Psychologia jako nauka o człowieku,* Książka i Wiedza, Warszawa 1966, s. 203-210.

zadań, czynności i warunków Tomaszewski nazywa sytuacją normalną. W tym zrównoważonym systemie znaczenie istotne posiadają potrzeby zaspakajane w systemie realizacji określonych grup czynności. Z kolei sytuacje, w których występuje naruszenie równowagi zadań, czynności, warunków i cech podmiotu nazywa się sytuacjami trudnymi[76].

Warto w tym miejscu powołać się na klasyfikację sytuacji trudnych wprost odniesiona do kluczowego w tej książce pojęcia zagrożenia. W klasyfikacji tej we wstępie rozróżnia się ogólnie trudności obiektywne i subiektywne, gdzie w pierwszym przypadku człowiek zdolny do wykonywania normalnych zadań w normalnych warunkach napotyka zadania, bądź warunki, które te normę przekraczają. W drugim przypadku człowiek nie może wykonać normalnego zadania w normalnych warunkach. Klasyfikacja sytuacji trudnych zawiera następujące ich kategorie:

- deprywacje,
- przeciążenia,
- zagrożenia,
- utrudnienia.

W przypadku deprywacji w otoczeniu brakuje elementów koniecznych do normalnego funkcjonowania organizmu. Dobrym przykładem w tym zakresie może być deprywacja sensoryczna sprowadzająca się do braku właściwego poziomu stymulacji sensorycznej u jednostki, co powodować może zaburzenia zachowania typowe dla chorób psychicznych. W badaniach nad deprywacją sensoryczną drastycznie ograniczano zakres bodźców docierających do osób

[76] *Ibidem,* s. 236.

badanych, co powodowało konsekwencje w postaci omamów i halucynacji[77].

Kolejną interesującą grupą sytuacji trudnych z tej klasyfikacji jest grupa sytuacji zagrożenia. Zagrożenie interpretuje się jako podwyższone prawdopodobieństwo naruszenia jakiejkolwiek wartości cenionej przez działający podmiot[78]. W zakres cenionych wartości może wchodzić wiele kategorii zdarzeń i obiektów, jak chociażby życie zdrowie, pozycja społeczna, pogląd, własne dzieło, poczucie własnej wartości, przyswojone normy działania, przekonania.

W sytuacji zagrożenia pojawiają się typowe reakcje o charakterze obronnym (angażujące mechanizmy obronne osobowości) w postaci:

- zachowań agresywnych,
- ucieczki,
- protestu,
- dezorganizacji zachowania (czynności),
- stuporu i amnezji (w skrajnych przypadkach).

W warunkach oczekiwania na nową, trudną sytuację antycypacja niebezpieczeństwa prowadzi do dezorganizacji zachowania, zaś w momencie znalezienia się w tych trudnych warunkach podmiot radzi sobie w nich skutecznie. Podobnie jest w trudnych warunkach bojowych, gdy funkcjonariusze służb mundurowych, bądź grup dyspozycyjnych nie odczuwają strachu. Jednakże wydaje się, że pewien poziom napięcia emocjonalnego ma znaczenie przystosowawcze podnoszą

---

[77] Por. J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki, T.1. Podstawy psychologii, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 117.*

[78] Por. M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski, Psychologia…, *op.cit.*, s. 239.

poziom sprawności wykonania zadania. Jest to prawidłowość zgodna z prawem Yerkesa-Dodsona, w którym analizuje się zależność pomiędzy poziomem napięcia emocjonalnego i poziomem sprawności działania. Wysoką sprawność działania uzyskuje się przy średnich poziomach napięcia emocjonalnego, Natomiast w przypadku niskich i wysokich poziomów napięcia emocjonalnego sprawność działania jest zdecydowanie niska[79]. Warto także posłużyć się interpretacją prowadzoną w nurcie psychoanalitycznym problematyki psychologicznej, gdzie sugerowano, iż życie we współczesnych warunkach cywilizacyjnych życie przebiega w warunkach stałego zagrożenia prowadząc do wzrostu poziomu zachorowalności na choroby psychiczne. Dobrą ilustracją w tym zakresie noże być tytuł książki Horney, przedstawicielki nurtu neopsychoanalitycznego[80].

Wprowadzając pojęcie sytuacji trudnych wskazano na pojęcie zagrożenia pamiętając o tym, że jego doświadczanie przez podmiot jest zawsze uwarunkowane subiektywnym rozumieniem obiektywnie występujących czynników podważających poczucie bezpieczeństwa. Stąd też opowiadamy się za używaniem pojęcia poczucie zagrożenia akcentując subiektywne uwarunkowania odbioru sytuacji przez podmiot.

3.2 Stres i mechanizmy radzenia sobie

W problematyce psychologii zagadnienie funkcjonowania/działania podmiotu w sytuacjach trudnych emocjonalnie zajmowała istotne eksponowane miejsce. Dla

[79] G.S. Everly, R. Rosenfeld, Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia, PWN, Warszawa 1992, s.19.

[80] K. Horney, Neurotyczna osobowość naszych czasów, Biblioteka Psychologii Współczesnej, PWN, Warszawa 1976.

porządku warto zwrócić uwagę na prace Grinkera i Spiegla, którzy w 1945 wprowadzili pojęcie stresu analizując zaburzenia w funkcjonowaniu pilotów w działaniach wojennych[81]. Selye w latach 60-ych dokonał analizy stresu fizjologicznego wyróżniając w reakcjach na stres dwie postaci mechanizmów przystosowania w warunkach stresu: *Local Adaptation Syndrome (LAS)* i *General Adaptation Syndrome (GAS).* W przypadku *GAS,* ogólnego zespołu przystosowania występują wszelkie zmiany nieswoiste tak, jak się one rozwijają w okresie ciągłego poddawania ustroju działaniom stresora, czyli czynnika wywołującego stres. Pełny rozwój *GAS* składa się z trzech etapów: reakcji alarmowej, stadium odporności i stadium wyczerpania. W okresie życia każdy człowiek przechodzi wielokrotnie przez dwa pierwsze stadia. Pełny rozwój wszystkich trzech okresów nie występuje zawsze, ale ciężki stres może doprowadzić do wystąpienia okresu wyczerpania i do śmierci. Miejscowy zespół przystosowania (LAS) występuje pod wpływem stresora działającego wybiórczo na określone miejsce ustroju. Pod wpływem tego czynnika wystąpić może wybiórcze wyczerpanie tego miejsca, np. mięśni oczu. Miejscowy stres wyczerpuje rezerwy miejscowe energii przystosowania, co doprowadza do stanu wyczerpania i automatycznie następuje przerwa czynności przeciążonej części ustroju[82]. W literaturze polskiej na uwagę zasługują koncepcja Tomaszewskiego sytuacji trudnej wyrastająca z jego teorii czynności oraz koncepcja Reykowskiego nawiązująca do teorii Tomaszewskiego. Tomaszewski opisuje sytuację trudną

---

[81] R.R. Grinker, R.R., J.P. Spiegel, *Men Under Stress.* Blakiston, Philadelphia 1945.

[82] Por. H. Selye, *Stres okiełznany,* Biblioteka Myśli Współczesnej, PIW, Warszawa 1978.

w ramach opracowanej przez siebie psychologicznej teorii funkcjonowania człowieka w sytuacji trudnej. W jej interpretacji zwraca się uwagę na indywidualne właściwości podmiotu powodujące, że dla jednego sytuacja jest normalna, dla innego nie. Kluczowe znaczenie w tej koncepcji przyznaje się procesowi zakłócenia równowagi, natomiast elementy pomiędzy którymi zakłócenie następuje znajdują się zarówno w człowieku wykonującym czynność, jak też w otoczeniu[83].

Reykowski w swojej koncepcji stresu nawiązuje do teorii Tomaszewskiego prowadząc konceptualizację skoncentrowaną na zobiektywizowaną elementach tworzących sytuacje stresu. Stres zostaje przez Reykowskiego zdefiniowany jako: „…obiektywny stosunek czynników zewnętrznych do cech człowieka, tak że ustalenie, czy stres wystąpił, czy nie – nie wymaga badania reakcji człowieka na dany czynnik"[84]. Stres psychologiczny jest rozumiany głównie w kategoriach zagrożeń, zakłóceń i deprywacji potrzeb. Stąd też, aby można było ustalić, czy dany czynnik jest stresem, czy nie trzeba ustalić kierunek dążeń człowieka i jego stabilne właściwości.

Kolejna, bardziej współczesna propozycja została zaproponowana przez Strealaua, który definiuje stres poprzez silne emocje negatywne (strach, lęk, złoć, wrogość) inne stany emocjonalne powodujące *dystres* oraz związane z nimi stany biochemiczne i fizjologiczne istotnie przekraczające podstawowy poziom aktywacji[85]. Stan ten jest wywołany

---

[83] I. Heszen, *Teoria stresu psychologicznego radzenia sobie,* [w:] J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki, T 3. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s.468.

[84] J. Reykowski, *Funkcjowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego,* PWN, Warszawa 1966, s. 208.

[85] Por. I. Heszen, Teoria stresu…, *op.cit.,* s. 469.

brakiem równowagi pomiędzy wymaganiami i możliwościami ich spełnienia przez jednostkę. Taki sposób definiowania stresu wskazuje na podejście interakcyjne w rozumieniu i interpretacji tego zjawiska. W analizie tej równowagi Strelau wyróżnia obiektywne i subiektywne wymagania oraz obiektywne i subiektywne możliwości.

Stres lęk i radzenie sobie są niezbywalnymi aspektami życia człowieka. Strategie i style radzenia sobie odgrywają główną rolę w wyznaczaniu fizycznego i psychologicznego komfortu podmiotu, gdy jednostka jest poddawana działaniu negatywnych bądź stresujących zdarzeń życiowych. Historycznie rzecz traktując należałoby wskazać i docenić badania Freuda zajmującego się procesem formowania mechanizmów obronnych służących dystansowaniu się wobec trudności i zagrożeń pojawiających się w życiu. Pytanie, jakie się pojawia jest pytanie o przystosowawczość takich form działania, które są pierwotnie nieświadome i ukierunkowane na minimalizowanie kosztów psychologicznych pojawiających się w takich sytuacjach.

W bardziej współczesnych badaniach radzenie sobie pojmuje się jako reakcję na zewnętrzne stresory, bądź zdarzenia negatywne. Owe reakcje są zwykle świadomymi strategiami bądź stylami. W starszej literaturze akcentowano nieświadome mechanizmy, które powinny być odsłaniane przez klinicystów w celu budowania przystosowawczych form działania w sytuacjach trudnych.

Pojmowanie stresu nawiązywało zwykle do jednej z trzech interpretacje pojęcia stresu:

- stres jako bodziec,
- stres jako stan organizmu (reakcje organizmu na działające bodźce),

- stres jako relacja zachodząca pomiędzy otoczeniem a podmiotem.

W tym ostatnim znaczeniu pojęcia stres używali Lazarus i Folkman pisząc stresie następująco: „…szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, który jest przez jednostkę oceniany jako nadwerężający lub przekraczający jej możliwości i zagrażający jej dobru”[86].

Wskazane sposoby rozumienia stresu są zwykle cząstkowe i uwarunkowane interpretacją w ramach ściśle określonego paradygmatu. Głównie w interpretacji stresu zwracano uwagę na negatywne konsekwencje jego działania, jak to się dzieje zwykle w modelach z grupy modeli biomedycznych. W przypadku koncepcji odnoszących się do radzenia sobie, zmagania się, procesów zaradczych, przezwyciężania, koncentrowano się raczej na wysiłkach jednostki mających na celu poradzenie sobie z trudnością sytuacji. W problematyce stresu i radzenia sobie następowały istotne zmiany wyróżniane np. przez Heszen[87]:

- akcentowanie problematyki podmiotowej jednostki,
- prowadzenie badań w warunkach naturalnych,
- akcentowanie danych fenomenologicznych - działanie jednostki jest wyznaczone głównie przez subiektywną interpretację, własne spostrzeganie, niż przez obiektywną rzeczywistość,
- analizy według schematu kołowego (podejście ogólnej teorii systemów).

---

[86] Por. R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress…..op.cit*.

[87] I. Heszen, Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu,* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.

Przy takim rozumieniu problematyki stresu i radzenia sobie o wiele łatwiej budować modele biopsychospołeczne działania jednostki nawiązujące do koncepcji Engela[88] niż miało to miejsce przy przyjmowaniu odmiennych niż powyższe cztery założenia.

Koncepcja radzenia sobie jest zwykle ścisłą konsekwencją przyjmowanej definicji stresu. I tak na przykład. w ujęciu Lazarusa i Folkman radzenie sobie to: „…stale zmieniające się, dynamiczne wysiłki poznawcze i behawioralne mające na celu opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby”[89]. Warto podkreślić, że w ramach tej koncepcji istnieje możliwość włączenia w zakres pojęcia radzenia sobie mechanizmów obronnych.

Według transakcyjnej koncepcji Lazarusa radzenie sobie ze stresem jest funkcją procesu pierwotnej oceny poznawczej zagrożenia. Jeżeli na podstawie tej oceny podmiot interpretuje transakcję jako stresującą, to zostaje uruchomiony podstawowy proces adaptacyjny w postaci radzenia sobie. Z kolei sam proces radzenia sobie ze stresem zależy od wtórnej oceny zagrożenia, w której podmiot analizuje, co może zrobić, aby poradzić sobie z wymaganiami sytuacji.

Proces radzenia sobie zawiera behawioralne i poznawcze akty działania, które mają spełniać następujące funkcje:

- zmianę sytuacji na lepsza poprzez zmianę własnego destrukcyjnego działania (koncentracja na *ja*) albo

---

[88] G.L. Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model.* “American Journal of Psychiatry”, 1980, 137(5), 535-544.
[89] Por. R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress….op.cit.*, s. 141.

poprzez zmianę niszczącego, bądź zagrażającego otoczenia,
- regulację emocji (samouspokojenie).[90]

W pewnych warunkach obydwie wskazane funkcje mogą wchodzić ze sobą w konflikt obniżając prawdopodobieństwo poradzenia sobie z zagrożeniem. Realizowanie funkcji samouspokojenia może w pewnych warunkach blokować możliwość podjęcia działań koniecznych do przystosowania. Przykładami takich działań może być unikanie przykrych myśli, zaprzeczanie, racjonalizacja, zażywanie środków uspokajających. Wysiłki służące uspokojeniu mogą być użyteczne, gdy nie blokują działań przystosowawczych.

Heszen-Niejodek na podstawie badań empirycznych wyróżniła takie wymiary radzenia sobie jak:

- poszukiwanie informacji *versus* unikanie informacji,
- poszukiwanie wsparcia społecznego *versus* unikanie wsparcia społecznego,
- aktywność *versus* powstrzymywanie się od aktywności,
- dążenie do spowodowania zmian w sobie *versus* dążenie do spowodowania zmian w otoczeniu,
- realistyczna percepcja rzeczywistości *versus* nierealistyczna percepcja rzeczywistości,
- orientacja temporalna prezentystyczna (skoncentrowanie na celach doraźnych) *versus* orientacja temporalna futurystyczna (skoncentrowanie się na celach przyszłych)[91].

---

[90] J.F. Terelak, *Stres psychologiczny,* Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1995, s. 282-283.

[91] I. Heszen-Niejodek, I., *Radzenie sobie z konfrontacją stresowa (wybrane zagadnienia)*, „Nowiny Psychologiczne”, 1991, 72-73 (1-2), s. 13-26.

Terelak w interpretacji takiego zbioru wymiarów radzenia sobie uważa, że ich wyróżnienie jest mało przydatne w związku z dużym stopniem specyficzności sytuacji stresowych[92].

Dokonywano także prób metaanalizy definicji stresu tworząc integracyjny model radzenia sobie ze stresem. Matheny wraz ze współpracownikami w wyniku metaanalizy trzydziestu pięciu definicji stresu i związanych z nimi wyników badań empirycznych proponuje aby rozumieć radzenie sobie jako: „…wysiłek, świadomy lub nieświadomy, związany z zapobieganiem, eliminowaniem lub osłabianiem stresorów albo z tolerowaniem ich efektów w sposób najmniej szkodliwy”[93]. W takiej interpretacji zachodzi konieczność rozróżniania radzenia sobie jako cechy (powiązanej z temperamentem i osobowością) i radzenia sobie jako stylu (powiązanego ze stylami poznawczymi, zależnością od pola. Zwraca się także uwagę na potrzebę rozróżnienia radzenia sobie jako procesu i radzenie sobie jako wyniku. Radzenie sobie uważa się za szczególny przypadek ogólnych zdolności adaptacyjnych uwzględniający wszelkie uwarunkowania o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym.

Rozróżnia się także radzenie sobie i zautomatyzowane reakcje adaptacyjne dotyczące realizacji wyuczonych, rutynowych zachowań. Istotnym kryterium jest tu nowość sytuacji. Lazarus w swojej koncepcji wyróżnia cztery sposoby radzenia sobie ze stresem, z których każdy pełni podwójną funkcję: funkcję rozwiązania problemu i funkcję regulacji

---

[92] J.F. Terelak, *Stres…op.cit*., s. 284.

[93]K.B. Matheny, D. W. Aycock, J.L. Pugh, W.L. Curlette, & K. Canella, *Stress Coping: A Qualitative and Quantitative Synthesis with Implications for Treatment,* “The Counseling Psychologist”, 14(4), 499–549.

emocji. Mogą one być ukierunkowane na własne *ja* bądź na otoczenie. Są to:

- poszukiwanie informacji,
- bezpośrednie działanie,
- powstrzymywanie się od działania,
- procesy intrapsychiczne (procesy poznawcze regulujące emocje w tym również mechanizmy obronne).

Poza tymi podstawowymi kategoriami w badaniach empirycznych wyróżniono szereg innych jak na przykład konfrontację, dystansowanie się, przyjmowanie odpowiedzialności pozytywne przewartościowanie, myślenie życzeniowe, ucieczka, obwinianie.

3.3. Psychofizjologiczne mechanizmy zagrożenia

W opracowaniach z zakresu psychologii medycznej, psychologii zdrowia, medycyny behawioralnej i medycyny psychosomatycznej wiele uwagi poświęca się psychospołecznym uwarunkowaniom chorób somatycznych. Szczególna uwaga badaczy koncentrowała się na chorobie niedokrwiennej prowadzącej do zawału serca. Psychologiczne interpretacje etiologii i rehabilitacji w chorobie niedokrwiennej serca (CHNS) stanowią niezwykle szeroki zakres problematyki ujmowanej w różnych perspektywach teoretycznych. Proponowane w tym miejscu ujęcie koncentruje się na behawioralnych wskaźnikach pojmowanych przez wielu autorów jako czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Wiadomo powszechnie, że choroba niedokrwienna serca wraz ze stanem zejściowym w postaci zawału mięśnia sercowego stanowi w warunkach polskich zespół chorobowy charakteryzujący się jednym z najwyższych współczynników

umieralności. Badania epidemiologiczne pozwalają stwierdzić postęp w zakresie zmniejszenia umieralności w opisywanej chorobie, zarówno warunkach polskich, jak i amerykańskich[94]. Zwraca się uwagę na fakt, że prowadzenie pierwotnej angioplastyki wieńcowej w ostrym zawale serca pozwala na 4 krotne obniżenie śmiertelności. W warunkach amerykańskich w ramach projektu FRAMINGHAM prospektywnych badań epidemiologicznych nad CHNS wykazano, że między okresami 1950–1968 a 1990–1999 łączna śmiertelność z powodu CHNS zmniejszyła się o 59% ($p < 0,001$). Wskazane rezultaty sygnalizuje się z dużym zadowoleniem i wiąże się je głównie z wykorzystywaniem współcześnie wdrażanych badań, procedur i terapii inwazyjnych w postaci angioplastyki, koronarografii oraz wszczepiania stentów w naczyniach wieńcowych. Jednakże zwraca się również uwagę na fakt, iż modyfikacja czynników ryzyka polegająca na prozdrowotnym stylu życia, jest potencjalnie najbardziej dostępną, ale jednocześnie najtrudniej osiągalną metodą prewencji.

W kategorii prozdrowotnego stylu życia umieszczamy również problematykę WZA dotycząca behawioralnych charakterystyk działania jednostki w sytuacjach zagrożenia. Z tego powodu analiza szerokiego zakresu informacji dotyczących psychofizjologicznych uwarunkowań powstawania i rozwijania WZA i jego uczestniczenia w nabywaniu CHNS jest teoretycznie i praktycznie użyteczna.

Badania nad zaburzeniami w funkcjonowaniu układu krążenia stały się jedną z najbardziej rozwiniętych gałęzi

---

[94] Ziołkowski, M., , Kubica, A., Sinkiewicz, W., Maciejewsk, J., *Zmniejszanie umieralności na chorobę niedokrwienną serca w Polsce— sukces terapii czy prozdrowotnego stylu życia?,"* Folia Cardiologica Excerpta", 2009, tom 4, nr 5, 265–272.

w badaniu behawioralnego wpływu na zdrowie. W miarę gromadzenia dowodów na rzecz występowania związków pomiędzy czynnikami psychologicznymi i behawioralnymi a rozwojem chorób układu krążenia sugerowano, że psychofizjologiczna reaktywność na stres emocjonalny może stanowić wskaźnik patogennych procesów odpowiedzialnych za rozwój choroby niedokrwiennej serca[95]. Wyniki badań prowadzonych wśród ludzi, jak i wyniki badań prowadzonych na zwierzętach sugerują, że stany fizjologiczne mogą być wywoływane za pomocą określonych bodźców behawioralnych[96]. W sytuacji, gdy stało się jasne, że WZA jest związany z chorobą niedokrwienną serca sformułowano hipotezę sugerującą, że zachowaniom osób ze WZA towarzyszą patogenne reakcje układów neurohormonalnego i naczyniowo-sercowego, które miałyby wiązać psychospołeczny stres z chorobą niedokrwienną serca.

Istnieją dwa główne teoretyczne modele wyjaśniające organizację reakcji fizjologicznych organizmu. Jeden z nich opiera się na teorii aktywacji. Podstawowe założenie tej teorii sprowadza się do twierdzenia, że istnieje ogólny stan fizjologicznego wzbudzenia przedstawiany na kontinuum od stanu snu lub nieświadomości do stanów skrajnego pobudzenia.

---

[95] T.M. Dembroski, J,M. McDougall, *Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior*. [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (Eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.106-129), Karger, Basel, New York 1983; D.S.Krantz, S.B. Manuck, *Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease. A review and methodological critique.* "Psychological Bulletin", 1984, *96*, 435-464.

[96] R.S. Eliot, J.C. Buell, T.D. Dembroski, *Bio-behavioral perspectives on coronary heart disease*. "Acta Medica Scandinavica" .Suppl., 1982, 660, 203-213.

W przeciwstawnym modelu sugeruje się, że takie kontinuum nie istnieje, natomiast występują konsekwentne i powtarzalne różnice indywidualne w dyspozycjach do reagowania. Owe indywidualne dyspozycje do reagowania są zorganizowane i mogą tworzyć układy zachowań. Są one uzależnione równocześnie od działających bodźców i od reagującego podmiotu. Można więc powiedzieć, że reakcje jednostki wyrażają indywidualną specyfikę bodźca i reakcji[97]. Model specyficzności reagowania wychodzi swoim zakresem poza koncepcje[98] i jego model reagowania wedle zasady wszystko albo nic. W szeregu eksperymentalnych studiów wykazano, że złożone układy reakcji autonomicznego układu nerwowego (AUN) są organizowane w mózgu i są sterowane poprzez mechanizmy funkcjonalne, a nie w oparciu o zasadę wszystko albo nic, bądź zdychotomizowane mechanizmy części parasympatycznej i sympatycznej AUN[99]. Engel sądzi, że istnieją wystarczające dowody wskazujące na dużego stopnia specyficzność reakcji wegetatywnych.

Stwierdzenia takie mają zasadnicze znaczenie dla studiów identyfikujących fizjologiczne wzorce reakcji w grupach pacjentów reprezentujących WZA. W sytuacji, gdy wiadomo jakie elementy składają się na WZA, i które są dominujące w danym przypadku, użytecznym byłoby dokonywanie prób opisu jednostki na poziomie fizjologicznym i behawioralnym zestawiając ich rezultaty.

---

[97] B.T. Engel, *Assessment and alteration of physiological reactivity*. [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.450-458), Karger, Basel, New York 1983.

[98] W.B. Cannon, *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.* Appleton Century Crofts, New York 1936.

[99] Por. B.T. Engel, *Assessment….op.cit.*

Można sądzić, że propozycje wskazywane przez Engela znalazły zastosowanie w koncepcji Eliasza i Wrześniewskiego, którzy dokonują takich opisów zachowania tworząc dwudzielną klasyfikację WZA uwarunkowaną typem reaktywności jednostki[100].

Teoria specyficzności reagowania ma swoje źródła w koncepcjach psychosomatycznych, które usiłowały wiązać specyficzne emocje ze specyficznymi chorobami. Cannon poszukiwał zależności pomiędzy wściekłością a wzrostem ciśnienia krwi według Alexandra[101] nadciśnienie było wynikiem konfliktu pomiędzy potrzebą wyrażania złości a potrzebą podporządkowania i uległości. Z kolei Dunbar[102] (1947) poszukiwała specyficznych typów osobowości w różnych chorobach psychosomatycznych. Niezależnie od przeprowadzonej krytyki wymienionych poglądów jednakże pozostały eksperymentalne dowody świadczące o tworzeniu wzorów reakcji AUN.

Definiowanie specyficzności składa się z definicji:

- specyficzności relacji bodziec-reakcja,
- specyficzności reakcji jednostki.

Ponadto wyróżniono jeszcze dwa inne rysy specyficzności: wyjątkowość i spójność. Specyficzność relacji bodziec - reakcja definiuje się jako tendencję do wywoływania przez określone bodźce charakterystycznych reakcji w danej grupie osób. Zgodność relacji bodziec-reakcja określa się jako

---

[100] A. Eliasz, K. Wrześniewski, *Ryzyko chorób psychosomatycznych środowisko i temperament a wzór zachowania A*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1988.

[101] Alexander, F., French T.M.,*Studies in psychosomatic medicine,* Ronald Press, New York 1948.

[102] F. Dunbar, *Psychosommatic diagnosis, Hoeber,* New York 1943.

tendencja do wywoływania przez jeden bodziec spójnej hierarchii reakcji w danej grupie osób. Wyjątkowość relacji bodziec-reakcja definiowana jest jako tendencja do wywoływania przez różne bodźce różnych reakcji w danej grupie osób. Z kolei indywidualna specyficzność reagowania jest określana jako tendencja jednostki do reagowania w charakterystyczny sposób wobec grupy bodźców. Indywidualna zgodność reagowania rozumiana jest jako tendencja jednostki do reagowania za pomocą spójnej hierarchii reakcji wobec zbioru bodźców. I w końcu indywidualna wyjątkowość reagowania jest rozumiana jako tendencja pewnej grupy osób do reagowania odmiennego wobec sposobów reagowania innej grupy osób. Engel[103] wskazuje na użyteczność pojęcia indywidualnej spójności reagowania stwarzającej nowe możliwości opisu zachowania podmiotu:

- charakteryzowanie konkretnej osoby w sytuacji działania różnych bodźców,
- charakteryzowanie nie tylko jednej, konkretnej tendencji do reagowania, ale całego układu reakcji,
- opisywanie reakcji, w przypadku której jednostka wykazuje tendencję do jej szczególnego preferowania.

W wielu badaniach interesowano się pośredniczeniem psychologicznych mechanizmów w aktywności AUN odpowiadającego za wydzielanie katecholamin (adrenaliny i noradrenaliny) oraz kortyzolu. Substancje te odgrywają kluczową funkcję w procesach reagowania na stres i radzenia sobie z trudnościami w następujący sposób:

- stanowią niezwykle czułe wskaźniki obecności stresu w transakcji jednostka środowisko,

[103] B.T. Engel, *Assessment…op.cit.*

- regulują podstawowe życiowe funkcje organizmu,
- w określonych okolicznościach jako mediatory reakcji organizmu prowadzą do choroby[104].

Frankenhauser twierdzi, że wpływ czynników psychospołecznych na wzbudzanie układu nadnerczowo-korowego i nadnerczowo-rdzeniowego jest uzależniony od poznawczej oceny stopnia równowagi pomiędzy bodźcami środowiska a zasobami jednostki w zakresie mechanizmów radzenia sobie. Opisując psychologiczne komponenty pobudzenia zwraca uwagę relację zachodzącą pomiędzy wysiłkami podejmowanymi przez jednostkę w celu poradzenia sobie z sytuacją a negatywnym stanem napięcia. Przy czym każdy z tych elementów ma znacząco różne konsekwencje fizjologiczne. Wysiłki podejmowane przez jednostkę ale bez negatywnego napięcia doznawane są jako stan radosny, pełen zadowolenia, któremu towarzyszy wydzielanie katecholamin przy blokowaniu wydzielania kortyzolu. Przypadki podejmowania wysiłków powiązane z doznawanie negatywnego napięcia emocjonalnego powiązane są z równoczesnym wydzielaniem katecholamin i kortyzolu. Zasadniczym pytaniem, jakie sobie postawiono dotyczyło sposobu wyeliminowania negatywnego napięcia emocjonalnego z działań jednostki. Frankenhauser[105] zwraca uwagę na koncepcję Seligmana[106] dotyczącą wyuczonej bezradności, powstającej m.in. w sytuacji

---

[104] M. Frankenhauser, *The sympathetic-adrenal and pituitary-adrenal response to challenge: Comparison between the sexes.* [w:] Dembroski, T. M., Schmidt, T. H., and Blümchen, G. (eds.), *Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease*, Karger, Basel, New York, pp. 91–103.
[105] *Ibidem.*
[106] M.E.P. Seligman, *Helplessness: on depression, development and death*, Freeman, San Francisco 1975.

braku możliwości posiadania kontroli nad otoczeniem. Brak kontroli jest zwykle powiązany z poczucie dyskomfortu, negatywnego napięcia emocjonalnego. Stąd też Frankenhauser sformułowała hipotezę o pozytywnym, buforowym znaczeniu kontrolowania otoczenia w zapobieganiu powstania poczucia dyskomfortu.

W laboratoryjnych badaniach eksperymentalnych prowadzonych na osobach zdrowych wyróżnił dwie sytuacje: o niskim poziomie kontroli (wysiłek powiązany z dyskomfortem) i o wysokim poziomie kontroli (wysiłek bez dyskomfortu). W pierwszym przypadku zadanie osób badanych sprowadzało się do naciskania dźwigni na każdy, losowo pojawiający się sygnały w ciągu jednej godziny. W drugiej sytuacji osoby badane wykonywały zadania polegające na różnicowaniu reakcji, wzmagające poczucie posiadania kontroli, kompetencji i uzyskiwania mistrzostwa w tym co się robi. Wyniki eksperymentu potwierdziły jego założenia. W sytuacji o wysokim stopniu kontroli uzyskano wynik wskazujący na powiązanie wysiłku ze wzrostem wydzielaniem adrenaliny bez odczuwania dyskomfortu (ograniczenie wydzielania kortyzolu; (sytuacja była spostrzegana jako bardziej przyjemna niż brak działania). W sytuacji o niskiej kontroli nastąpił wzrost wydzielania adrenaliny i kortyzolu. Dowodzi to tworzenia się selektywnych reakcji psychofizjologicznych w przypadkach psychologicznego zróżnicowania warunków sytuacyjnych[107].

W badaniach psychofizjologicznych stwierdzono, że hemodynamiczne zmiany w układzie krążenia w postaci wzrostu tempa akcji serca, wzrostu ciśnienia krwi oraz biochemiczne zmiany w postaci wzrostu poziomu katecholamin i cholesterolu występują u zwierząt podczas przedłużającego się

[107] M. Frankenhauser, *op.cit.*

silnego stresu. Analogiczne zmiany zaobserwowano w studiach nad ostrymi i przewlekłymi reakcjami psychofizjologicznymi u człowieka[108]. Zaobserwowano również, że patologiczne funkcjonowanie naczyń wieńcowych i mięśnia serca jest wywoływane w dużej mierze poprzez chronicznie podwyższony poziom katecholamin (związany z aktywnością sympatycznej części AUN). Prowadzi do zmian hemodynamicznych istotnych w CHNS (wzrost ciśnienia krwi i tempa akcji serca), zagraża wystąpieniem arytmii, aktywizuje lipidy stanowiące zagrożenie miażdżycą, grozi koagulacją płytek krwi, bezpośrednio uszkadza tkankę mięśnia serca).

Poszukiwanie weryfikacji dla hipotezy o związku reaktywności AUN ze zmianami miażdżycowymi w naczyniach wieńcowych i ich klinicznymi konsekwencjami może być realizowane w trzech kierunkach. W badaniach prowadzonych nad zwierzętami można prowadzić obserwacje behawioralnie wywołanych reakcji fizjologicznych na rozwój zmian w naczyniach wieńcowych. Kolejnym źródłem dowodów mogłyby być studia prospektywne wykazujące predyktywną wartość związku pomiędzy reaktywnością i przejawami choroby niedokrwiennej u człowieka. Po trzecie, retrospektywne badania kontrolujące reaktywność w grupach osób z CHNS i bez CHNS w sytuacjach działania stresorów. Wskazany model badań wydaje się być użyteczny, ponieważ istnieją dowody na to, że patogenne mechanizmy wiążące ze sobą czynniki psychospołeczne z CHNS najprawdopodobniej pozostają aktywne nadal po wystąpieniu objawów choroby[109]. W badaniach nad zachowaniem małp Manuck, Kaplan

---

[108] *Ibidem;*
[109] D.S. Krantz, S.B. Manuck, *Acute…, op.cit.*

i Clarkson[110] mierzyli wzrost tempa akcji serca w sytuacji działania stresora. Małpy odżywiano dietą o średnim poziomie zagrożenia miażdżycą. Czynnikiem stresogennym było pokazywanie małpom rękawicy, której używano do chwytania zwierząt, co powodowało zwykle bardzo wysoki wzrost tempa akcji serca. Zwierzęta podzielono na grupę o niskiej średniej wzrostu tempa akcji serca (61% wobec wartości spoczynkowych) i grupę o wysokiej średniej wzrostu (88% wobec wartości spoczynkowych). Wyniki badań sekcyjnych wykazały znacząco wyższy poziom zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych i aorcie w przypadku grupy o wysokim poziomie wzrostu tempa akcji serca.

Pośród badań retrospektywnych nad związkiem pomiędzy WZA i zmianami miażdżycowymi w naczyniach wieńcowych wskażmy trzy, klasyczne studia. W badaniach Zyzanskiego[111] badano stopień zwężenia w czterech głównych naczyniach wieńcowych. Okazało się, że w grupie 94 mężczyzn, ci którzy charakteryzowali się 50%-wym lub większym zwężeniem przynajmniej dwu naczyń, uzyskiwali silny związek pomiędzy ogólną skalą A w JAS a rozwojem zmian miażdżycowych w porównaniu z tymi, u których zmian nie stwierdzono. Ponadto zaobserwowano niezależny i silny związek niskiego poziomu mechanizmu zaprzeczania oraz wysokiego poziomu lęku i depresji z rozwojem patologicznych zmian w naczyniach wieńcowych. Studium przeprowadzone przez Franka stanowiło rozszerzone

---

[110] S.B. Manuck, J.R. Kaplan, T.B.Clarkson, *Behaviorally-induced heart rate reactivity and atherosclerosis in cynomolgus monkeys,* "*Psychosomatic Medicine",* 1983, *45,* 95-108.

[111] S.J. Zyzanski, C.D. Jenkins, T.J. Ryan, A. Flessas, M. Everist, *Psychological correlates of coronary angiographic findings*. "Archives for Internal Medicine", 1976, *136,* 1234-1237.

potwierdzenie rezultatów uzyskanych przez Zyzanskiego. Przede wszystkim analogiczne zależności potwierdzono dla kobiet. Po przeprowadzeniu analizy klasycznych czynników ryzyka CHNS za pomocą regresji wielokrotnej potwierdzono nadal występujący istotny związek WZA z narastaniem patologicznych zmian w naczyniach. Istotna, jak się okaże poniżej, zmiana dotyczyła zastosowanej metody badania WZA. W badaniach tych używano wywiadu ustrukturalizowanego zamiast JAS. W trzecim studium[112] zastosowano bardziej wyrafinowaną miarę stopnia zmian w naczyniach wieńcowych. Stworzono indeks TOTCI na który składała się ocena stopnia zmian dla każdej z czterech głównych naczyń wieńcowych. Zaobserwowano regularny wzrost wskaźnika TOTCI poczynając od najniższych wśród osób ze WZB, średnie dla osób o mieszanym typie X do bardzo wysokich u osób ze WZA. WZA oceniano za pomocą wywiadu ustrukturalizowanego i dodatkowo za pomocą JAS. W przypadku wywiadu siła związku była bardzo duża ($p < 0.001$). W przypadku JAS nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy WZA i zmianami w naczyniach wieńcowych. Wyniki trzech omówionych studiów są ze sobą wysoce zgodne, jednakże w badaniach Dimsdale'a[113] nie uzyskano potwierdzenia zachodzenia związku pomiędzy WZA i patologicznymi zmianami w naczyniach wieńcowych. Pomiaru WZA dokonywano za pomocą JAS i wywiadu strukturalizowanego. Próbując wyjaśnić przyczyny

---

[112] J.A., Blumenthal, R.M. Levenson, *Behavioral approaches to secondary prevention of coronary heart disease.* "Circulation",1985,76, i I-130-I-137.

[113] J.E. Dimsdale, T.P. Hackett, A.M. Hutter, P.C. Block, D.M. Catanzano, *Type A personality and extent of coronary atherosclerosis.* "American Journal of Cardiology", 1978, *42*, 583-586.

takiego rezultatu Williams[114] wiąże je z różnicami w wielkościach prób w przypadku cytowanych trzech studiów i studium Dimsdale'a, gdzie próba ta była mniejsza. Równocześnie też w badania Dimsdale'a nie posługiwano się indeksem TOTCI dającym bardziej rzetelny opis zmian w naczyniach. Potwierdzeniem takich interpretacji są późniejsze badania przeprowadzone przez Williamsa[115] w dużej grupie 424 pacjentów poddanych angiografii w *Duke University* w Stanach Zjednoczonych. Stwierdzono występowanie znaczącego związku pomiędzy WZA i zmianami w naczyniach wieńcowych. W grupie 319 pacjentów z WZA około 70% posiadało zmiany w przynajmniej jednym naczyniu (zwężenie 75%) wobec zmian u 56% ze 105 osobowej grupy ze WZB. Zaobserwowano także znaczące relacje pomiędzy poziomem wrogości mierzonej za pomocą skali w MMPI (*Multiphasic Minnesota Personality Inventory*) a wzrostem patologicznych zmian w naczyniach wieńcowych. Wynik ten był także bardzo istotny w przypadku wskaźnik TOTCI. Stwierdzono również narastanie wyników w tej w grupach badanych z kategoriami B, X, A2 i A1 w wynikach WZA, co stanowi dodatkowe zweryfikowanie trafności skali wrogości. Na podstawie swoich badań i badań prowadzonych przez Krantza[116] Williams

---

[114] R.B. Williams, *Behavioral correlates of angiographic findings.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (Eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.39-54), Karger, Basel, New York 1983.

[115] R.B. Williams, J.C. Barefoot, R.M. Califf, *et al.*, *Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease.* "Journal of American Medical Association", 1992, 267, 520-524.

[116] D.S. Krantz, M.I. Sanmario, R.H. Selvester, K.A. Matthews, *Psychological correlation of progression of atherosclerosis in men*. "Psychosomatic Medicine", 1979, *41*, 467-475.

sugeruje, że niskie wartości, bądź brak WZA stanowi czynnik zapobiegający progresji zmian w naczyniach wieńcowych.

Podsumowując przegląd zagadnień dotyczących relacji pomiędzy patologicznymi zmianami w naczyniach wieńcowych a WZA można stwierdzić, że istnieją psychometrycznie identyfikowane różnice indywidualne, które wraz z czynnikami behawioralnymi mogą wpływać na wzrost zagrożenia chorobą niedokrwienną serca. Zwraca się uwagę na konieczność odróżniania we WZA takich komponentów, które w sposób szczególny są zaangażowane we wzrost ryzyka zachorowania.

W jedynym studium prospektywnym dotyczącym znaczenia reaktywności w powstawaniu CHNS Keys i inni[117] wykazali, że wielkość zmiany rozkurczowego ciśnienia krwi w teście zimna stanowiła znaczący predyktor CHNS.

Okazuje się, że nawet w warunkach krótkiego działania stresorów psychologicznych, zarówno wywołanych w laboratorium (liczenie w pamięci, zagrożenie szokiem elektrycznym, zawstydzanie) jak i w warunkach naturalnych (wystąpienie publiczne, prowadzenie samochodu, interakcja społeczna) można obserwować silne reakcje w funkcjonowaniu układu krążenia i układu hormonalnego[118]. Wydaje się, że sposób reagowania nas stresory o krótkim czasie działania może ułatwić zrozumienie czynników uwikłanych w rozwój chronicznych chorób układu krążenia.

Omawiając problematyka psychofizjologicznych mechanizmów powiązanych z reagowaniem jednostki na psychologiczne wyzwania życia codziennego poszukujemy

---

[117] A. Keys, T. Longstreet, H. Blackburn, J. Brozek, J.T. Anderson, E. Simonson, E., *Mortality and Coronary Heart Disease Among Men Studied for 23 Years*, "Archives of Internal Medicine", 1971, 128(2):201-214.

[118] M. Frankenhauser, *op.cit.*

dodatkowych wskaźników wyjaśniających pojawianie się i rozwój CHNS. Wynika to z faktu, iż najprawdopodobniej w grupie czynników behawioralnych, środowiskowych i konstytucjonalnych modyfikujących relację zachodzącą pomiędzy WZA a CHNS są jeszcze takie, których nie znamy[119].

Dembroski w swoim zespole poszukując różnorodnych uwarunkowań choroby niedokrwiennej serca powiązanych ze WZA zastosował wiele standaryzowanych testów psychologicznych oraz prowadzi badania psychofizjologiczne w celu zidentyfikowania przyczyn nadmiernie wysokiej reaktywności układu naczyniowego. Główną hipotezą badań jest założenie, że związek pomiędzy rosnącym poziomem ryzyka zachorowania w CHNS a WZA jest modyfikowany poprzez behawioralnie uwarunkowaną predyspozycję do wzmożenia reaktywności autonomicznego układu nerwowego (AUN). Wzmożona reaktywność występuje statystycznie częściej osób ze WZA. Autorzy ci sugerują, że zespół psychologicznych i behawioralnych cech, częściowo spełniających definicję WZA wpływa na to, że jednostka reaguje na wyzwania środowiskowe wzmożonymi reakcjami ze strony układu krążenia. Przy czym reakcje te są wzmożone w sensie ilościowym, jakościowo stanowiąc normę reakcji psychofizjologicznych[120]. W badaniach wykorzystywane są metody do badania WZA i jego różnorodnych charakterystyk dotyczących sposobu mówienia i niektórych składników postaw. Celem badań jest określenie czynników psychologicznych oraz specyficznych elementów środowiska fizycznego i społecznego, które pozwolą na

---

[119] T.M. Dembroski, J.M. MacDougall, *Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior*. [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (Eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.106-129), Karger, Basel, New York 1983.

[120] *Ibidem.*

zróżnicowanie osób o niskiej i wysokiej reaktywności układu naczyniowo-sercowego. Jest to o tyle istotne, że w grupie osób o WZA tylko niewielka część wykazuje tendencję do wzrostu reaktywności autonomicznego układu nerwowego (AUN) w sytuacji działania na nie bodźcami stanowiącymi wyzwanie. Osoby o takiej właściwości są dwukrotnie liczniejsze wśród osób o WZA niż wśród osób o WZB. Dembroski sądzi, że stwierdzenie u pewnej grupy osób wzrostu reaktywności AUN zarówno w warunkach laboratoryjnych, jak i w życiu codziennym może stanowić doskonały sposób na sprecyzowanie pojęcia behawioralnej podatności wieńcowej. Modelowe ujęcie behawioralnej podatności wieńcowej powinno stanowić połączenie dwu elementów. Po pierwsze, są to właściwości WZA, które charakteryzują grupę osób o wzmożonej reaktywności AUN; po drugie, istotne fizyczne i społeczne aspekty środowiska. Wydaje się, że taka procedura jest korzystna, głównie z powodu unikania błędów nieodłącznie związanych z badaniami behawioralnymi. Uzyskujemy możliwość wskazywania osób z podatnością wieńcową poprzez analizę ich reakcji fizjologicznych niezależnie od ich konstytucjonalnych, bądź behawioralnych uwarunkowań. Ale byłoby to możliwe, gdyby ustalono zależność pomiędzy wynikami laboratoryjnych badań fizjologicznych i ich odpowiednikami w warunkach życia codziennego na podstawie badań prospektywnych.

Badania prowadzone nad osobami ze WZA dowodzą wysokiej reaktywności układu krążenia wskazującego pobudzenie AUN w wielu sytuacjach dających możliwości sprawdzenia się. Poziom reaktywności jest u nich istotnie

wyższy niż osób ze WZB[121]. Okazało się również, że te elementy WZA (mierzone za pomocą wywiadu ustrukturalizowanego), które najlepiej określały zachorowalność w CHNS są również bardzo dobrymi predyktorami wzbudzania reaktywności w warunkach stanowiących wyzwanie. Wyniki te zostały wstępnie potwierdzone w ramach badań prowadzonych w Western Electric Plant w Omaha. Dembroski stwierdził, że analizowane w sposób modelowy procedury psychofizjologiczne zostały zweryfikowane w badaniach wśród studentów, jak również pozwoliły na stwierdzenie stałych indywidualnych różnic w reaktywności AUN pracujących osób dorosłych[122]. Aczkolwiek, omawiając dane pochodzące z badań pilotażowych z Omaha stwierdza, że nie ma podstaw do uznania, że WZA można traktować zamiennie z hiperreaktywnością, podobnie WZB nie jest bezwzględnie powiązany z hiporeaktywnością. Niezależnie od tego procedury fizjologiczne stosowane w badaniach wykazały swoją wysoką użyteczność w diagnozie istotnie uzupełniając dane odnoszące się tylko do zmiennych behawioralnych pochodzących z kwestionariuszy.

Frankenhauser prowadząc badania studentów o WZA i WZB, chciała sprawdzić, czy szybkie tempo pracy i presja czasu (związana ze WZA) mają wpływ na wybór szybszego tempa pracy przez osoby o WZA i czy będzie to mieć subiektywne i hormonalne odzwierciedlenie w wynikach badań. W analizie wyników okazało się, że osoby o WZA faktycznie częściej niż osoby o WZB wybierały szybsze tempo pracy

---

[121] D.S. Glass, *Psychological and physiological responses of individuals displaying type A behaviour.* "Acta Medica Scandinavica" Suppl.,1982, *660,* 193-202.

[122] T.M. Dembroski, J.M. MacDougall, *Behavioral and psychophysiological…op.cit.*

dające im poczucie dużego obciążenia. Równocześnie też bardziej efektywnie radziły sobie z pracą niż mniej obciążone osoby o WZB. Osoby o WZA pracowały szybciej osiągając również wyższy poziom poprawności reakcji. Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie aktywacji AUN pomiędzy osobami o WZA i WZB. Frankenhauser w interpretacji stwierdza, że osoba o WZA kontrolując sytuację poprzez wybór preferowanego, wysokiego tempa pracy efektywnie radzi sobie z dużym obciążeniem bez ponoszenia negatywnych kosztów związanych z ekstremalnym angażowaniem swoich zasobów fizjologicznych. Autor wskazuje również na interesujące odniesienia jego badań do danych epidemiologicznych, w których stwierdzono, że osoby o wysokim wskaźniku zaangażowania w pracę (jeden z komponentów WZA) prezentowali znacząco niższy poziom zachorowalności w porównaniu z tymi, którzy uzyskali wysokie wyniki w czynniku sumienności i zaangażowania oraz w czynniku szybkiego tempa działania i niecierpliwości[123]. Wyniki tych badań wykazują, że sytuacje wymagające wysiłku w warunkach kontrolowanych przez jednostkę i bez negatywnych stanów emocjonalnych nie muszą być zagrażające dla zdrowia. Frankenhauser prowadząc swoje badania nawiązywała do Glassa koncepcji potrzeby kontrolowania otoczenia przez osoby ze WZA[124]. Według Glassa utrata kontroli stanowi dla osób ze WZA główne zagrożenie w ich życiu. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że Glass przedstawiając swoją koncepcję opisywał świadczące o nadwrażliwości zachowania prowadzące do kontrolowania wszystkiego, co wydaje się subiektywnie

[123] M. Frankenhauser, *op.cit.*
[124] D.C. Glass, *Behavior patterns, stress, and coronary disease.* Erlbaum, Hillsdale 1977.

konieczne. W sytuacji dalszej niemożności utrzymania kontroli pojawia się poczucie bezradności znacznie bardziej nasilone niż w przypadkach osób o małym natężeniu nasilenia zachowań wzoru A.

Badania i konceptualizacje prowadzone w zespole Dembroskiego uzyskują potwierdzenie w analizach Krantza i Manucka[125], którzy dokonali wszechstronnego przeglądu literatury koncentrując się na krytyce metodologicznej. Zidentyfikowali 37 studiów porównujących style reakcji psychofizjologicznych osób ze WZA i osób ze WZB w sytuacji działania różnych fizycznych i psychologicznych stresorów i wyzwań. Sytuacje te dotyczyły liczenia w pamięci, mierzenia czasu reakcji, rozwiązywania problemów poznawczych o różnym stopniu trudności, relacji interpersonalnych (np. wywiadu), zagrożenia awersyjną stymulacją i test „zimna" (zanurzenie w zimnej wodzie ręki lub stopy). Dokonywano analizy wieloczynnikowych wymiarów i sytuacyjnej specyfiki reaktywności naczyniowo-sercowej i hormonalnej. Kontrolowano, na ile wskaźniki laboratoryjne są niezmienne w czasie i w różnorodnych zadaniach i czy mogą być generalizowane również na sytuacje życia codziennego. W większości studiów dokonywano pomiarów zmian w poziomie reakcji wobec poziomu wyjściowego, którym były reakcje mierzone w warunkach odpoczynku. Porównując poziom reakcji psychofizjologicznych pomiędzy grupami o WZA i WZB nie stwierdzono konsekwentnego ich zróżnicowania w warunkach odpoczynku.. W przedstawianych studiach badano studentów college'ów, robotników, 7-8 letnie dzieci, młodzież i pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.

---

[125] D.S. Krantz, S.B. Manuck, *Acute…, op.cit.*

Spośród omawianej grupy 37 studiów w 11 nie stwierdzono różnicy pomiędzy osobami ze WZA i osobami z WZB w reakcjach psychofizjologicznych, bądź też zaobserwowano większą reaktywność u osób o WZB. Interpretacje autorów w tych przypadkach wskazują na problematyczność zastosowanych do pomiaru WZA metod, bądź też na trudności pomiaru zmiennych fizjologicznych w trakcie wykonywania zadań przez osoby badane.

Na uwagę zasługuje fakt, że w warunkach działających stresorów w 26 spośród 37 studiów (70%) stwierdzono większą reaktywność osób ze WZA w przynajmniej jednej z kilku psychofizjologicznych miar. Dotyczyło to głownie sytuacji, które można zinterpretować jako tworzące wyzwanie dla jednostki. Były to sytuacje rywalizacyjne, zadania psychomotoryczne dające możliwość sprawdzenia się oraz zadania weryfikujące sprawność radzenia sobie w warunkach presji czasu.

Wyniki badań prezentowane w przeglądzie Krantza i Manucka[126] sugerują potrzebę uwzględniania zależności zachodzących pomiędzy WZA i typem stresora. Dotyczy to związków pomiędzy WZA i: rangą wyzwania zawartego w sytuacji, społeczną interakcją z kobietą/mężczyzną, dobrym samopoczuciem, fizycznym/psychologicznym stresorem. Obserwowano także zależności zachodzące pomiędzy wynikami mężczyzn i kobiet. Zwykle w sytuacjach stanowiących wyzwanie mężczyźni prezentują wyższy niż kobiety poziom reaktywności. Wyniki badań wskazują jednak, że kobiety pracujące w zawodach zdominowanych przez mężczyzn reagują na stresory według modelu typowego dla mężczyzn[127].

---

[126] *Ibidem.*
[127] Por. M. Frankenhauser, *op.cit.*

W konkluzji Krantz i Manuck stwierdzają, że WZA definiowany za pomocą wywiadu ustrukturalizowanego bądź JAS jest średnio, bądź słabo związany z fizjologiczną hyperreaktywnością. Najbardziej rzetelną miarą reaktywności skorelowaną ze WZA, sprawdzającą się w różnorodnych sytuacjach okazało się być skurczowe ciśnienie krwi.

W świetle badań przeprowadzonych przez Eliasza i Wrześniewskiego[128] wydaje się że wyniki analiz dokonanych przez Krantza i Manucka można nieco inaczej zinterpretować. Otóż Eliasz i Wrześniewski sugerują, że istnieją dwa typy WZA różniące się charakterystykami biologicznymi w postaci typu układu nerwowego. Rozróżnia się dwa przypadki:

- WZA u osób nisko reaktywnych,
- WZA u osób wysoko reaktywnych.

W pierwszym przypadku osoby nisko reaktywne charakteryzując się wysokim zapotrzebowaniem na stymulację mogą nie odczuwać negatywnych skutków zdrowotnych WZA, jako że jest on zgodny z ich wyposażeniem temperamentalnym. WZA poprzez swoje składowe elementy silnie stymuluje jednostkę zaspokajając jej potrzeby. W przypadku osób wysoko reaktywnych ich zapotrzebowanie na stymulację jest niskie. Dochodzi więc do konfliktu: niska potrzeba stymulacji i realizowanie zachowań A, zwykle w wyniku presji społecznej. Prawdopodobnie, jak twierdzi Wrześniewski[129] powoduje to negatywne skutki zdrowotne. W interpretacji wyników tych badań należałoby pamiętać o wielokrotnie zgłaszanych uwagach o konieczności rozróżniania pomiędzy WZA a behawioralną podatnością wieńcową, co równocześnie wzmaga praktyczną użyteczność takiej interpretacji wskazując,

---

[128] A. Eliasz, K. Wrześniewski, *Ryzyko…op.cit.*
[129] K. Wrześniewski, *op.cit.*

jakie zachowania są, bądź mogą być odpowiedzialne za wzrost prawdopodobieństwa poniesienia negatywnych konsekwencji zdrowotnych ich przejawiania. Taka interpretacja wyników może mieć dużą użyteczność w prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej a także innych chorób.

Dokonując interpretacji psychofizjologicznych uwarunkowań w chorobie niedokrwiennej serca warto podkreślić, to, co niezmiennie powtarzało się w we wszystkich referowanych badaniach i co stanowi jeden z najbardziej intrygujących i trudnych problemów w psychosomatyce. Pytanie to dotyczy mechanizmów odpowiedzialnych za indywidualne zróżnicowanie reakcji w sytuacjach trudnych. Jego wyjaśnianie wymaga dokonywania opisu i manipulowania zmiennymi powiązanymi ze stresem oraz fizjologicznymi i psychologicznymi różnicami indywidualnymi[130]. Stosowanie takiego paradygmatu daje możliwość uwzględniania wszystkich elementów przedstawianych w teoretycznych modelach aktywacji. W zakończeniu tego rozdziału przedstawiamy model proponowany przez Williamsa syntetycznie przedstawiający relacje pomiędzy bodźcami środowiskowymi a różnymi stanami wzbudzenia. W modelu tym przedstawia się kolejne konsekwencje działania bodźca w postaci stanu wzbudzenia i procesów orientacji oraz następującej po niej ocenie poznawczej.

W zależności od indywidualnych właściwości dotyczących zapotrzebowania na stymulację może dojść do emocjonalnego wzbudzenia powiązanego z lękiem, aktywnością motoryczną i reakcjami w układzie krążenia (zwężenie naczyń,

---

[130] J.P. Harrell, *Psychological factors and hypertension: A status report.* "Psychological Bulletin", 1980, 87, 482-501.

wzrost ciśnienia krwi) mogącymi przyczyniać się do rozwoju choroby niedokrwiennej serca[131].

Badania przedstawiane w tym rozdziale zwykle koncentrowały się na możliwości analizie zależności pomiędzy WZA a rozwojem CHNS. W podejściu proponowanym przez Bensona[132] mamy do czynienia z poszukiwaniem takich behawioralnych procesów, które miałyby odnieść skutek odwrotny, tzn. spowodować zmniejszenie zagrożenia. Benson przedstawia działania prowadzące do stanu relaksacji fizjologicznie oznaczającego obniżenie aktywności sympatycznej części wegetatywnego układu nerwowego. Pozytywne zmiany naczyniowo-sercowe sprowadzają się do obniżenia zapotrzebowania na tlen, obniżenia tempa akcji serca i szybkości oddychania. A więc są to reakcje odwrotne do tych, które opisywał Cannon definiując reakcje gotowości do walki bądź ucieczki [133]. Stany relaksacji prowadzą do istotnych, stanów fizjologicznych powodujących obniżenie nadaktywności z jej wszelkimi konsekwencjami. Benson wskazuje wyniki kilku longitudinalnych studiów, w których dzięki stosowaniu relaksacji uzyskano istotne obniżenie skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi[134].

---

[131] R.B. Williams, *Behavioral…op.cit.*

[132] H. Benson, H., *The relaxation response: its subjective and objective historical precedents and physiology,* "Trends in Neurosciences"1983, vol. 6, 281-284.

[133] W.B., Cannon, *op.cit.*

[134] C. Patel, *A new dimension in the prevention of coronary heart disease.*[w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G.Blümchen (eds.). Biobehavioral basis of coronary heart disease (pp.416-438), Karger, Basel, New York 1983; R.A. Stone, J. DeLeo, Psychotherapeutic control of hypertension. "New England Journal of Medicine",1976, *294,* 80-84.

W studiach klinicznych podejmowano próby redukowani stresu za pomocą medytacji transcendentalnej (TM). Uzyskiwano rezultaty w postaci obniżania niektórych czynników ryzyka CHNS (nadciśnienie, hypercholesterolemia, palenie tytoniu). Studia meta-analityczne wykazały także, że TM powodował obniżenia pobudzenia fizjologicznego, lęku oraz wzmacniał zdrowie psychiczne[135]. Badania epidemiologiczne dostarczają danych, z których wynika, że długotrwałe stosowanie TM wpływa na obniżenie zachorowalności i śmiertelności w CHNS[136]. Zamarra w ośmiomiesięcznym studium prospektywnym prowadził badania nad użytecznością medytacji transcendentalnej (TM) w odniesieniu do pacjentów z rozwiniętą CHNS. Wdrożono program stosowania TM i kontrolowania wydolności wysiłkowej na ergometrze. Pacjenci uzyskiwali znacząco większą wydolność, większy zakres obciążenia. Studia porównawcze w grupie Afroamerykanów, zestawiające efektywność progresywnej relaksacji mięśniowej z wynikami TM w tym zakresie wykazały, że zakres relaksacji uzyskanej

[135] K. Eppley, A.I. Abrams, J. Shear, *Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: a meta-analysis.* "Journal of Clinical Psychology", 1989, *45*, 957-974; R.H. Schneider, F. Staggers, C. Alexander, W. Sheppard, M. Rainforth, K. Kondwani, S. Smith, C.G. King, *A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans*. "Hypertension",1995, *26*, 820-829.

[136] D.W. Orne-Johnson, *Medical care utilization and the transcendental meditation program.* "Psychosomatic Medicine", 1987, 49, 493-507.

za pomocą TM był dwukrotnie większy. Analogiczne efekty dotyczyły obniżenia skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi[137].

[137] J.W. Zamarra, R.H. Schneider, I. Besseghini, D.K. Robinson, J.W. Salerno, *Usefulness of the transcendental meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease,* "American Journal of Cardiology", 1996, 87: 867-870.

Rozdział 4

ZDROWIE I CHOROBA W RADZENIU SOBIE Z ZAGROŻENIEM

4.1. Wzór zachowania jako styl życia

Wskazane w tytule rozdziału kategorie w postaci zdrowia i choroby stanowią zestaw wspólnie omawianych kwestii podejmowanych w toku interpretacji zasobów posiadanych przez człowieka próbującego radzić sobie w sytuacji. Warto w związku z tym przywołać dwa przeciwstawne ujęcia tej problematyki. Pierwsze z nich jest bardziej tradycyjne i najczęściej podejmowane w interpretacjach uwarunkowań funkcjonowania człowieka. W odniesieniu do tego ujęcia używa się nazwy podejścia patogenetycznego skoncentrowanego na monitorowaniu źródeł choroby i identyfikowaniu czynników odpowiedzialnych za powstawanie choroby. Podejściem przeciwstawnym jest podejście proponowane przez Antonovsky'ego nazywane podejściem *salutogenetycznym* i skoncentrowanym na identyfikowaniu czynników stanowiących źródła zdrowia człowieka[138]. Koncepcja ta jest skoncentrowana na szerokim rozumieniu możliwości przystosowawczych człowieka, dla którego właściwe jest rozumienie problematyki zdrowia i choroby nie w kategoriach dychotomicznych, lecz w kategoriach kontinuum zdrowie — choroba. Równocześnie

[138] Por. A. Antonovsky, Rozwikłanie tajemnicy zdrowia…, *op.cit.*

zadaje się pytania o to, jakie czynniki pozwalają człowiekowi na bycie zdrowym i szybsze powracanie do stanu zdrowia w przypadku choroby. Fragmentem odpowiedzi na to pytanie może być wskazanie na dwojakie znaczenie opisywanego wcześniej WZA, który to wzór może mieć znaczenie zasobu, gdy pozwala na bardziej sprawne zaspakajanie potrzeb i realizowanie zadań. W innej perspektywie może być obciążeniem powodującym ponoszenie kosztów psychofizjologicznych prowadzących do rozwoju choroby psychosomatycznej w postaci CHNS.

Działania człowieka w sytuacjach trudnych od dziesięcioleci stanowiły przedmiot zainteresowania psychologii. Dokonywano opisu i podejmowano próby wyjaśniania sposobów zachowania się ludzi badając zarówno tkwiące w jednostce uwarunkowania podmiotowe jak i czynniki o charakterze zewnętrznym. Przedstawiano różnorodne klasyfikacje sytuacji trudnych akcentując ich obciążające znaczenie dla podmiotu. Wskazywano różnorodne mechanizmy przystosowawcze w postaci mechanizmów zachowania i mechanizmów osobowości stanowiące próby radzenia sobie z wymogami sytuacji w oparciu o posiadane do dyspozycji środki. W warunkach odpowiedniości pomiędzy trudnością sytuacji a zakresem posiadanych środków i umiejętności ich wykorzystania relacja pomiędzy człowiekiem a otoczeniem jest zwykle stabilna. Poszukując behawioralnych wskaźników opisujących działanie osoby w sytuacjach trudnych w badaniach koncentrujemy się na względnie stałym sposobie zachowania, nazywanym niekiedy stylem życia, który można rozumieć jako wyznaczający pewien określony wzór wchodzenia w relacje z otoczeniem fizycznym i społecznym. Dotyczy to charakterystycznego sposobu traktowania przedmiotów i osób

nazywanego za Friedmanem i Rosenmanem wzorem zachowania A (WZA)[139].

W prowadzonej interpretacji działania w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa kategoria WZA okazuje się być użytecznym konstruktem wyjaśniającym funkcjonowanie jednostki. Jednocześnie jest też konstruktem dobrze opisującym problematykę funkcjonowania w odniesieniu do kategorii zdrowia i choroby. W interpretacjach psychologicznych prowadzi się analizę funkcjonalna skoncentrowana na identyfikowaniu funkcji pełnionych poprzez nabyty schemat zachowania. Zwraca się uwagę na to, że ma on dwojakie znaczenie. Może pełnić funkcje przystosowawcze, gdy jego składowe wpływają na usprawnienie działań jednostki. W określonych warunkach może mieć znaczenie dezorganizujące zachowanie prowadząc do obniżenia sprawności działania i powodując w dłuższym okresie konsekwencje psychosomatyczne. Bardziej szczegółowa analiza tego problemu zostanie przeprowadzona w rozdziale piątym dotyczącym zdrowia i choroby jako wartości realizowanych w sytuacjach zagrożenia.

W badaniach prowadzonych nad wzorem zachowania A (WZA) często wykorzystuje się tylko jedną ze wskazanych metod badania. Akceptując interpretację przeprowadzoną przez Matthews można przypuszczać, że odwołanie się tylko do jednej metody wyznacza zakres uzyskiwanych wyników. Co więcej wyniki te mogą być dodatkowo zmodyfikowane poprzez typ prowadzonych badań implikujących uwzględnianie określonych zmiennych. Dalsze trudności w trafnym pomiarze WZA

---

[139] W. Czajkowski, *Type A Behavioral Pattern as an Adaptative Mechanism.* International Round Table for the Advancement of Counselling, 05.04.-09.04.1997, Fitzwilliam College, Cambridge 1997.

wynikają z wieloczynnikowego charakteru tego konstruktu i zapominania o tym w interpretacji wyników. Matthews podaje przykład osoby zaklasyfikowanej do typu A z powodu okazywania symptomów wrogości, pomimo tego, że osoba ta jest stosunkowo powolna w odpowiadaniu na pytania. Z kolei inna osoba może nie okazywać wrogości, ale bardzo szybko odpowiada na pytania[140].

Wydaje się również, że w większości badań przyjmuje się, że WZA stanowi zbiór okazywanych zachowań wynikających z predyspozycji jednostki, jak również ze środowiskowych czynników wyzwalających. W praktyce jednak WZA jest często pojmowany jako zmienna o charakterze cechy bez uwzględniania warunków środowiskowych. Zaprzeczeniem takiego sposobu interpretacji WZA są badania przeprowadzone przez Falgera[141] (1989), który uwzględniał współzależności zachodzące pomiędzy WZA, stresorami oraz przejawami wyczerpania. Natomiast w znanych pionierskich badaniach *Western Collaborative Group Study* nie uwzględniano miar odnoszących się do sytuacji życiowej badanych.

Okazuje się, że sporządzenie adekwatnej klasyfikacji czynników sytuacyjnych wyzwalających zachowania typu A nie jest proste. W badaniach Matthews można było zaobserwować różnice w zachowaniu osób o typie A i osób o typie B w następujących sytuacjach:

- o średnim nasyceniu rywalizacją,

---

[140] K.A. Matthews, *Assessment issues in coronary-prone behavior.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen, (eds.). Biobehavioral bases of coronary heart disease (pp.62-78), Karger, Basel, New York 1983.

[141] P.R. Falger, *Life-span development and myocardial infarction: an epidemiological study*. Limburg University, Maastricht 1989.

- nie poddających się kontroli,
- wymagających powolnej, uważnej pracy,
- wymagających szerokiego zakresu uwagi.

Na uwagę zasługuję również interpretacja prezentowana przez Falgera[142], w której autor dokonuje analizy społecznych i ekonomicznych uwarunkowań badań amerykańskich *Western Collaborative Group Study* (WCGS) w perspektywie koncepcji biegu życia ludzkiego. Otóż mężczyźni w próbce kalifornijskiej znajdowali się w przedziale wiekowym 39-59 lat. Stąd też zasadnicza część członków tej grupy urodziła się na przełomie lat 20-ych i 30-ych akurat tuż przed, bądź w czasie trwania Wielkiego Kryzysu. Następna dekada była dekadą wybuchu II wojny światowej. Obydwa te fakty stwarzały specyficzne okoliczności stanowiące istotne wyzwanie dla możliwości przystosowawczych jednostki. Zakładając, że potrzeba kontrolowania sytuacji jest istotnym wymiarem WZA można przypuszczać, że okres kryzysu ekonomicznego ułatwiał pojawianie się zachowań składających się na WZA. Zachowania takie byłyby reprezentacją społecznego kontekstu skłaniającego jednostkę do przejęcia kontroli nad trudnościami społecznymi i ekonomicznymi. Wydaje się również, stwierdza Falger, że okres dwu dekad po II wojnie dostarczał wielu okazji do doświadczania rywalizacji w kontaktach społecznych, co mogło istotnie wzmagać rozwój zachowań typu A, tak jak to zaobserwowano w WCGS.

Zdaniem Falgera wyniki zaprezentowanych badań skłaniają do sformułowania następujących sugestii: — konstrukty teoretyczne WZA i zachowań związanych z podatnością na chorobę wieńcową powinny być bardziej

[142] *Ibidem.*

precyzyjnie zdefiniowane i rozróżnione — z teoretycznej analizy WZA powinny zostać usunięte te elementy, które w wielu projektach badawczych zostały uznane za nieistotne, — równocześnie teoria WZA powinna ulec poszerzeniu w celu objęcia swoim zakresem dodatkowych właściwości, które mogą być związane z WZA.

Poszukiwanie nowych możliwości interpretacyjnych zależności pomiędzy WZA i CHNS wymaga uporządkowania kilku zasadniczych kwestii. Można przedstawić je za pomocą następujących pytań:

- Czy siła związku stwierdzana we wcześniejszych badaniach w grupach pracowników umysłowych zmieniła się z powodu badania odmiennych subpopulacji, czy też wynikała ze zmiany typu badań? Jeżeli tak, to czy ogólne metodologiczne właściwości badań angiograficznych zniekształcały uzyskiwane wyniki?
- Czy zmiany występujące w amerykańskim środowisku pracy w kierunku japońskiego stylu zarządzania (większy poziom współpracy, mniej jednostkowej rywalizacji, większy poziom uczestnictwa w działaniach grup) wpłynął na WZA menedżerów w stopniu redukującym ich poziom ryzyka CHNS ?
- Czy rola WZA jako czynnika ryzyka w CHNS zmniejszyła się w związku z powszechną w świadomości społecznej wiedzą na ten temat? Czy naukowcom udało się zmodyfikować ryzyko wiążące się ze WZA poprzez jego wskazanie powodujące zmianę zachowania bądź wcześniejsze poszukanie pomocy medycznej?

4.2. Wzór zachowania A – spójność wyników badań empirycznych

Po okresie blisko stu lat spekulacji i 50 lat intensywnych badań nad istotą i rzetelnością relacji pomiędzy czynnikami psychologicznymi a chorobą niedokrwienną serca trudno stwierdzić jednoznaczność proponowanych koncepcji i interpretowanych wyników badań empirycznych.

Trudności interpretacyjne rozpoczęły się wtedy, gdy nie udawało się powtórzyć rezultatów uzyskiwanych wcześniej, świadczących o związku pomiędzy WZA a CHNS. Najbardziej zaskakujące rezultaty dało podsumowanie 22-letnich badań przez Raglanda i Branda[143], które prowadzono na uczestnikach WCGS, a więc tego studium prospektywnego, w którym po raz pierwszy stwierdzono pozytywny związek zachodzący pomiędzy WZA i CHNS. Stwierdzono, że osoby ze WZB chorujące na CHNS doznały powtórnego śmiertelnego zawału serca w krótszym czasie po pierwszym niż zdarzało się to osobom ze WZA także cierpiącym na CHNS. Co więcej, osoby zdrowe ze WZA nie doznawały częściej śmiertelnego zawału niż zdrowe osoby ze WZB. Podobnie w jednym z największych studiów prospektywnych MRFIT (*Multiple Risk Factor Intervention Trial*) nie udało się potwierdzić znaczenia WZA jako predyktora CHNS.

Jednakże społeczna waga zachorowalności i umieralności w chorobie niedokrwiennej serca skłania do podejmowania nowych reinterpretacji i kolejnych badań empirycznych.

---

[143] D. Ragland, R. Brand, *Coronary heart disease mortality in the Western Collaborative Group Study. Follow-up experience of 22 years.* " American Journal of Epidemiology", 1988, 127, 462-475.

W takiej sytuacji prowadzi się studia meta-analityczne, których celem jest integrowanie wyników badań prowadzonych nad relacją pomiędzy zmiennymi osobowościowymi a chorobą niedokrwienną. Zakłada się również, że wynikiem prowadzenia takich analiz będzie także wskazanie obszarów zagadnienia wymagających wyjaśnienia. Meta-analiza jest statystyczną metodą ilościowej integracji rezultatów wielu niezależnych studiów[144]. Istotną właściwością meta-analizy jest łączne analizowanie wyników „słabszych" studiów z wynikami studiów lepiej zaprogramowanych. Ułatwia także wychwytywanie błędów w doborze próby oraz koncentrowanie się na ogólnym, analizowanym problemie. W toku meta-analizy prowadzi się porównania studiów różniących się zmiennymi niezależnymi (np. różne miary lęku, WZA), zmiennymi zależnymi (np. zawał serca, nagła śmierć sercowa) i grupami badanych (np. wiek, płeć, stan zdrowia). Wyróżnienie takich podgrup istotnie ułatwia prowadzenie analiz statystycznych w podgrupach interesujących nas zmiennych.

W pierwszym okresie badań uznano, że zbiorem zachowań podnoszącym prawdopodobieństwo zachorowania na CHNS jest wzór zachowania A[145]. Stwierdzono, że podstawowymi wymiarami tego konstruktu jest, omawiane wcześniej, rywalizacyjne dążenie do osiągnięć, poczucie presji czasu i niecierpliwość, agresywność i łatwo wzbudzana wrogość. Analizując stosowanie dwu najczęściej używanych metod do badania WZA stwierdzono, że wywiad ustrukturowany pozwala szacować charakterystyki sposobu

---

[144] H.S. Friedman, *The „disease-prone personality"*. "American Psychologist*",*1987, *42,* 539-555.

[145] T. Cooper, T. Detre, S. Weiss, *Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical review. The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease.* „Circulation", 1981, 63, 1199-1215.

mówienia, ogólną reaktywność na prowokacje oraz dążenie do przejmowania kontroli społecznej, natomiast JAS mierzy głównie presję do podejmowania działań i poczucie presji czasu[146]. Jednakże podstawowym zagadnieniem było stwierdzanie zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami WZA mierzonymi za pomocą tych metod a chorobą niedokrwienną serca.

Konstrukt WZA został opisany w latach 50-ych, w latach 60-ych dokonano empirycznej weryfikacji, już w latach 70-ych zaczął uzyskiwać powszechną akceptację. Przejawem uznania dla rangi tego konstruktu była jego ocena dokonana w 1978 roku podczas *Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease*. Stwierdzono tam, że WZA stanowi niezależny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca wśród pracujących, będących w średnim wieku obywateli Stanów Zjednoczonych[147]. Należy jednak stwierdzić, że dyskutowana w ramach Panelu kwestia użyteczności WZA w badaniach epidemiologicznych została potraktowana niezwykle wszechstronnie. Wynikiem tego było sformułowanie szeregu sugestii, wątpliwości i pytań dotyczących możliwości dalszego, rzetelnego stosowania tego konstruktu. Zwrócono także uwagę na potrzebę wyraźnego odróżnienia i zdefiniowania WZA i behawioralnej podatność na chorobę niedokrwienną serca. W tym drugim przypadku z definicji wynika związek pomiędzy zachowaniem a rozwojem choroby niedokrwiennej serca. Natomiast w przypadku WZA stanowiącego konstrukt teoretyczny, związek pomiędzy nim a CHNS jest kwestią badań empirycznych, które najczęściej wskazują, że tylko niektóre

---

[146] K.A. Matthews, *Psychological perspectives on the Type A behavior pattern.* "Psychological Bulletin", 1982, 91, 293-323.
[147] T. Cooper, T. Detre, S. Weiss, op.cit.

składniki WZA stanowią czynniki ryzyka. Wkrótce potem pojawiły się trudności w replikowaniu wyników wielu znaczących badań nad WZA i niejasności związane z interpretacją samego konstruktu i jego definicji. Taki stan rzeczy Booth-Kewley i Friedman[148] próbują wyjaśniać za pomocą dwu hipotez:

- możliwe jest zachodzenie zmian w badanym zjawisku sprowadzające się do rozpowszechnienia się postaw zdrowotnych w społeczeństwie (więcej treningu fizycznego, zmiany w diecie, rezygnacja z palenia tytoniu).
- możliwe jest również dokonanie się zmian w nastawieniu społecznym wobec problematyki badań nad związkiem pomiędzy WZA a CHNS.

W okresie początkowej fascynacji tym konstruktem bardziej prawdopodobne było publikowanie badań pokazujących ten związek niż badań mu zaprzeczających. Obecnie tendencja ta mogła ulec odwróceniu. Analogicznie, kierunek oczekiwań eksperymentatorów mógł również ulec zmianie pod wpływem zmiany postaw wobec konstruktu WZA. W starszych studiach oczekiwania badacza mogły wzmagać tendencję spostrzegania takiej zależności, obecnie odwrotne oczekiwania mogą wpływać na osłabienie takiej tendencji. Miller[149] potwierdza występowanie wpływu czasu na poziom stwierdzanej zależności pomiędzy WZA a CHNS. W badaniach

---

[148] S. Booth-Kewley, H.S. Friedman, *Psychological predictors of heart disease: quantitative review*. "Psychological Bulletin", 1987, 101(3), 343-362.

[149] T.Q. Miller, C.W. Turner, R.S. Tindale, E.J. Posavac, B.L. Dugoni, *Reasons for the trend toward null findings in research on Type A behavior*, "Psychological Bulletin", 1991, 110/3/; 469-485.

wcześniejszych charakterystyczne było wykazywanie silniejszego związku, w badaniach późniejszych siła związku malała. Za cezurę oddzielającą obydwa okresy autorzy przyjęli rok 1978, w którym odbył się omawiany już *Amelia Review Panel*[150]. Sugeruje się, że w obydwu wskazanych okresach istniały odmienne trendy dotyczące uznawania WZA za istotny czynnik ryzyka w chorobie niedokrwiennej serca. Był to powód rozdzielenia analizowanych prac badawczych na dwie grupy: prace wczesne zrealizowane przed 1978 rokiem, i prace przeprowadzone po roku 1978. Wyniki meta-analizy potwierdziły trafność takiego rozróżnienia. W przypadku studiów sprzed 1979 roku istotnie częściej stwierdzano pozytywne zależności pomiędzy WZA i CHNS (zarówno w przypadku stosowania Wywiadu Ustrukturowanego, $p<0.05$, jak i w przypadku stosowania JAS, $p<0.005$). W badaniach przeprowadzanych po 1978 r. tę zależność stwierdzano czterokrotnie rzadziej z zastosowaniem WU do pomiaru WZA i ośmiokrotnie rzadziej w przypadku stosowania metod samoobserwacyjnych.

Zwraca się również uwagę na zmiany, które mogą wynikać ze zmian świadomości społecznej i upowszechniania się wiedzy na temat uwarunkowań zaburzeń somatycznych. Matthews przypuszcza, że dosyć powszechna (w społeczeństwie amerykańskim) akceptacja konstruktu WZA wśród laików i lekarzy prowadzi do tego, że pacjenci i ich rodziny przeceniają fakt posiadania cech z nim związanych w celu nadania sensu ich chorobie[151].

---

[150] T. Cooper, T. Detre, S. Weiss, *op.cit.*

[151] K.A. Matthews, *Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) Quantitative Review.* "Psychological Bulletin", 1988, 104(3), 373-380.

Pomimo stwierdzanych trudności interpretacyjnych potwierdza się, że WZA jest wyraźnie związany z CHNS niezależnie od tego, czy prowadzi się badani prospektywne, czy też retrospektywne. Rezultat ten został wyraźnie potwierdzony przez meta-analizę Lang i Shedler[152].

W jeszcze innych interpretacjach, zwraca się uwagę, że sprzeczne wyniki badań nad związkiem WZA — CHNS spowodowały tak wiele dyskusji i polemik prowadząc Dimsdale'a do zmiany interpretacji nazwy tego konstruktu. Otóż uważa on, że w skrócie TAB (Type A behavior) A może równie dobrze reprezentować ***A****crimony* czyli zjadliwość. Wydaje się, że wspomniana przez Booth-Kewley i Friedmana zmiana nastawienia społecznego wobec konstruktu WZA faktycznie ma miejsce, co Dimsdale dość żartobliwie zasygnalizował[153].

Odwoływanie się do studiów meta-analitycznych jest użytecznym sposobem zaradzenia trudności związanej z interpretacją samego terminu WZA i badań empirycznych prowadzonych nad zależnością pomiędzy WZA i CHNS. Meta-analiza jest metodą służącą statystycznemu opracowaniu wyników wielu studiów i pozwalającą na bardziej precyzyjne oszacowanie znaczenia i zakresu wpływu badanej zmiennej niż to ma miejsce w przeglądzie poszczególnych studiów. Pomimo swojego ilościowego charakteru metoda ta w dużej mierze jest uzależniona od autora analizy. Otóż musi on dokonać szeregu wyborów, które studia włączyć do przeglądu i w jaki sposób ważyć dostępne badania. Niezależne studia są poddawane

---

[152] E.L. Lang, J.K. Shedler, *Heart disease and the Type A meta-analyzed: Order within chaos. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association.* New York, 1987 August.

[153] J. Dimsdale, *A perspective on Type A behavior and coronary disease.* "New England Journal of Medicine", 1988, 318, 110-112.

operacjom statystycznym w celu ich skuteczniejszego interpretowania i rozumienia. Podobnie jak w każdej innej procedurze statystycznej wartość metody meta-analitycznej zależy od wartości badań i studiów włączanych do przeglądu. Również ta metoda niesie ze sobą pewne niekorzystne konsekwencje. Meta-analizy mogą zawierać błąd odtwarzalności polegający na niedokładnym odzwierciedlaniu badanej zmiennej w populacji, wynikający z nieuwzględnienia pewnej liczby studiów. W wyniku meta-analizy doprowadza się do pewnego uśrednienia wyników studiów, w których zmienne niezależne, zależne i charakterystyki osób badanych nie są takie same. I wreszcie, pewne niebezpieczeństwo tkwi w próbie podsumowania problemu badawczego za pomocą jednowymiarowej wartości liczbowej[154]. Niezależnie od wskazanych trudności meta-analiza posiada jedną z istotnych zalet w postaci unikania błędu subiektywizmu typowego dla klasycznych przeglądów.

Z kolei zarzut dotyczący uśredniania i dokonywania uogólnień Rosenthal[155] odpiera twierdząc, że nie jest to czymś istotnie różnym od generalizacji ponad jednostkowej dokonywanej w konkretnych badaniach. Obawa dotycząca ujmowania wyników konkretnych badań w postaci liczbowej nie powinna przesłaniać możliwości, jakie się przez to tworzą. Mając do dyspozycji wartości liczbowe przyporządkowane poszczególnym studiom możemy je w sposób sumaryczny porównywać. Wydaje się, że meta-analiza jest szczególnie przydatna w przypadku badań nad zależnością pomiędzy WZA

---

[154] S. Booth-Kewley, H.S. Friedman, *op.cit.*.

[155] R. Rosenthal, *Meta-analytic procedures for social research*, Sage, Beverly Hills 1984.

i CHNS, w których zrealizowano wiele badań trudnych do teoretycznego uporządkowania.

W interpretacjach wyników badań nad WZA podnoszono wielokrotnie potrzebę modyfikacji rozumienia tego konstruktu. Zwraca się uwagę na konieczność prowadzenia studiów weryfikujących konstrukt WZA opracowany w warunkach kultury północnoamerykańskiej. Dotychczasowe badania nie dają jednoznacznych rezultatów stanowiących potwierdzenie trafności tego konstruktu w innych kontekstach kulturowych. Wyniki badań prowadzone w zespole Dembroskiego[156] sugerują uwzględnianie istotnej roli uwarunkowań fizjologicznych różnicujących zapadalność na chorobę niedokrwienną serca w grupie osób o WZA. Zwraca się również uwagę na potrzebę bardziej całościowego interpretowania zachowań i czynników stanowiących o podatności na chorobę wieńcową. Trudno także przecenić uwagi dotyczące konieczności precyzyjnego rozróżniania WZA od behawioralnej podatności wieńcowej. WZA stanowi konstrukt teoretyczny o ogólnym znaczeniu i przy obecnym stanie wiedzy trudno jest mówić o całościowym warunkowaniu choroby niedokrwiennej serca przez WZA. Dobrze zaplanowane badania próbują korelować tylko określone elementy zachowań typu A ze wzrostem prawdopodobieństwa zachorowania na CHNS, co ma również bardziej korzystne konsekwencje praktyczne dotyczące możliwości organizowania prewencji pierwotnej i wtórnej. Należałoby uwzględniać znaczenie wsparcia społecznego, które może istotnie modyfikować nieprzystosowawcze znaczenie WZA stanowiąc mechanizm przeciwdziałający zachorowaniu. Brak takiego oparcia może być istotnym uwarunkowaniem gotowości do wrogich

[156] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen, G., *op.cit.*

zachowań. Projekty badawcze i modele opisujące WZA powinny również odnosić się do zdarzeń życiowych o istotnym dla jednostki znaczeniu powiązanych z występowaniem lęku, depresji, złości, pozbawienia i przepracowania[157]. Wydaje się również, że prowadzone badania i konstruowane modele teoretyczne powinny odnosić się również do subiektywnego aspektu doświadczenia jednostki. Takie podejście nawiązujące do ujęć fenomenologiczno-egzystencjalnych stanowić może istotne uzupełnienie rozumienia działań jednostki znajdującej się w sytuacji zagrożenia podstawowych wartości życia i zdrowia. Tym samym może ułatwić interpretację problemu przystosowawczego bądź nieprzystosowawczego znaczenia WZA.

Behawioralne czynniki ryzyka w postaci wzoru zachowania A czynniki ułatwiają opis i analizę mechanizmów regulacyjnych jednostki stwarzając możliwość interpretacji zachowań jednostki w kategoriach adaptacji/dezadaptacji. Uwzględnianie tego wymiaru ułatwia jego teoretyczne i praktyczne odniesienia pozwalając na formułowanie zaleceń i dyrektyw o trudnym do przecenienia znaczeniu. Wiąże się ono z istotnym wzrostem prawdopodobieństwa przeżycia osoby z chorobą niedokrwienną serca kontrolującej bądź modyfikującej swoje typowe wzorce działania. W przekonaniu autora stanowi to istotne ujęcie relacji pomiędzy zachowaniami jednostki a ich psychologicznymi, interpersonalnymi i społecznymi konsekwencjami. Jednakże uwzględnianie konsekwencji własnych zachowań przez podmiot znajduje się zwykle poza zasięgiem badaczy. Ocena psychologicznych, interpersonalnych i społecznych konsekwencji zachowań jednostki jest dokonywana w oparciu o dominujące przekonania

[157] K.A. Matthews, Assessment issues…, *op.cit.*

zawarte w świadomości społecznej określonej grupy w konkretnym okresie. Stąd też nie wie się, jak dalece i czy w ogóle owe dominujące przekonania są zgodne z formułowanymi przez jednostkę interpretacjami i z jej układem odniesienia w postaci celów, strategii radzenia sobie, dyspozycji. Wskazany układ odniesienia autor uznaje za istotny czynnik pośredniczący w wyznaczaniu działań jednostki opierających się na wcześniejszym przypisaniu przyczyn swoim zachowaniom. Wskazane czynniki warunkujące podejmowanie kolejnych zachowań przez jednostkę stanowią hipotetyczne składniki struktury działania jednostki.

Opisywany wzorzec zachowania kojarzy się na zasadzie kontrastu z arystotelesowskim opisem zachowania człowieka: ”Człowiek o wielkiej duszy porusza się powoli, mówi cicho i spokojnie, bo kto dba o niewiele rzeczy, ten nie ma w zwyczaju się śpieszyć, a ktoś, dla kogo nic nie jest ważne, nie daje się rozdrażnić”[158] (Arystoteles, 1995, IV, 3). Wskazany przez Arystotelesa wzorzec zachowania wydaje się być użytecznym opisem sposobu funkcjonowania znajdującym paradoksalnie zastosowanie w rzeczywistości XXI wieku narzucającej jednostce niezwykle intensywne tempo działania[159].

4.3. Pochodzenie wzoru zachowania A

Omawiając WZA jako syndrom behawioralny należy postawić pytanie o to, jakie są mechanizmy powstawania tego

---

[158] Arystoteles, *Etyka Nikomachejska.*[w:] Dzieła wszystkie, t. IV, 3. Warszawa: PWN.

[159] Chen-Bo Zhong, DeVoe, S.E. *You Are How You Eat : Fast Food and impatience.* “Psychological Science”, 21(5), 619-622 [online] 19 marca 2010, [dostęp: 27.05.2010]. http://pss.sagepub.com/content/21/5/619

zbioru zachowań, czy syndromu emocjonalnego? Zwykle omawia się w tym kontekście wpływ rodziny wyróżniając w nim: czynniki genetyczne, modelowanie WZA przez rodziców i stosowanie różnych metod wychowawczych.

Analizy zachowań poprzedzających rozwinięcie się WZA u dzieci koncentrowały się na stylach, bądź cechach osobowości determinujących zachowania składające się na radzenie sobie. Taki styl reagowania obserwowano u dzieci i młodzieży w kontekstach analogicznych do warunków, w których prowadzono badania nad WZA u dorosłych. Matthews określa WZA u dzieci jako „zauważalny styl radzenia sobie z potencjalnie niekontrolowalnymi zdarzeniami”[160].

Autorka kładzie nacisk na trzy główne behawioralne składniki WZA:

- rywalizacyjnie uwarunkowane intensywne dążenie do osiągnięć,
- poczucie presji czasu i niecierpliwość,
- agresywność-wrogość.

WZA obserwowany u dzieci dokładnie odzwierciedla styl działania dorosłych, szczególnie wtedy, gdy jednostka czuje się zagrożona utratą kontroli. Dzieci ze WZA podejmują więcej wysiłków w celu jej utrzymania niż czynią to dzieci ze WZB. Okazuje się, że wysoki poziom WZA u dzieci jest ujemnie skorelowany z poziomem empatii. Taki stan rzeczy może sugerować, że emocje związane z rywalizacją, wrogością i niecierpliwością mogą zaburzać możliwość uwzględniania perspektywy partnera. Badania rozwojowe nie pozwalają na stwierdzenie zależności pomiędzy wiekiem dziecka a poziomem

[160] K.A. Matthews, J. Valkin, *Efforts to excel and Type A behavior pattern in children.* “Child Development”, 1981, *52,* 1283-1289.

reprezentowanego WZA, natomiast daje się zaobserwować istotny wpływ płci. Chłopcy wykazują wyższy poziom WZA niż dziewczęta we wszystkich przedziałach wiekowych[161].

WZA najczęściej nie jest rozumiany jako cecha. Jak pisze Matthews „...To czy uznamy, że WZA jest skonstruowany jako cecha, czy też nie zależy od przyjmowanego modelu cechy. Niektórzy teoretycy interpretują WZA jako cechę, chociaż w definicji WZA nie są zawarte jego środowiskowe czynniki wyzwalające. Warto również zauważyć, że definicja WZA opiera się na modelu zaburzonego zachowania a nie na modelu behawioralnym. To znaczy, zaburzenie stanowi działaniowo-emocjonalny syndrom natomiast określa się tylko zbiór prezentowanych symptomów”[162].

Wraz ze studiami epidemiologicznymi dotyczącymi ewentualnych zależności pomiędzy WZA a chorobą niedokrwienną serca, pojawiły się również badania, w których poszukiwano elementów psychologicznych tkwiących u podłoża tego wzoru zachowania, a także podejmowano próby ustalenia jakie są jego źródła. W badaniach przeprowadzonych w zespole Rosenmana i Rahe’a przeprowadzono badania nad zależnościami pomiędzy mechanizmami radzenia sobie a WZA[163]. Okazało się, że wymiar „zaangażowanie w pracę” (JAS) jest powiązany z przystosowawczymi mechanizmami radzenia sobie i niskimi wskaźnikami mechanizmów obronnych. Z kolei „dynamika działania i niecierpliwość” (JAS) były

---

[161] B.E. Compas, *Coping with stress during childhood and adolescence*. “Psychological Bulletin”,1987, 101(3), 393-403.

[162] K.A. Matthews, *Psychological perspectives on the Type A behavior pattern*. “Psychological Bulletin”, 1982, 91, 293-323.

[163] R.R. Vickers, L.K. Hervig, R.H. Rahe, R.H. Rosenman, *Type A behavior pattern and coping and defence*. “Psychosomatic Medicine”, 1981, 43(5), 381-396.

skorelowane z wysokim poziomem mechanizmów obronnych. I wreszcie „zaangażowanie-rywalizacja" (JAS) wskazywało na niski poziom przystosowawczych mechanizmów radzenia sobie. W przypadku wywiadu ustrukturalizowanego nie stwierdzono związków pomiędzy ogólnym wskaźnikiem WZA i mechanizmami radzenia sobie oraz mechanizmami obronnymi.

Podejmowano także próby wyodrębnienia osobowościowych wymiarów WZA. Chesney wraz z grupą współpracowników zastosowała w badaniach pracujących mężczyzn szeroką baterię inwentarzy osobowościowych badając także WZA za pomocą pięciu metod. Okazało się, że najlepszą metodą różnicującą osoby ze WZA od osób ze WZB była skala agresywności z Listy Przymiotników Gougha i Heilbruna. Uzyskany poziom rzetelności był nieco wyższy, niż miało to miejsce w przypadku kwestionariusza JAS. Na podstawie tych badań Chesney sugerowała, że osoba reprezentująca WZA może być opisywana nie tylko jako lubiąca rywalizację, działająca pod presją czasu, nadaktywna ale również jako agresywna, dominująca, szybko myśląca, pewna siebie, niezależna i ekstrawertywna[164]. Komponenta agresywności we WZA została poddana badaniom eksperymentalnym. Carver i Glass w dwu klasycznych studiach z zakresu psychologii społecznej stwierdzili, że osoba ze WZA w sytuacji obciążenia emocjonalnego była bardziej surowa, niż osoba ze WZB, w karaniu partnera szokiem elektrycznym. W drugim eksperymencie kontrolowano, czy w przypadku osób ze WZA pojawi się agresja w sytuacji frustracji i poniżenia. Najlepsze

[164] M.A. Chesney, G.W. Black, J.H. Chadwick, R.H. Rosenman, *Psychological correlates of the Type A behavior pattern.* "Journal of Behavioral Medicine", 1981, 4, 217-224.

zróżnicowanie osób ze WZA i osób ze WZB wystąpiło w przypadku frustracji[165]. W innych badaniach eksperymentalnych Glass i współpracownicy[166] zajmowali się identyfikowaniem zależności zachodzących pomiędzy dokuczliwością interpersonalną a pojawianiem się reakcji fizjologicznych u osób ze WZA i WZB. Badania prowadzono w grupie mężczyzn, pracowników transportowych grających w grę telewizyjną, gdy jeden z partnerów był współpracownikiem eksperymentatora. W trakcie gry mierzono badanym szybkość akcji serca, poziom ciśnienia krwi i poziom katecholamin we krwi. Współpracownik kontrolujący wyniki gry albo zajmował się tylko grą nic nie mówiąc, albo też czynił kąśliwe uwagi. W ten sposób różnicowano sytuację gry na sytuacje rywalizacyjne i sytuacje rywalizacyjne z występującymi elementami poniżania partnera. Stwierdzono wpływ sytuacji rywalizacyjnej drugiego rodzaju na różnicowanie osób ze WZA i WZB. Osoby ze WZA manifestowały wzrost poziomu ciśnienia krwi, akcji serca i poziomu epinefryny.

W badaniach prowadzonych w zespole Dembroskiego potwierdzono hipotezę dotyczącą zależności pomiędzy składnikami WZA stanowiącymi istotne predyktory CHNS a powstawanie fizjologicznego wzbudzenia w sytuacji stanowiącej wyzwanie do sprawdzenia się. Badając studentów college'u za pomocą zadań percepcyjno-poznawczych wykazano, że gotowość do reagowania wrogością była znacząco skorelowana ze wzrostem skurczowego ciśnienia krwi i tempa

---

[165] J. Dimsdale, *A perspective on Type A behavior and coronary disease*. "New England Journal of Medicine", 1988, 318, 110-112.

[166] D.C. Glass, *Psychological and physiological responses of individuals displaying type A behaviour*. "Acta Medica Scandinavica", Suppl.1982, 660, 193-202.

akcji serca[167]. Dembroski sugerował również, że osoby ze WZA o wysokim stopniu gotowości do reagowania wrogością mają tendencję do wyszukiwania takich aspektów sytuacji, które stanowią wyzwanie i przeceniania stopnia tego wyzwania. Wytworzenie gotowości do takiego spostrzeganie sytuacji wiąże się dla nich z częstym, bądź nawet chronicznym stanem nadmiernego wzbudzenia aktywności w układzie naczyniowym[168].

W innych badaniach Dembroskiego wykazano, że tylko gotowość do okazywania wrogości mierzona na podstawie wywiadu ustrukturalizowanego jest powiązana ze zmianami w naczyniach wieńcowych. Stwierdzono także, że sposób wyrażania złości stanowi istotny korelat CHNS. Pacjenci wykazujący tendencję do powstrzymywania ekspresji złości i uzyskujący wysokie wyniki w zakresie wrogości charakteryzowali się poważniejszymi zmianami w naczyniach wieńcowych niż pacjenci otwarcie wyrażający złość. Wyniki te zostały potwierdzone w badaniach Mc Dougalla[169]. Analogiczny rezultat sygnalizuje pokazując, że analiza wyników badań projektu Framingham potwierdza predyktywne znaczenie braku otwartego okazywania złości dla występowania CHNS w przypadku obydwu płci[170].

---

[167] J. Dimsdale, *op.cit.*

[168] T.M. Dembroski, J.M. MacDougall, *Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (Eds.). Biobehavioral basis of coronary heart disease (pp.106-129), Karger, Basel, New York 1983.

[169] P.T. Costa, D.S. Krantz, *Task Force 2: Psychological risk factors in coronary artery disease.* "Circulation", *76(suppl.),*1985, I-145—I-149.

[170] S.G. Haynes, M. Feinleib, W.B. Kannel, *The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III.Eight-year incidence of coronary heart disease.*" American Journal of Epidemiology", 1980, 111(1), 37-58.

Formułuje się też hipotezę o istotnym znaczeniu takich ekstremalnych reakcji hemodynamicznych zachodzących w sytuacjach życia codziennego u osób z podatnością wieńcową jako czynników pośredniczących pomiędzy czynnikami behawioralnymi a zmianami miażdżycowymi. Stąd też w literaturze przedmiotu można się spotkać ze stwierdzeniem, że zablokowane działanie celowe może być źródłem wrogości u osób z behawioralną podatnością wieńcową.

W studium nad bliźniętami przebadano pary bliźniąt jednojajowych i dwujajowych w wieku 44-45 lat stosując badania biomedyczne i szeroką baterię badań psychologicznych z uwzględnieniem Kwestionariusza Thurstone'a do badania temperamentu, Kalifornijski test osobowości (CPI) Gougha i Listę Przymiotników (ACL) Gougha i Heilbruna. Wyniki tych badań nie wskazywały na ogólny, bezpośredni związek WZA z dziedziczeniem. Aczkolwiek taki związek potwierdzono dla podskal testu Thurstone'a i podskal Listy Przymiotników (Thurstone — aktywność, impulsywność, dominacja i uspołecznienie; ACL — samokontrola, potrzeba pokazania się). Przy czym skale te były istotnie skorelowane ze WZA. Autorzy formułując konkluzję stwierdzali, że pomimo braku wyraźnego związku pomiędzy WZA a czynnikami genetycznymi niektóre właściwości temperamentu skorelowane ze WZA mają uwarunkowania genetyczne [171].

Powyżej omówione wyniki zostały potwierdzone badaniami przeprowadzonymi przez Glassa. Przebadano za pomocą JAS i Kwestionariusza Thurstone'a 100 par bliźniąt . Analiza przeprowadzona dla 56 par wykazała wyniki

---

[171] R.H. Rahe, L. Hervig, R.H. Rosenman, *The heritability of Type A behavior*. "Psychosomatic Medicine", 1978, *40*, 478-486.

analogiczne do poprzednich. Cztery podskale Kwestionariusza Thurstone'a wykazywały uwarunkowania genetyczne. Podskale aktywności, impulsywności i dominacji były istotnie skorelowane ze WZA[172]. W innych badaniach prowadzonych na dużej grupie bliźniąt oceniano WZA za pomocą JAS, wywiadu ustrukturalizowanego i skali Framingham. Wykorzystywano również kwestionariusz Thurstone'a oraz Listę Przymiotników ACL. Okazało się, że wpływ uwarunkowań genetycznych we WZA mierzonym za pomocą JAS i skali Framingham wyjaśniał tylko 30% zmienności. Podobnie jak poprzednio wyniki podskali aktywności Kwestionariusza Thurstone'a wykazywały uwarunkowania genetyczne. Wykorzystywanie metody wywiadu ustrukturalizowanego nie potwierdzało znaczenia czynników genetycznych dla powstawania WZA. Z kolei odwoływanie się do metod typu *self-report* wskazywało na występowanie takiego efektu. WZA stanowi wieloczynnikowy syndrom zachowań, spośród nich tylko niektóre są powiązane z podwyższaniem ryzyka zachorowalności w CHNS. Dembroski & MacDougall podkreślają, że w badaniu znaczenia czynników genetycznych pomiędzy parami bliźniąt należy pamiętać o tym, że globalny pomiar WZA opiera się na nie do końca precyzyjnych miarach specyficznych zachowań. Stąd też studia nad zgodnością globalnego WZA u bliźniąt mogą maskować genetyczne uwarunkowania poszczególnych jego składników[173]. Sugerowano, aby powstrzymać się od przedwczesnych konstatacji ponieważ badania nad modelowaniem w przypadku WZA u dzieci znajduje się we wczesnym stadium, podobnie jest w przypadku metod wychowania. Sugestia ta została sformułowana przez Matthews

---

[172] Por. K. Wrześniewski, *op,cit.*
[173] T.M. Dembroski, J.M. MacDougall, *op.cit.*

w roku 1981. W badaniach prospektywnych New York Longitudinal Study skoncentrowano się na wczesnych temperamentalnych uwarunkowaniach WZA u dorosłych. Okazało się, że właściwości temperamentalne oszacowane u dzieci w wieku 3-4 lat stanowiły istotne predyktory WZA identyfikowane dwadzieścia lat później[174].

4.4. Modyfikowanie wzoru zachowania A. Kultura i natura

Zachowania składające się na WZA są często omawiane w aspekcie ich przystosowawczego/nieprzystosowawczego znaczenia. W szeregu badaniach stwierdzano negatywne znaczenie WZA jako czynnika ryzyka choroby wieńcowej. Stąd też uzasadnione jest formułowania kolejnego pytania o to, jakie są drogi i metody modyfikacji zachowań w kierunku bardziej zdrowego stylu życia. Stawiane jest również pytanie o to, czy taka modyfikacja w ogóle jest możliwa. Wydaje się, że trudno byłoby przecenić znaczenie tego problemu posiadającego poważne praktyczne i profilaktyczne znaczenie. Uwzględniając główne elementy definiujące WZA wydaje się, że szczególnie istotne w organizowaniu procesu zmian jest koncentrowanie się na:

- modyfikacji obronnej tendencji do kontrolowania otoczenia,
- modyfikacji wrogich nastawień,
- zmianie nastawień rywalizacyjnych i nadmiernego pobudzenia,

[174] L. Steinberg, *Early temperamental antecedents of adult Type A behaviors*. ”Developmental Psychology”, 1985, 21, 1171-1180.

- modyfikacji ukrytej wrogości powiązanej z irytacją i złością[175].

Wyniki wielu badań skłaniają do uznania roli czynników psychospołecznych w wyjaśnianiu powstawania i przebiegu choroby wieńcowej. Szczególnie istotne są badania podejmowane nad zmianą WZA wśród osób, które doznały zawału serca. Najbardziej wszechstronny projekt, jaki zrealizowano badając możliwość modyfikowania WZA to *Recurrent Coronary Prevention Project* (RCPP). Równocześnie badano efektywność takiej modyfikacji w przypadku pacjentów po zawale serca.

Badania te dotyczyły ponad ośmiuset pacjentów poniżej 65 roku życia z rejonu Zatoki San Francisco z udokumentowanym zawałem serca. Losowo utworzono dwie grupy: grupę, która miała być poddana programowi modyfikacji WZA, jak również poradnictwu kardiologicznemu oraz grupę, którą poddano tylko poradnictwu kardiologicznemu. Trzecią grupę stanowili pacjenci, którzy odmówili zgody na poddanie się procedurze losowania. bądź przyłączenia się jednej z grup. Badania prowadzono w okresie 5-cio letnim. W pierwszej grupie stosowano procedury behawioralne mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa powtórzenia się zawału serca poprzez modyfikację zachowań związanych z WZA.

W początkowej fazie pracy grupy nawiązywano do poznawczego modelu uczenia społecznego. W późniejszym etapie zwracano uwagę na charakterystyczne przekonania o sobie (nierealistyczne oceny własnych możliwości,

---

[175] C.E. Thoresen, M. Friedman, J.K. Gill, D.K. Ulmer, *The recurrent coronary prevention project. Some preliminary findings.* "Acta Medica Scandinavica" *Suppl.*1982, 660, 170-192.

przecenianie znaczenia osiągnięć jako miary własnej wartości), przekonania na temat innych (wrogość, podejrzliwość, nastawienia rywalizacyjne) oraz ogólne nastawienia wobec życia (znaczenie WZA w osiąganiu sukcesu zawodowego). Wdrażano szeroki zbiór behawioralnych technik modyfikacji funkcjonowania pacjentów. Wiele uwagi przywiązywano do zmiany wrogich nastawień, zmiany tendencji do utrzymywania kontroli nad otoczeniem oraz zmiany nastawień rywalizacyjnych i nadmiernego pobudzenia. Prezentowane alternatywne wobec WZA zachowania za pomocą metafor, aforyzmów, odgrywania ról i ćwiczenie bardziej przystosowawczych mechanizmów radzenia sobie.

W drugiej grupie pacjenci byli pod opieką kardiologa skoncentrowanego na leczeniu farmakologicznym, diecie, ćwiczeniach fizycznych. W trzeciej grupie pacjenci znajdowali się pod regularną opieką swojego lekarza.

Wyniki kontrolowano poprzez miary behawioralne i obiektywne kliniczne wskaźniki. Miary behawioralne uzyskano poprzez rejestrowany za pomocą video Wywiad Ustrukturalizowany, samoobserwacyjną miarę WZA oraz kwestionariusz wypełniany przez małżonka i współpracownika pacjenta. Badania wykonywano na początku projektu i pod koniec trzeciego roku trwania projektu.

Wyniki wskazują na istotne zmniejszenie się liczby powtórnych zawałów serca w grupie, wobec której stosowano procedury behawioralne w porównaniu z grupą prowadzoną przez kardiologa i z grupą pacjentów znajdujących się pod opieką lekarza. Okazało się, że pacjenci z grupy pierwszej zmieniali zachowania związane z WZA mierzone za pomocą kwestionariuszy jak i za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu video. Rejestrując znaczące w tym badaniu wyniki trzeba stwierdzić, że nie stwierdzono różnicy pomiędzy grupami

w zakresie poziomu śmiertelności. Generalny rezultat uzyskany w RCPP potwierdza możliwość dokonywania modyfikacji WZA za pomocą procedur behawioralnych.

Poszukując efektywnych sposobów modyfikacji WZA jednakże trudno byłoby wskazać, które z licznych, wykorzystywanych sposobów oddziaływań odegrały decydującą rolę w tym procesie.

Wydaje się, że w przypadku podejmowania prób modyfikacji WZA użyteczne dla efektywności takich działań jest dokładne odróżnianie konstruktu *Wzór zachowania A* od behawioralnej podatności na chorobę niedokrwienną serca. Jak zwracałem na to uwagę już wcześniej, rozróżnianie tych dwu pojęć o różnym zakresie znaczeniowym warunkuje realizację zamierzonych celów. Podjęcie próby modyfikacji WZA rozumianego ogólnie może przynieść zamierzony skutek w sposób przypadkowy. Tylko operacyjne określanie zachowań poddawanych modyfikacji pozwala je kontrolować w czasie i mierzyć efekty modyfikacji.

Nunes, Frank i Kornfeld zauważają w oparciu o meta-analizę przeprowadzoną na podstawie 18 projektów badawczych, że oddziaływania psychologiczne są skutecznym sposobem modyfikowania WZA i ograniczania nawrotów choroby niedokrwiennej serca[176]. W referowanych badaniach stwierdzano obniżanie się poziomu śmiertelności pacjentów i zmniejszanie liczby zawałów przy poziomie istotności mniejszym niż 0,0001. Analiza statystyczna prowadzona łącznie dla 18 projektów dowodzi, że pacjenci zmniejszali swój wynik w skali WZA o połowę odchylenia standardowego.

---

[176] E.V. Nunes, K.A. Frank, D.S. Kornfeld, *Psychologic treatment for the type A behavior pattern and for coronary heart disease: a meta-analysis of the literature.* "Psychosomatic Medicine", 1987, 49(2), 159-173.

W jednych z polskich badaniach dotyczących choroby niedokrwiennej serca nie posługiwano się, co prawda metodami do badania WZA, jednakże na podstawie wyników analizy czynnikowej ustalono, że właściwościami istotnie skojarzonymi z chorobą jest skłonność do pracy w napięciu, dążenie do nieustannych osiągnięć i dominacji. A więc były to cechy dość bliskie definicyjnej zwartości WZA. W interpretacji wyników badań wiele uwagi zwracano na konieczność podejmowania prób dokonania zmian tych nastawień.

W wielu krajach daje się zaobserwować wzrost śmiertelności wynikający z choroby niedokrwiennej przy niezmienionym poziomie śmiertelności w innych chorobach. Badania potwierdzają tezę, że wzrost zachorowalności na chorobę wieńcową następuje zwykle po przeniesieniu się w regiony wysoko zurbanizowane. I tak na przykład dotyczyło to Maorysów i Polinezyjczyków, którzy przenieśli się do zurbanizowanych regionów Nowej Zelandii. Grupa ta prezentuje znacząco wyższy poziom zachorowalności na chorobę niedokrwienną serca w porównaniu z osobami, które nadal żyją na małych wyspach Pacyfiku. Mieszkańcy tych wysp bardzo rzadko zapadają na tę chorobę pomimo spożywania dużej ilości tłuszczów nasyconych, co stanowi istotny czynnik ryzyka zachorowalności w CHNS. Podobnie jest w przypadku mieszkańców Jemenu, którzy przenieśli się do Izraela i mieszkańców Puerto Rico przenoszących się do zurbanizowanych regionów wyspy. W tym ostatnim przypadku zaobserwowano istotną różnicę pomiędzy stałymi mieszkańcami regionów zurbanizowanych, a tymi którzy się tam przesiedlili na niekorzyść tej ostatniej grupy. Również mieszkańcy Japonii posiadają stosunkowo niski poziom zachorowalności na chorobę

niedokrwienną serca w porównaniu z Amerykanami japońskiego pochodzenia na Hawajach i w Kalifornii [177].

Wielokrotnie podnoszono zastrzeżenia dotyczące możliwości kulturowego modyfikowania wyników badań nad związkiem WZA z CHNS. Dlatego też w analizach statystycznych dotyczących wyników uzyskanych w różnych badaniach prowadzi się odrębne analizy dla badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych i w innych krajach. Idea takiego rozróżnienia wydaje się trafna, aczkolwiek wątpliwości musi budzić łączne potraktowanie wszystkich krajów poza Stanami Zjednoczonymi. Intencją autorów było najprawdopodobniej zadbanie o to, aby pamiętać o tym, że wszystkie standardowo używane metody badania WZA zostały skonstruowane w Stanach Zjednoczonych[178]. Stąd też zachodzi pewna obawa, iż przenoszenie metod w inny kontekst kulturowy, pomimo prowadzonych badań walidacyjnych może dawać inne wyniki niż w kraju ich pochodzenia. Wydaje się jednak, że łączne analizowanie wyników pochodzących z tak różnych warunków kulturowych jak np. Polska i Chiny nie daje gwarancji uchwycenia tych różnic. Względnie niski poziom CHNS w Japonii uzyskiwał różne interpretacje. Może to być może to być uwarunkowane czynnikami kulturowymi wyznaczającymi określone wzory wchodzenia w relacje interpersonalne. W warunkach tradycyjnej kultury japońskiej

---

[177] R.H. Rosenman, *Current status of risk factors and type A behavior pattern in the pathogensesis of ischemic heart disease.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, *G.Blümchen (eds.). Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.5-17), Karger, Basel, New York 1983.

[178] T.Q. Miller, C.W. Turner, R.S. Tindale, E.J. Posavac, B.L. Dugoni, *Reasons for the trend toward null findings in research on Type A behavior,* "Psychological Bulletin", 1991, 110/3/; 469-485.

nie akceptuje się okazywania niechęci i braku zaufania wobec innych. Może to być również związane z niskim poziomem wrogości, który interpretuje się jak bufor przeciwdziałający rozwijaniu się CHNS. Autor ten sugeruje również, że prawdopodobnie w warunkach populacji żyjących w oparciu o inne wzory organizacji życia społecznego, niż jest to przyjęte w warunkach kultury Zachodu korzysta się z obronnego wpływu niskiego poziomu wrogości wysoko skorelowanej z niską zachorowalnością w CHNS. W zespole Marmota i Syme'a przeprowadzono kilka studiów nastawionych na kontrolowanie kulturowych i psychospołecznych uwarunkowań zachorowalności i śmiertelności w przypadku CHNS. W pierwszym z nich prowadzono badania porównawcze w Japonii, na Hawajach i w Kalifornii posługując się porównywalnymi metodami. Poziom zachorowalności i śmiertelności w CHNS był najniższy w Japonii a najwyższy w Kalifornii. Wartość wskaźnika dla Japończyków mieszkających na Hawajach sytuowała się pomiędzy. Przy tym jest bardzo charakterystyczne, że opisywane zróżnicowanie wskaźników nie da się wyjaśnić za pomocą występowania różnic w poziomie głównych czynników ryzyka. Marmot i Syme sugerują, że w Japonii charakterystyczny jest wysoki poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywanego w rodzinie, opartego na silnych więziach łączących poszczególnych jej członków. Najprawdopodobniej Japończycy, którzy przejęli amerykański styl życia mieszkając na Hawajach, bądź w Kalifornii, tracąc kontakt ze swoją rdzenną kulturą zrezygnowali z tych wzorów zachowań i relacji interpersonalnych, które mają znaczenie prewencyjne wobec rozwijania się CHNS. Interpretacja ta uzyskała oparcie w badaniach empirycznych tych autorów. Prowadząc badania

w grupie Japończyków mieszkających w Kalifornii stwierdzono występowanie tam dwu subpopulacji:

- imigranci, którzy przejęli zachodni styl życia,
- imigranci, którzy zachowali tradycyjne, japońskie wzorce kulturowe.

W przypadku grupy, która zerwała z tradycyjnymi, japońskimi wzorcami kulturowymi wskaźnik zachorowalności na CHNS był od 2,5 do 5 razy wyższy w porównaniu z grupą przywiązaną do wzorców japońskich[179]. W przypadku drugiej grupy, Japończycy kultywujący tradycyjnie japońskie wzorce kulturowe utrzymywali również bliskie, wspierające kontakty interpersonalne dające poczucie bezpieczeństwa i obniżające negatywne konsekwencje napięcia emocjonalnego w nowych sytuacjach[180].

Potwierdzeniem takiego sposobu interpretacji znaczenia więzi społecznych jest, *Alameda County Study* przeprowadzone w Kalifornii w grupie około siedmiu tysięcy mieszkańców regionu Alameda. W badaniach tych zweryfikowano hipotezę o pozytywnym wpływie wsparcia społecznego i bliskich relacji emocjonalnych na obniżenie poziomu śmiertelności[181]. Rezultat tych badań został potwierdzony w dwóch innych projektach amerykańskich prowadzonych w regionach Tecumseh i Durham[182]. Wyniki tych badań dodatkowo wskazują,

---

[179] M.G. Marmot, S.L. Syme, *Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans.* "American Journal of Epidemiology", 1976, 104, 225-246.

[180] S.L. Syme, *Coronary artery disease: a sociocultural perspective.* "Circulation",1985, *I-112-I-116.*

[181] L.F. Berkman, L. Syme, *Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents.* "American Journal of Epidemiology", 1979, 109, 186-204.

[182] S.L. Syme, *op.cit.*

że czynnik ruchliwości (geograficznej) sam w sobie niewiele wyjaśnia. Dopiero w połączeniu z innymi uwarunkowaniami działania jednostki dotyczącymi systemu wartości, przywiązania (bądź jego braku) do rodzimego kręgu kulturowego ułatwia interpretację funkcjonowania jednostki w warunkach różnych od kraju pochodzenia.

Interpretacje te znajdują swoje potwierdzenie w opisanych wyżej badaniach przeprowadzonych na Amerykanach japońskiego pochodzenia mieszkających na Hawajach.

Cohen, Syme i Jenkins[183] stwierdzili w *Honolulu Heart Program* (badania prospektywne), że mężczyźni, którzy zmieniali swoje podstawowe wzory kulturowe zapadali od 2 do 3 razy częściej na CHNS w porównaniu z mężczyznami o ustabilizowanych i trwałych wzorach postępowania. Badania te przeprowadzono w grupie 2 200 mężczyzn japońskiego pochodzenia. Badania prowadzono za pomocą JAS i kontrolowano wpływ WZA na rozwój CHNS w okresie ośmiu lat. W tej grupie charakterystyczna była o 50% mniejsza częstotliwość jej występowania niż miało to miejsce w badaniach Framingham. W wynikach badań nie stwierdzono zależności pomiędzy WZA a pojawianiem się CHNS, zawału serca i *angina pectoris*. Ponadto zaobserwowano, że w grupie Japończyków WZA jest znacznie rzadziej spotykany w porównaniu z populacją amerykańską (18, 7% w populacji *Honolulu Heart Program* wobec 50% w populacji Framingham). Fakt ten znajduje uzasadnienie w uwarunkowaniach kulturowych. W warunkach kultury

[183] J.B. Cohen, S.L. Syme, C.D. Jenkins, *The cultural context pf type A behavior pattern and the risk of coronary heart disease.* " American Journal of Epidemiology",1975. *102,* 434.

japońskiej wysoko ceni się umiejętność współżycia z innymi, zaufanie i współpracę

W analizach podkreślających znaczenie czynników społecznych i kulturowych wskazuje się na znaczenie podstawowych wzorców wynikających z wartości typowych dla danego kręgu kulturowego. Dezintegracja tych wzorców i próby przystosowania się do warunków nowej sytuacji wiąże się z ponoszeniem konsekwencji zdrowotnych związanych ze stresem. W większości omawianych przypadków nie można wyjaśnić prezentowanych różnic zwracając uwagę na odmienne czynniki ryzyka w postaci wieku, poziomu ciśnienia krwi, palenia tytoniu, wagi ciała, czy innej diety. Wydaje się, że są one głównie związane z uwarunkowaniami psychospołecznymi.

Analogiczne rezultaty pochodzą z badań prowadzonych w Roseto, zamkniętej społeczności włoskich imigrantów mieszkających we wschodniej Pensylwanii od końca XIX wieku. Wolf[184] stwierdził, że poziom śmiertelności mierzony w siedmioletnim okresie (1955-1961) był dwukrotnie niższy niż w czterech sąsiednich miastach. W związku z tym zorganizowano badania porównawcze w Roseto i dwu sąsiednich miastach. Analiza głównych czynników ryzyka nie różnicowała badanych społeczności. Istotnym czynnikiem różnicującym były bliskie więzi rodzinne i społeczne funkcjonujące w Roseto powiązane z wysokim statusem społecznym osób starszych. Identyfikowano także silne przywiązanie do tradycyjnych wartości i zachowań mieszkańców włoskich wsi. Wśród młodszych mieszkańców Roseto zaobserwowano trwające przywiązanie do wartości ich rodziców z jednoczesnym występowaniem tendencji

[184] S. Wolf, *Mortality from myocardial infarction in Roseto.* "Journal of American Medical Association", 1966,1, 142.

w kierunku bardziej amerykańskiego stylu życia. Dalsze badania trwające w Roseto w latach 1965-1975 wykazały, że poziom śmiertelności w wyniku zawału serca stopniowo wzrastał dorównując wartości współczynnika w sąsiednich miastach[185].

W przypadku obydwu ostatnio omawianych studiów: Honolulu Heart Program i Roseto widać bardzo wyraźną zależność zachodząca pomiędzy dokonywaniem się szybkich zmian społecznych, zaburzających wpływ tradycyjnych dla danej społeczności wartości i stylu życia, a poziomem zachorowalności i śmiertelności w CHNS.

Szersza, społeczno-kulturowa perspektywa w wyjaśnianiu czynników behawioralnych CHNS jest użyteczna zarówno w badaniu jej przyczyn, jak też podejmowaniu działań zapobiegawczych. Prezentowane wyniki badań międzykulturowych wskazują na wpływ zachodniej etyki pracy i powiązanego z nią stylu życia na podwyższanie się poziomu zagrożenia z powodu CHNS. Prawdopodobne jest zachodzenie analogicznego procesu w przypadku kobiet[186].

Warto również zwrócić uwagę na klasyfikację zachowań uwikłanych w podatność na chorobę wieńcową. Dembroski, Schmidt i Blümchen[187] wyróżniają dwie formy takich zachowań:

---

[185] H.A. Tyroler, S.G. Haynes, *Task force 1: environmental risk factors in coronary artery disease.* "Circulation", 1987, 76(suppl.1), 139-143.

[186] M.A. Chesney, *Occupational setting and coronary-prone behavior in men and women.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G.Blümchen (Eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.79-90), Karger, Basel, New York 1983.

[187] Dembroski, T.M., Schmidt, T.H., Blümchen, G., *op.cit.*

- zachowania konsumacyjne polegające na zażywaniu, pobieraniu substancji wpływających negatywnie na układ krążenia,
- zachowania związane ze stresem.

Interesujące jest podkreślanie przez tych autorów, iż zrobiono bardzo wiele dla budowania programów modyfikacji zachowań dotyczących palenia papierosów, nawyków żywieniowych i innych zachowań wpływających na stan zdrowia. Równocześnie zwraca się uwagę na fakt niedostatecznego zainteresowania problematyką stresu rozumianego jako zespół warunków sprzyjających nasilaniu się bądź powstawaniu choroby wieńcowej.

Reakcją na takie krytyczne sformułowania dotyczące niedostatecznego opracowania problematyki behawioralnego modyfikowania czynników ryzyka CHNS jest analiza i interpretacja badań w tym zakresie przeprowadzona w ramach Sea Island Conference on *Behavioral Medicine and Cardiovascular Disease.* Jeden z interesujących dla mnie wątków dotyczy możliwości modyfikowania czynników behawioralnych w celu zredukowania śmiertelności, zachorowalności i rozwoju choroby u pacjentów ze stabilną CHNS.

Staje się coraz bardziej zrozumiałe, że czynniki takie jak: zmienne demograficzne, socjo-ekonomiczne, kulturowe, psychologiczne i emocjonalne stanowić mogą czynniki pośredniczące w etiologii choroby wieńcowej. Zdarzenia życiowe, niepowodzenia, deprywacje emocjonalne, utrata kogoś bliskiego, bądź czegoś znaczącego może istotnie modyfikować

sprawności przystosowawcze jednostki w zakresie radzenia sobie z sytuacjami zagrożenia, ułatwiać rozwój choroby[188].

[188] Por. W. Czajkowski, *Społeczno-kulturowa transmisja wzoru zachowania A*, [w:] K. Mudyń (red.). *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań, postaw i wartości.* Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2013.

ZAKOŃCZENIE

Prowadzenie analizy psychologicznych mechanizmów działania *indywidualnego podmiotu bezpieczeństwa* w sytuacji zagrożenia odniesione do kontekstu zagrożenia bezpieczeństwa stanowi istotne rozwinięcie problematyki usytuowanej w obszarze pomiędzy pojęciami *zagrożenie* i *bezpieczeństwo*.

Spójne używanie terminów *bezpieczeństwo*, *bezpieczny*, *zagrożenie* i *poczucie zagrożenia* obliguje do odniesienia w analizie semantycznej tych terminów do problematyki wartościowania. Różnorodne modyfikacje użycia terminu *bezpieczeństwo* są zwykle powiązane z jednoznacznie pozytywnym jego ocenianiem. Używając sformułowań w rodzaju: *bezpiecznie dojechał*, *bezpiecznie wylądował*, *bezpiecznie rozbroił*, *bezpiecznie unieszkodliwił* odnoszą się do takich sytuacji, w których podmiot tych działań doprowadził do osiągnięcia celów jednoznacznie sprzecznych z warunkami jakiegokolwiek zagrożenia.

W odmiennych semantycznie sformułowaniach w rodzaju: *zagroził bronią*, *zagroził użyciem przemocy*, *zagroził śmiercią*, *zagroził pobiciem* przekazywane są treści, których konotacja jest jednoznacznie negatywna. Jest w nich mowa o stanach, których zwykle pragnie się uniknąć i które są najczęściej obciążone skrajnie negatywnym ładunkiem emocjonalnym. We wskazanych przykładowych kontekstach agresor jest spostrzegany jako *człowiek niebezpieczny*, przy czym to sformułowanie w sposób oczywisty nie stanowi antonimu terminu *człowiek bezpieczny*. Takim antonimem dla bezpieczeństwa jest zagrożenie.

Na marginesie uwag dotyczących poczucia zagrożenia warto wskazać na fakt, że w relacjach interpersonalnych najbardziej intensywna forma wywierania wpływu jest właśnie groźba stanowiąca wskazanie intensywnie bolesnych kosztów, które ktoś poniesie, jeżeli nie podporządkuje się grożącemu[189].

W powyższej interpretacji widać dobitnie, że pojęcia bezpieczeństwa i zagrożenia stanowią krańce swoistego kontinuum, pomiędzy którymi można identyfikować szerokie spektrum różnorodnych sytuacji. Każdą z tych sytuacji można opisywać z perspektywy spełniania kryteriów odnoszonych do stanu bezpieczeństwa i stanu zagrożenia. Równocześnie w każdej z nich można wyróżniać wiele poziomów funkcjonowania podmiotu, na których można dokonywać analizy i interpretacji spełniania kryteriów bezpieczeństwa i zagrożenia. Jasne jest tez to, że w danym momencie działania podmiotu może on doświadczać zarówno stanu poczucia bezpieczeństwa, jak tez stanu poczucia zagrożenia. Na przykład pisząc książkę znajduję się w stanie pełnego bezpieczeństwa fizycznego (nic i nikt mi nie zagraża, albo jestem tylko o tym głęboko przekonany, nie wiedząc, że jest zupełnie inaczej). Z kolei w warstwie egzystencjalnej może być zupełnie inaczej, bo mogę odczuwać intensywną obawę o swoje bezpieczeństwo ekonomiczne (inaczej mówiąc mogę mieć poczucie zagrożenia stabilności ekonomicznej).

Można w związku z tym wyprowadzić wniosek o złożoności sytuacji dotyczącej poczucia bezpieczeństwa i poczucia zagrożenia podmiotu, które to stany mają charakter

---

189 Por. Czajkowski, W.,*Wpływ społeczny i przywództwo. Sprawność w relacjach społecznych.* W: A. Piasecki (red.). *Model przywództwa.* Kraków: Wydawnictwo „Profesja”, Kraków 2006.

stanów subiektywnych intensywnie doświadczanych przez podmiot. Poziom intensywności doświadczania tych stanów nie jest zwykle intersubiektywnie dostępny. To, co dla podmiotu może być skrajnie przerażająca sytuacją prowadząca go do zupełnego rozpadu zachowania i wyłączenia możliwości przewidywania najbliższej przyszłości dla kogoś innego może być sytuacją, z którą poradzi sobie bez widocznych kosztów emocjonalnych. Tym samym w książce tej proponuję takie ujęcie problematyki bezpieczeństwa i zagrożenia, które jest odnoszone w sposób konieczny do warunków subiektywnego rozumienia i odczuwania tych stanów niezależnie od ich zobiektywizowanych uwarunkowań. Swoistą analogią dla tej interpretacji jest sformułowanie odniesione do relacji interpersonalnych „piękno jest w oczach obserwatora". W grupie osób zaangażowanych w spostrzeganie jakiegoś obiektu każdy z członków grupy będzie miał indywidualne i subiektywne odczucia związane z jego odbiorem. Natomiast to, czy ten indywidualny odbiór będzie adekwatny wobec realiów i czy ta osoba podzieli się z innymi swoim subiektywnym odbiorem stanowi niezwykle ważkie kwestie.

Kwestia subiektywności w odbiorze stanów poczucia bezpieczeństwa i poczucia zagrożenia dotyczą niezwykle istotnych problemów, której uwzględnianie w analizie psychologicznych uwarunkowań zagrożenia poczucia bezpieczeństwa jednostki stanowić powinno równorzędne uzupełnienie analizy zobiektywizowanych warunków sytuacyjnych.

Prowadzenie dokładnych analiz terminologicznych i konceptualizacyjnych, które są związane z problematyką zagrożenia bezpieczeństwa stwarza możliwości budowaniu modelu działania podmiotu bezpieczeństwa w warunkach zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa. Wyprowadzając

konkluzje z prowadzonej analizy wydaje się, że w modelu takim powinny zostać uwzględnione następujące piętra analizy zachowania jednostki:

- czynniki sytuacyjne (interpretowane w kategoriach interpretacji patogenetycznej czynniki ryzyka oraz interpretowane w kategoriach interpretacji salutogenetycznej zasoby)
- czynniki podmiotowe (genetyczno-konstytucjonlne, temperamentalne i osobowościowe; w tym również WZA, interpretowane w kategoriach obciążeń i zasobów)
- wzory reagowania somatycznego, wegetatywnego i immunologicznego (korzystne i niekorzystne)
- czynniki behawioralne (antyzdrowotne i prozdrowotne).[190]

W konkluzji można dodatkowo podkreślić szczególną użyteczność psychologicznej analizy problematyki bezpieczeństwa w celu rozpoznania naukowej eksploracji „terenu", jakim jest *środowisko bezpieczeństwa*.

W rozumieniu nie tyle poszerzonym, co raczej pogłębionym *środowiskiem bezpieczeństwa* jest nie tylko otoczenie działającego podmiotu, lecz także cały psychofizyczny „organizm" indywidualnego podmiotu bezpieczeństwa. Na „terytorium" tego organizmu rodzą się bowiem i dojrzewają „bity" zagrożenia i bezpieczeństwa, które nie tylko zmieniają otoczenie podmiotu lecz wpływają także na psychofizyczny „organizm" podmiotu – destrukcyjnie bądź wzmacniająco".

[190] Por. H. Sęk, Wprowadzenie do psychologii klinicznej, *op.cit., s.* 239-240.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, F., French T.M. *Studies in psychosomatic medicine,* Ronald Press, New York 1948.
2. Antonovsky, A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować.* Fundacja IPN, Warszawa 1995.
3. Arystoteles, *Etyka Nikomachejska.*[w:] Dzieła wszystkie, t. IV. Warszawa: PWN.
4. Benson, H., *The relaxation response: its subjective and objective historical precedents and physiology,* "Trends in Neurosciences"1983, vol. 6, 281-284.
5. Berkman, L.F. & Syme, L., *Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents.* "American Journal of Epidemiology", 1979, 109, 186-204.
6. Blumenthal, J.A., Levenson, R.M., *Behavioral approaches to secondary prevention of coronary heart disease.* "Circulation", 1985, *76, I-130-I-137.*
7. Booth-Kewley, S., Friedman, H.S., *Psychological predictors of heart disease: quantitative review.* "Psychological Bulletin", 1987, 101(3), 343-362.
8. Borkowski, J., *Człowiek zagrożony i niebezpieczny.* ELIPSA, Warszawa 2011.
9. Boski, P., *Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej.* Wydawnictwo Naukowe PWN, ACADEMICA Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2009.
10. Byrne, D.G., Reinhart, M.I., Heaven, P.C., *Type A behaviour and the authoritarian personality.* "British Journal of Medical Psychology", 1989, Jun; 62 (Pt II): 163-172.

11. Byrne, D.G., Reinhart, M.I., *Type A behaviour in the Australian working population.* "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", 1995, 29(2); 270-277.
12. Byrne, D.G., *The frustration of success. Type A behaviour, occupational stress and cardiovascular disease*. [w:] D. Kenny, J. Carlson, F.J. McGuigan, J.I. Sheppard (Eds.), *Stress and health: research and clinical applications,* pp. 411-436, Harwood Academic Publishers, Sydney 2000.
13. Canon, W.B., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.* New York: Appleton Century Crofts, New York 1936.
14. Chen-Bo Zhong, DeVoe, S.E. (2010). *You Are How You Eat: Fast Food and impatience.* "Psychological Science", 21(5), 619-622 [online] 19 marca 2010, http://pss.sagepub.com/content/21/5/619
15. Cieciuch, J., *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości,* Wydawnictwo Liberi Libri Warszawa 2013a.
16. Cieciuch, J., *Pomiar wartości w zmodyfikowanym modelu Shaloma Schwartza.* „Psychologia Społeczna", 2013b, tom 8 1 (24) 22–41.
17. Cieślarczyk, M., *Kultura bezpieczeństwa i obronności,* Wyd. AP, Siedlce 2010.
18. Cohen, J.B., Syme, S.L., Jenkins, C.D., *The cultural context pf type A behavior pattern and the risk of coronary heart disease.* "American Journal of Epidemiology", 1975, 102, 434.
19. Cooper, T., Detre, T., Weiss, S., *Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical review. The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease.* „Circulation", 1981, 63, 1199-1215.

20. Costa, P.T., Krantz, D.S., *Task Force 2: Psychological risk factors in coronary artery disease.* "Circulation", 1985, 76(suppl. I), *I-145—I-149.*
21. Czajkowska, A., Czajkowski, W., *Osobowościowe a aksjologiczne determinanty zachowań studentów. Lęk i depresja jako miary adaptacji - w kierunku interpretacji fenomenologiczno - egzystencjalnej.* [w:] B.Grochmal-Bach (red.). *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów.* Prace Monograficzne nr 207, Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie, Kraków 1996.
22. Czajkowski, W., *Analiza warunków wstępnych nawiązania kontaktu.* Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie, zeszyt 141, Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie, Kraków 1992.
23. Czajkowski, W., *Współczesna myśl psychologiczna.* [W:] W. Pilecka, G. Rudkowska, L. Wrona (red.) *Podstawy psychologii. Podręcznik dla studentów kierunków nauczycielskich.* Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie, Kraków 2004, 12-36.
24. Czajkowski, W., *Type A Behavioral Pattern and Coronary Heart Disease: Theoretical and Methodological Dillemmas.* [w:] Kliś, M., Kossewska, J. Czajkowski, W. *Studies on Communication and Stress*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006.
25. Czajkowski, W., *Type A Behavioral Pattern as an Adaptative Mechanism,* paper presented at International Round Table for the Advancement of Counselling, 05.04.-09.04.1997, Fitzwilliam College, Cambridge 1997.
26. Czajkowski, W., *Wpływ społeczny i przywództwo. Sprawność w relacjach społecznych.* [w:] A. Piasecki (red.). *Model przywództwa.* Wydawnictwo „Profesja", Kraków 2006.

27. Czajkowski, W. (2013). *Społeczno-kulturowa transmisja wzoru zachowania A,* [w:] K. Mudyń (red.). *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań, postaw i wartości.* Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2013, s. 207-227.
28. Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior. [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (Eds.). Biobehavioral basis of coronary heart disease (pp.106-129), Karger, Basel, New York 1983.
29. Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T., Grandits, G.A., *Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial.* "Psychosomatic Medicine", 1989, 51(5), 514-522.
30. Dembroski, T.M., Schmidt, T.H., Blümchen, G., (Eds.) *Biobehavioral bases of coronary heart disease* (Karger Biobehavioral Medicine Series 2). Karger, Basel, New York 1983.
31. Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., Blumenthal, J.A. *Components of Type A, hostility, and anger-in: relationship to angiografic findings.* "Psychosomatic Medicine", 1985, 47(3), 219-233.
32. Dimsdale, J., *A perspective on Type A behavior and coronary disease.* "New England Journal of Medicine", 1988, 318, 110-112.
33. Dunbar, F., *Psychosomatic diagnosis,* Hoeber, New York 1943.
34. Ehrlich, S., *Wiążące wzory zachowania. Rzecz o wielości systemów norm.* PWN, Warszawa 1995.
35. Eliasz, A., Wrześniewski, K. *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór*

zachowania A. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1988.
36. Eliot, R.S., Buell, J.C., Dembroski, T.M., *Bio-behavioral perspectives on coronary heart disease.* "Acta Medica Scandinavica", 1983, Suppl. 660, 203-213.
37. Engel, G.L., *The clinical application of the biopsychosocial model.* "American Journal of Psychiatry", 1980, 137(5), 535-544.
38. Engel, B.T., *Assessment and alteration of physiological reactivity.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.450-458), Karger. Basel, New York 1983.
39. Eppley, K., Abrams, A.I., Shear, J., *Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: a meta-analysis.* "Journal of Clinical Psychology", 1989, *45*, 957-974.
40. Everly, G.S., Rosenfeld, R., Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia, PWN, Warszawa 1992.
41. Falger, P.R., *Life-span development and myocardial infarction: an epidemiological study.* Limburg University, Maastricht 1989.
42. Frankenhauser, M., *The sympathetic-adrenal and pituitary-adrenal response to challenge: Comparison between the sexes.* [w:] Dembroski, T. M., Schmidt, T. H., and Blümchen, G. (eds.), *Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease*, Karger, Basel, New York, 1983.
43. Friedman, H.S., *The „disease-prone personality".* "American Psychologist*",*1987, *42*, 539-555.
44. Friedman, M. & Rosenman, R. H., *Association of specific overt behavior patterns with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery*

disease. “Journal of American Medical Association”, 169: 1286-1296.
45. Glass, D.C., *Behavior patterns, stress, and coronary disease.* Erlbaum, Hillsdale 1977.
46. Glass, D.C., *Psychological and physiological responses of individuals displaying type A behaviour.”*Acta Medica Scandinavica” *Suppl.*,1982, 660, 193-202.
47. Grinker, R.R., Spiegel ,J.P., *Men Under Stress.* Blakiston, Philadelphia 1945.
48. Grochmal-Bach, B., Czajkowski, W., *Dojrzała osobowość jako wynik prawidłowej adaptacji*,[w:] B. Grochmal-Bach (red.). *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów,* Prace Monograficzne nr 207. Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1996.
49. Hall, C.S., Lindzey, G., *Teorie osobowości.* PWN, Warszawa 1990.
50. Harrell, J.P., *Psychological factors and hypertension: A status report*. “Psychological Bulletin”, 1980, 87, 482-501.
51. Heszen, I., *Teoria stresu psychologicznego radzenia sobie,* [w:] J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki, T 3. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
52. Heszen, I., Ratajczak, Z., (red.). *Człowiek w sytuacji stresu,* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
53. Heszen-Niejodek, I., Radzenie sobie z konfrontacją stresowa (wybrane zagadnienia, „Nowiny Psychologiczne”, 1991, 72-73 (1-2), 13-26.
54. Hobfoll, S.E., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2006.

55. Horney, K., *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Biblioteka Psychologii Współczesnej, PWN, Warszawa 1976.
56. Kalina, R.M., *Ogólne kategorie klasyfikacji i charakterystyki zagrożeń zewnętrznych*, [w:] B. Hołyst, *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 1991.
57. Kamarck, T. Jennings, J.R. *Biobehavioral factors in sudden cardiac death."* Psychological Bulletin", 1991, *109(1);* 42-75.
58. Kelly, G.A., *The psychology of personal constructs,* Norton, New York 1955.
59. Keys, A., Longstreet, T., Blackburn, H., Brozek, J., Anderson J.T., Simonson, E., *Mortality and Coronary Heart Disease Among Men Studied for 23 Years,* "Archives of Internal Medicine", 1971, 128(2):201-214.
60. Kocowski, T., *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa,* Ossolineum, Warszawa-Wrocław 1982.
61. Krantz, D.S., Manuck, S.B., *Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease. A review and methodological critique. "*Psychological Bulletin*",* 1984, 96, 435-464.
62. Krantz, D.S., Sanmario, M.I., Selvester, R.H., Matthews, K.A., *Psychological correlation of progression of atherosclerosis in men.* "Psychosomatic Medicine", 1979, *41*, 467-475.
63. Kubzansky, L.D., Martin, L.T., Buka, S.L. *Early manifestations of early personality and adult health: a life course perspective.* "Health Psychology", 2009 28(3), 364-372.

64. Kulczycki, J., Wyzwania psychologii humanistycznej. „ Konspekt”, pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie, (18), Kraków 2004.
65. Lang, E.L., Shedler, J.K., *Heart disease and the Type A meta-analyzed: Order within chaos. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association.* New York 1987 August.
66. Lazarus, R.S., Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.
67. Manuck, S.B., Kaplan, J.R. & Clarkson, T.B., *Behaviorally-induced heart rate reactivity and atherosclerosis in cynomolgus monkeys*, “Psychosomatic Medicine”, 45, 95-108.
68. Marmot, M.G., Syme, S.L., *Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans.* “American Journal of Epidemiology”, 1976, 104, 225-246.
69. Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L. & Canella, K., *Stress Coping: A Qualitative and Quantitative Synthesis with Implications for Treatment*, “The Counseling Psychologist”, 1986, 14(4), 499–549.
70. Matthews, K.A., *Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) Quantitative Review.* “Psychological Bulletin”, 1988, 104(3), 373-380.
71. Matthews, K.A., *Assessment issues in coronary-prone behavior.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen, (eds.). *Biobehavioral bases of coronary heart disease* (pp.62-78), Karger Basel, New York 1983.
72. Matthews, K.A., *Psychological perspectives on the Type A behavior pattern.* “Psychological Bulletin”, 1982, 91, 293-323.

73. Miller, T.Q., Turner, C.W., Tindale, R.S., Posavac, E.J. Dugoni, B.L., *Reasons for the trend toward null findings in research on Type A behavior*, "Psychological Bulletin", 1991, 110(3); 469-485.
74. Nunes, E.V., Frank, K.A., Kornfeld, D.S., *Psychologic treatment for the type A behavior pattern and for coronary heart disease: a meta-analysis of the literature.* "Psychosomatic Medicine", 1987, 49(2), 159-173.
75. Orne-Johnson, D.W., Medical care utilization and the transcendental meditation program. "Psychosomatic Medicine", 1987, 49, 493-507.
76. Piwowarski, J., *Fenomen bezpieczeństwa. Pomiędzy zagrożeniem a kulturą bezpieczeństwa*, Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron" w Krakowie, Kraków 2014.
77. Ragland, D., Brand, R., *Coronary heart disease mortality in the Western Collaborative Group Study. Follow-up experience of 22 years.* "American Journal of Epidemiology", 1988, 127, 462-475.
78. Rahe, R.H., Hervig, L., & Rosenman, R.H., *The heritability of Type A behavior*. *"*Psychosomatic Medicine*",* 1978, 40, 478-486.
79. Riska, E., *The rise and fall of Type A man.* "Social Science & Medicine", 2000, 51(11), 1665-1674.
80. Rosenman, R.H. *Current status of risk factors and type A behavior pattern in the pathogensesis of ischemic heart disease.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blümchen (eds.). Biobehavioral basis of coronary heart disease (pp.5-17), Karger, Basel, New York 1983.
81. Schwartz, S. H., *Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20*

countries. [w:] M. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology, t. 25* (s. 1–65). Academic Press, London 1992.
82. Sęk, H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wykłady z psychologii, t.5.* Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2007.
83. Seligman, M.E.P., *Helplessness: on depression, development and death,* Freeman, San Francisco 1975.
84. Selye, H., *Stres okiełznany,* Biblioteka Myśli Współczesnej, PIW, Warszawa 1978.
85. Steinberg, L., *Early temperamental antecedents of adult Type A behaviors*. *"Developmental Psychology",*1985, 21, 1171-1180.
86. Stone, R.A., DeLeo, J., *Psychotherapeutic control of hypertension."* New England Journal of Medicine", 1976, *294*, 80-84.
87. Strelau, J. (red.)., *Psychologia. Podręcznik akademicki, T.1. Podstawy psychologii,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
88. Tatarkiewicz, W., *O szczęściu,* PWN, Warszawa 1979.
89. Terelak, J.F., *Stres psychologiczny,* Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1995.
90. Vickers, R.R. jr., Hervig, L.K., Rahe, R.H., Rosenman, R.H., *Type A behavior pattern and coping and defence.* "Psychosomatic Medicine", 1981, 43(5), 381-396.
91. Williams, R.B. , *Behavioral correlates of angiographic findings.* [w:] T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G.Blümchen (Eds.). *Biobehavioral basis of coronary heart disease* (pp.39-54), Karger, Basel, New York 1983.
92. Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M. *et al*., *Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically*

documented coronary artery disease. "Journal of American Medical Association", 1992, 267, 520-524.
93. Wrześniewski, K. *Styl życia a zdrowie: wzór zachowania A.* Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.
94. Wrześniewski, K., Włodarczyk, D., *Choroba niedokrwienna serca.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
95. Zamarra, J.W., Schneider, R.H., Besseghini, I., Robinson, D.K., Salerno J.W., *Usefulness of the transcendental meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease,* "American Journal of Cardiology*",* 1996, 87: 867-870.
96. Zawadzki, B., Strelau, J. Szczepaniak, P., Śliwińska, M., *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008.
97. Zięba, R., *Kategorie bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, [w:] D. B. Bobrow, E. Haliżak, R. Zięba (red.), *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, Wyd. SCHOLAR, Warszawa 1997.
98. Ziołkowski, M., Kubica, A., Sinkiewicz, W., Maciejewski, J., *Zmniejszanie umieralności na chorobę niedokrwienną serca w Polsce— sukces terapii czy prozdrowotnego stylu życia? "* Folia Cardiologica Excerpta", 2009, tom 4, nr 5, 265–272.
99. Zyzanski, S.J., Jenkins, C.D., Ryan, T.J., Flessas, A., Everist, M. *Psychological correlates of coronary angiographic findings.* "Archives for Internal Medicine", *136,* 1234-1237.

ISBN 978-83-64035-22-7