

TADEUSZ MARIAN OSTROWSKI

INSTYTUT PSYCHOLOGII STOSOWANEJ,
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI, KRAKÓW

MOTYWACJA NEOTYCZNA W PSYCHOLOGICZNEJ KONCEPCJI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM¹

WSTĘP

Rozwój teorii stresu inspirowany jest przez takie pytania jak: co to jest stres, jakie są jego rodzaje (Elliot, Eisdorfer, 1982), w jaki sposób człowiek radzi sobie w sytuacji trudnej, jakie czynniki mu w tym pomagają, bądź proces ten utrudniają? Gromadzone są doniesienia o tym, jakie style i strategie używane są zależnie od okoliczności. Badania takie jednak nie wnoszą wiele do teorii stresu, która zasadniczo omija problem motywacji, a więc pytanie: dlaczego człowiek w określonej sytuacji podejmuje wysiłek radzenia sobie? To pytanie wydaje się kluczowe, jeśli chcemy zrozumieć zachowanie i nauczyć się je przewidywać. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na konieczność przyjęcia w teorii stresu perspektywy motywacyjnej oraz próba rozważenia motywacji do radzenia sobie z chorobą wieńcową w kategoriach neotypycznej koncepcji człowieka w ujęciu Frankla.

KLASYFIKACJA PODSTAWOWYCH KONCEPCJI STRESU

Koncepcje teoretyczne i badania radzenia sobie ze stresem stanowią odrębną kategorię problematyki rozwijanej zarówno w ramach

¹ Autor dziękuje Panu Profesorowi dr. hab. Dariuszowi Dolińskiemu za uwagi dotyczące określonych wątków teoretycznych oraz sposobu analizy wyników. Ich uwzględnienie wpłynęło korzystnie na ostateczny kształt tego rozdziału.

podstawowej teorii psychologicznej, jak i w działach psychologii stosowanej. Przegląd współczesnej literatury stwarza potrzebę uporządkowania podstawowych kategorii teoretycznych, czyli określenia przedmiotu badań (Sęk, 1991), przed podjęciem zagadnień szczegółowych. Aby usystematyzować epistemologię badań nad stresem można odwołać się do zasadniczych ujęć tego pojęcia, w których stres był traktowany jako reakcja organizmu na czynnik zewnętrzny, jako bodziec, lub zespół bodźców i w ujęciu transakcyjnym, jako swoisty, odrębny byt, istniejący pomiędzy człowiekiem i otoczeniem. Kryterium klasyfikacji koncepcji jest odpowiedź na kluczowe pytanie: Jak jej autor określa pojęcie stresu?

Stres jako reakcja osobnika poddanego działaniu negatywnych czynników zewnętrznych – stresorów, to kategoria, która najprawdopodobniej po raz pierwszy pojawiła się w publikacjach słynnego psychofizjologa amerykańskiego Cannon (1932). Selye, twórca teorii stresu, badanego na poziomie biologicznym, również traktował stres jako niespecyficzną reakcję organizmu na destrukcyjny bodziec (Selye, 1963). Reaktywna wykładnia pojęcia stresu upowszechniła się również w psychologii. Dla Hobfolla, autora teorii zachowania zasobów, stres jest: „reakcją na otoczenie, w którym występuje: a) groźba czystej utraty sił, b) rzeczywista ich utrata lub c) brak sił spowodowany wyeksploatowaniem.” (Hobfoll, 1989, s. 34). Autor uwzględnia znaczenie oceny poznawczej, mówiąc o stracie zasobów jako uniwersalnej przyczynie stresu: rzeczywistej, lub spostrzeżonej. Nie mniej jednak stres lokalizuje po stronie reakcji podmiotu. Do takiego rozumienia stresu nawiązuje również Strelau (1996), według którego o radzeniu sobie ze stresem można mówić wtedy, gdy wymagania sytuacji (stresory) przekraczają możliwości człowieka i co więcej, ma on motywację do sprostania tym wymaganiom. Tym samym autor uwzględnia elementy ujęcia relacyjnego, sam stres jest jednak dla niego stanem jednostki, a więc reakcją, która charakteryzuje się negatywnymi emocjami wraz z ich komponentami fizjologicznymi i biochemicznymi. Jest to ujęcie stresu dogodne z perspektywy koncepcji temperamentu – problematyki psychologicznej, zakotwiczonej w fizjologię. Jedną z podstawowych cech reakcji stresowej w tym ujęciu jest wzrost poziomu aktywacji organizmu znacznie ponad poziom podstawowy. Stąd wrażliwość na stres jest związana z osobniczą podatnością na stymulację, czyli aktywowalnością.

Do drugiej kategorii należą te badania, które są skoncentrowane na sytuacji, jako źródle stresu. Jest to zresztą interpretacja pojęcia *stress* zgodna z jego znaczeniem. Według *Wielkiego słownika angielsko-polskiego* J. Stanisławskiego (1968, s. 894) *stress* ma kilka znaczeń – „siła, gwałtowność, działanie, nacisk”. Znaczenia te wyjaśniają sens „inżynierskiej analogii” pojęcia *stress* (Kahn, 1981), w której mówi się o tym, że *stress* psychiczny związany na przykład z rosnącym obciążeniem w pracy, działa na człowieka podobnie, jak rosnący ciężar na przęsła mostu, albo przybierający na sile wiatr – na konstrukcję budynku. W taki sposób rozumieli *stress* Grinker i Spiegel (1945), autorzy pierwszej psychologicznej pracy – *Men under Stress*, która dotyczyła zachowania lotników w czasie II Wojny Światowej. Badania dotyczyły wpływu reakcji psychopatologicznych na wykonywanie działań bojowych (por. Frączek i Kofta, 1975). W tym też sensie pojęcia *stress* używa w swoich badaniach Reykowski (1966), który wiąże go z obiektywnymi własnościami sytuacji, powodującej zakłócenie czynności, albo depriwację potrzeb. Według autora sytuacja jest stresowa, niezależnie od oceny poznawczej osoby w niej uczestniczącej.

Do modelu sytuacyjnego nawiązali Lindemann (1944) i Caplan (1964), którzy wprowadzili psychologiczną interpretację stresu, wzbogacając dotychczasową, fizjologiczną. Oni upowszechnili również pojęcie *kryzys*, wolne od dotychczasowych powiązań z psychopatologią w duchu psychoanalitycznym. Do tych kategorii należy także rozumienie stresu jako zmiany życiowej, w ujęciu Rahe'a i Holmesa (1967). Nowszym przykładem może być praca Elliota i Eisdorfera (1982), autorów, którzy uznali za słuszne wyróżnienie określonych sytuacji jako stresogennych i podzielili je na kategorie. Nadal rozwijany jest nurt badań zwolenników modelu stresu sytuacyjnego, w którym zakłada się, że pewne bodźce, czy wydarzenia mają charakter stresogenny. Dlatego można zbudować listę takich wydarzeń (rozwód, śmierć bliskiej osoby, egzamin, choroba), oczekując, że będą one stresujące dla każdego. Jeśli osoba, którą czeka egzamin, stwierdza, że nie odczuwa tej sytuacji, jako stresującej, zgodnie z tym sposobem myślenia uważa się, że jej cechy dyspozycyjne (np. potrzeba silnej stymulacji), albo motywacja sprawiają, iż jest tak odporna, że nawet nie dostrzega sytuacji stresowej, bo dla każdego egzamin w jakimś stopniu jest stresem.

Łgzemplifikacją trzeciej propozycji rozumienia pojęcia stres jest fenomenologiczno-poznawcza koncepcja Lazarusa. Autor zakłada, że: „Stres psychologiczny, (podobnie jak pozytywne przeżycia) nie jest umiejscowiony ani w samej sytuacji ani w osobie, chociaż uwarunkowany jest przez jedno i drugie. Wynika on z relacji przystosowania, takiej jak spostrzega ją podmiot. Relację taką najlepiej nazwać transakcją” (Lazarus, 1986, s. 8). Lazarus nie zatrzymuje się więc nawet na pojęciu interakcja, uważając że oddaje ono zależność liniową, jednokierunkową, typu $A \rightarrow B$, lub $B \rightarrow A$, podczas gdy transakcja oznacza równoczesne oddziaływanie na siebie obu czynników, przy czym oddziaływanie to ma przebieg cyrkularny. Tak określona „...transakcja powstała w rezultacie interakcji zmiennych indywidualnych i zmiennych otoczenia jest nowym bytem, który wyraża szczególnie stosunek między wchodzącymi w interakcję zmiennymi, którym nadajemy nową nazwę.” (tamże, s. 9). Stres jest więc transakcją o walorze istnienia w rozumieniu ontologicznym. Występuje wtedy, gdy wymagania i ograniczenia, jakie niesie konkretna sytuacja w ocenie jednostki przekraczają jej zasoby (możliwości poradzenia sobie z sytuacją), co oznacza, iż sytuacja ta odbierana jest jako niszcząca (powodująca stratę), zagrażająca, lub jako wyzwanie. W każdej z tych możliwości dochodzi do konfrontacji z sytuacją, co uruchamia proces zmagania się ze stresem (*coping*). W tej koncepcji nacisk położony jest na jednostkę. O tym, czy transakcja ma charakter stresowy i jakiego rodzaju jest to transakcja, decyduje ocena poznawcza sytuacji. Bez oceny poznawczej nie można mówić o stresie, nie jest tu więc potrzebne żadne kryterium zewnętrzne. Nieważne jest to, czy egzamin uważa się powszechnie za sytuację stresującą. Istotna dla psychologa jest ocena poznawcza tej sytuacji przez podmiot. Jeśli spostrzega ją jako pozytywną, czy obojętną – nie można mówić o transakcji stresowej. Przy takich założeniach bezzasadne jest układanie list sytuacji trudnych, czy zmian życiowych, wymagających szczególnej adaptacji. Tym bardziej niemożliwe jest opracowanie uniwersalnej jednostki stresu sytuacyjnego, o którą upominają się niektórzy badacze. Argumentują oni, że jeśli już podmiot działa subiektywnie i często w sposób nieprzewidywalny, to przynajmniej wystandaryzowany pomiar sytuacji pozwoliłby częściowo zobiektywizować badania nad stresem psychologicznym. Do uwolnienia się od subiektywizmu oceny poznawczej uparcie zmierzał w swojej koncepcji Reykowski (1966).

który uznawał znaczenie jednostkowego spostrzegania sytuacji w kontekście podejmowanych czynności, ale występowanie stresu wiązał z obiektywnymi cechami sytuacji, bez konieczności sięgania do danych fenomenologicznych. Przeciwnicy modelu poznawczo-fenomenologicznego akcentują, że nie ma w nim stałego punktu oparcia: wszystkie elementy: sytuacja, osoba, transakcja pozostają w kategoriach subiektywnych. W związku z tym tworzy się zamknięte koło: sytuacja jest wyzwaniem, jeśli przekracza możliwości, a możliwości są definiowane w odniesieniu do sytuacji (Hobfoll, 1989).

Wariantem pośrednim, pomiędzy ujęciem sytuacyjnym, a poznawczo-fenomenologicznym jest model sytuacyjno-poznawczy. W tej propozycji występują trzy elementy: stresor, czyli bodziec, lub sytuacja zagrażająca (obiektywnie), ocena poznawcza i cecha dyspozycyjna. Sarason (1975) jako jeden spośród wielu autorów, wykorzystuje ten model w swoich badaniach stresu egzaminacyjnego. Egzamin jest tu przykładem wydarzenia z definicji stresującego, a reakcja stresowa, manifestująca się podwyższonym lękiem-stanem, zależy od indywidualnej oceny tej sytuacji, modyfikowanej przez dyspozycje osobowościowe, takie, jak lęk rozumiany jako cecha, czy też potrzebę szukania wrażeń. Jest to podejście transakcyjne, ale eklektyczne. Łączy model stresu sytuacyjnego, z kategoriami poznania oraz różnic indywidualnych. Stanowi jednak propozycję wyjścia z dylematu, jaki stwarza opozycja modelu środowiskowego do poznawczego. W tym wypadku, aby powiedzieć, że wystąpił stres, należy uwzględnić sytuację, która potencjalnie może go spowodować, ponieważ obiektywnie jest trudna, zawiera w sobie ponadprzeciętne wymagania. Obiektywnie, czyli według kryterium zewnętrznego wobec podmiotu – kulturowego, statystycznego (dla większości osób w danej kulturze), niezależnie od indywidualnych zasobów. Wspomniani wcześniej Holmes i Rahe zbudowali swoją listę obciążających człowieka zmian życiowych, wychodząc od sytuacji opisanych w ponad 5000 historiach chorób Amerykanów, które **najczęściej** poprzedzały wystąpienie choroby (Wrześniewski, 2000). Można się tu także powołać na badania interkulturowe, których celem jest ustalenie uniwersalnych czynników, tak zwanych wyznaczników, wzbudzających emocje podstawowe². W naszej kulturze za uniwersalny stresor uważa się egzamin.

² Wyznaczniki badał w roku 1967 Ekman, podążając za odkryciami swego ucznia Bouchera. Ekman pokazywał badanym z różnych kręgów kulturowych zdjęcia twarzy,

Drugi element modelu sytuacyjno-percepcyjnego, to poznawcza ocena tej sytuacji, w odniesieniu do zasobów. Stres pojawia się wtedy, gdy w ocenie jednostki wymagania obiektywnie trudnej sytuacji przekraczają możliwości radzenia sobie podmiotu. Ten model jest nieprzydatny wówczas, gdy chcemy badać transakcję stresową tylko na podstawie oceny poznawczej podmiotu, w sytuacji, która obiektywnie nie kwalifikuje się do kategorii: stresogenna. Czym się to ujęcie różni od modelu sytuacyjnego? W modelu sytuacyjnym stres to czynnik zewnętrzny, który zawsze wywołuje adaptacyjną reakcję, bez względu na indywidualną ocenę i zasoby jednostki. Czym więc różni się od podejścia fenomenologiczno-poznawczego? W tym wypadku o stresie można mówić niezależnie od obiektywnych cech sytuacji. O zaistnieniu stresu decyduje osobniczy fenomen – poczucie przewagi wymagań sytuacji nad możliwościami jednostki. Jedne i drugie są subiektywnie oceniane. Egzamin, który w indywidualnej ocenie nie przekracza zasobów, nie spowoduje stresu. Jest to podejście, które w praktyce badawczej nie różni się od modelu sytuacyjno-poznawczego, gdy bada się radzenie sobie w sytuacjach typowych. Staje się natomiast niezastąpione wówczas, gdy pojawia się transakcja stresowa w następstwie wydarzeń, które obiektywnie powinny spowodować transakcję pozytywną (wzbo-

wyrażających emocje i pytał o sytuację, która mogła tę emocję wywołać (np. u plemion przedpiśmiennych na Nowej Gwinei – strach był wywołany atakiem dzikiej świni, co odpowiadało atakowi wściekłego psa w Stanach Zjednoczonych). W rok później: opowiadał badanym historyjki zawierające emocjogenne wydarzenia i prosił o dobranie do opowiadania zdjęcia twarzy wyrażającego określoną emocję.

W ten sposób Ekman ustalił listę wyznaczników szeregu emocji, a mianowicie:

- strach - szkoda, lub zagrożenie szkodą,
- smutek - utrata obiektu przywiązania,
- zaskoczenie - nieoczekiwane, lub sprzeczne z oczekiwaniem zdarzenie,
- wstręt - coś odrażającego dla zmysłów, lub przekonań moralnych,
- pogarda - potępienie, poczucie moralnej wyższości,
- gniew - pięć wyznaczników: frustracja, zagrożenie fizyczne, zniewaga, zachowanie sprzeczne z wartościami podmiotu, cudzy gniew,
- szczęście - przyjemność zmysłowa, podniecenie, pochwała, ulga po ustąpieniu czynnika przykrego.

Jest to lista wyznaczników emocji podstawowych, a nie przyczyn stresu. Wiadomo jednak, że emocje negatywne, a tych jest tu niestety większość, stanowią podmiotową reakcję na stres. Można więc pośrednio uznać, że jest to lista obiektywnych stresorów. Wyniki tych i podobnych badań stanowią istotne argumenty zwolenników modelu sytuacyjnego i sytuacyjno-poznawczego.

gacenia zasobów), lub przynajmniej neutralną (zasoby odpowiadają wymaganiom). Oto lekarz oznajmia pacjentowi diagnozę, stwierdzając, że próbka histopatologiczna przesłana do analizy okazała się niegroźną zmianą barwnikową, a nie komórkami czerniaka. W następstwie chory reaguje depresją. Reakcja depresyjna według jednej z hipotez, stanowi formę radzenia sobie ze stresem, nastawioną na zachowanie zasobów (energii) poprzez „znieruchomienie”³. Jest to reakcja zrozumiała tylko w świetle fenomenu jego indywidualnych doświadczeń, w których dominuje wyolbrzymione poczucie winy z motywacją nihilistyczną – pragnieniem śmierci, jako jedynej kary proporcjonalnej do przewinień.

ZNACZENIE MOTYWACJI DO RADZENIA SOBIE W TEORII STRESU

Przedmiotem pracy w zakresie określonych problemów radzenia sobie ze stresem jest zwrócenie uwagi na znaczenie motywacji do radzenia sobie, jako ważnego komponentu całego procesu, z rozważeniem miejsca noetycznej koncepcji człowieka w problematyce stresu psychologicznego.

Współcześnie najczęściej wykorzystywane w badaniach radzenia sobie ze stresem jest podejście fenomenologiczno-poznawcze oraz sytuacyjno-poznawcze. Autorzy opisują style i strategie radzenia sobie, fazy procesu i możliwe alternatywne jego przebiegi. Uwzględnia się szeroki zakres pojęć o różnym rodowodzie teoretycznym, aby wymienić najczęściej spotykane kategorie, takie jak: czujność-unikanie (Miller, 1987; Heszen-Niejodek, 1996), gotowość do elastycznego stosowania dostępnych strategii adekwatnie do sytuacji (Heszen-Niejodek, 1996), cechy temperamentu, a szczególnie wymiar podatności na stymulację, czyli aktywowalność (Strelau, 1996), poczucie koherencji (Antonovsky, 1995), odporność na stres określaną jako twardość (Kobasa, 1983), poczucie umiejscowienia kontroli (Ormel i Schaufeli, 1991). Konstrukty te mają podstawowe znaczenie w poznawaniu psychologicznych prawidłowości zmagania się ze stresem. Stanowią wyraz uprawiania nauki w paradygmacie Galileusza, w którym charakterystyczne jest podejście wyja-

³ Dyskusję na temat adaptacyjnej funkcji depresji przedstawiają L.A. Clark, D. Watson, w pracy pod redakcją Ekmana i Davidsona (1998).

śniające, czyli poszukiwania odpowiedzi na pytanie: jak przebiega proces radzenia sobie w sytuacji trudnej, jakie są jego fazy (struktura), formy, korelaty?

W psychologii stresu, jak w wielu innych dziedzinach nie w pełni jest wykorzystany paradygmat Arystotelesa, w którym zasadnicze jest poszukiwanie sensu radzenia sobie, odpowiedź na pytanie priorytetowe: dlaczego w ogóle człowiek podejmuje wysiłki określone jako radzenie sobie ze stresem? Jest to pytanie, stanowiące podstawę podejścia, które Galdowa i Nelicki (1993) określają jako rozumiejące. W tym wypadku badania powinny dotyczyć motywacji radzenia sobie, a także podmiotowego sensu aktywności zaradczej, odnoszonego do zinterioryzowanych wartości.

Niektórzy autorzy dostrzegają znaczenie motywacji (Folkman i Lazarus, 1988, Hobfoll, 1989, Strelau, 1996), ale nie uwzględniają go w podstawowych kategoriach swojej koncepcji. W efekcie problem motywacji do aktywności zaradczej albo w ogóle nie jest w nich uwzględniany, albo pojawia się na drugim planie. Rozpatrywanie radzenia sobie czy to z perspektywy pojęć dyspozycyjnych, czy charakterystyk sytuacji ma najczęściej charakter statyczny. Dotyczy czynników wyzwalających zmaganie się z przeciwnościami, komponentów radzenia sobie, natomiast rzadko obejmuje dynamikę, rozumianą jako motywacja do działania.

Ograniczenie takie dotyczy fenomenologiczno-poznawczej koncepcji stresu w ujęciu Lazarusa (1986), który rozpatruje radzenie sobie jako proces, a więc uwzględnia jego dynamikę. Jest to jednak dynamika przemian zarówno po stronie podmiotu, jak i po stronie sytuacji uwzględniana w wymiarze temporalnym radzenia sobie. Natomiast kategorie dynamiki działania o charakterze motywacyjnym Lazarus wprowadza poprzez pojęcia: cel i wartość, ale w odniesieniu do mechanizmów wzbudzających proces radzenia sobie: podmiot jest motywowany do działań zaradczych tylko w sytuacji uznanej za ważną w świetle jego celów i wartości. Są to więc poznawcze kryteria wstępne, a nie motywy uwzględniające program i cel działania (Obuchowski, 1995). W sumie więc Lazarus odpowiada raczej na pytanie: „Kiedy i jak radzi sobie człowiek?”, bardziej niż na pytanie: „Dlaczego sobie radzi?”, „Jaką ma motywację?”, „Do czego zmierza?”.

Problemu tego nie rozwiązuje teoria emocji, w której Lazarus (1991), wychodząc od swojej koncepcji stresu, wprowadza katego-

rię: temat relacyjny. Chodzi o powtarzające się relacje pomiędzy określonymi typami zdarzeń, a wzorcami ich poznawczej oceny i wzbudzaniem przez nie emocjami (niebezpieczeństwo fizyczne dla szkody i zagrożenia owocujących strachem, choroba, śmierć dla straty wzbudzającej smutek). Ocena sytuacji jest bardzo indywidualna, jeśli już jednak nastąpi klasyfikacja, aktywizuje to określony temat relacyjny, który wzbudza u każdego emocje o „podobnej treści”: W ten sposób temat relacyjny jest wyznacznikiem emocji. Wprowadzenie tego pojęcia jest wyrazem stanowiska Lazarusa w kwestii istnienia emocji podstawowych, ale nie posuwa do przodu rozwiązania problemu motywacji do radzenia sobie. Bez uwzględnienia tego wymiaru aktywności każda teoria zachowania pozostaje w pewnym sensie martwa.

Z perspektywy problematyki motywacji na uwagę zasługuje koncepcja zachowania zasobów (Hobfoll, 1989). Jej podstawowe założenie określa przyczynę, dla której osoby podejmują radzenie sobie w sytuacji stresogennej: ludzie są nastawieni na zachowanie, ochronę i odtwarzanie swoich zasobów. Zagrożeniem jest ich potencjalna, lub rzeczywista strata. Trzeba dodać, że zasoby, to kategoria szeroka. Należą do nich: przedmioty, okoliczności (posada, małżeństwo), cechy osobowości (Tutaj Hobfoll wymienia poczucie koherencji Antonovsky'ego, które według samego autora nie jest zasobem, a kompetencją do korzystania z zasobów. Wymienia też wsparcie społeczne, które chyba nie należy do cech osobowych) oraz energia (czas, pieniądze, wiedza – jako środki zdobywania innych zasobów).

Autor sam przyznaje, że w tle koncepcji tkwi założenie hedonistyczne: ludzie dążą do takiego świata, który jest źródłem przyjemności i sukcesów. Ujęcie takie ma tę zaletę, że jest proste i jednoznaczne, natomiast ogranicza motywację człowieka do egocentrycznej, pozostawiając całemu środowisku naturalnemu, kulturowemu i społecznemu rolę narzędzia do zdobywania zasobów. Człowiek zbiera zasoby potrzebne aktualnie, a gdy ma nadmiar gromadzi nadwyżki, odczuwając zadowolenie (*eustres*). Ludzie inwestują zebrane dobra, aby uzyskać dalsze zasoby. Brak oczekiwanych zysków jest stresem. Taka pragmatystyczna koncepcja radzenia sobie ze stresem redukuje człowieka do zwierzęcia gromadzącego zapasy. Być może nadaje się ona do wyjaśniania zachowań w psychologii ekonomicznej, ale okazuje się niewystarczająca w przypadku

tych form radzenia sobie, w których człowiek z całą świadomością naraża, lub traci zasoby dla określonych wartości. Chyba, że zgodzimy się iż człowiek, który poświęca życie dla idei również gromadzi zasoby, w postaci sławy, czy perspektywy zbawienia. Taka interpretacja wydaje się jednak sprzeczna z hedonistycznym charakterem koncepcji. Poza tym, bez uwzględnienia wartości zanika różnica pomiędzy przestępcą i altruistą. Każdy z nich po prostu gromadzi zasoby.

Wychodząc poza teorię stresu znaleźć można szereg ogólnych koncepcji, opisujących i wyjaśniających determinanty celowego zachowania, które mogą być rozważane pod kątem ich przydatności do zrozumienia dynamiki procesu radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Do tego celu nadają się koncepcje z kręgu poczucia kontroli. Jako przykład niech posłuży poznawczo-społeczna teoria A. Bandury (1989), operująca kategorią bodźców i oczekiwań, w tym oczekiwań dotyczących własnej skuteczności, czy wywodząca się z krytycznej refleksji nad psychoanalizą koncepcja motywacji kompetencji R. W. White'a (1959). Uważał on, że zachowań eksploracyjnych, manipulacyjnych i zabawy nie można wyjaśnić odwołując się do motywacji popędowej. Czynności te są motywowane przez efektańcję (*effectance*), czyli postrzeganie efektów swego zachowania, które rozwija poczucie kompetencji. Do tego kręgu należą także kategorie: umiejscowienia źródła kontroli (Rotter, 1966), pragnienia wywierania wpływu na zdarzenia (Burger, 1992), czy stylu wyjaśniania zdarzeń życiowych optymistycznego lub pesymistycznego (Peterson i Seligman, 1984).

Spojrzenie uwzględniające szeroką gamę ludzkich motywacji charakteryzuje również koncepcje z obszaru psychologii humanistycznej i egzystencjalnej. Do tej drugiej kategorii należy koncepcja Frankla, wywodząca się z tradycji klinicznej, a rozwinięta na gruncie polskim do poziomu nooteorii i nooterapii przez Kazimierza Popielskiego (1994). Jest to bardzo ogólna teoria wyjaśniająca ontyczne podstawy człowieka, jako osoby, która jest i staje się, a więc w pewien szczególny sposób łączy istnienie w chwili obecnej, czyli egzystencję, z potencjalnymi możliwościami, w realizacji których coraz bardziej ujawnia się jej niepowtarzalna, jednostkowa istota, a więc esencja. Czy można jednak łączyć te, jak się wydaje odległe tradycje teoretyczne, jak psychologia egzystencjalna i psychologiczna teoria radzenia sobie ze stresem?

Psychologia egzystencjalna w zakresie teorii bytu ludzkiego czerpała z egzystencjalizmu, natomiast jeśli chodzi o metodologię, preferuje podejście fenomenologiczne. W nooteorii egzystencjalny sposób rozumienia bytu, jakim jest człowiek, wymownie podkreśla Popielski, akcentując: „współistnienie dwóch ważnych faktyczności, współokreślających ogólnoludzką rzeczywistość egzystencjalną i jego szczegółową, osobistą kondycję... Rzeczywistość taka dochodzi do skutku tylko *in vivo* ludzkiej egzystencji.” (Popielski, 1999, s. 24). I w innym miejscu, analizując fenomen ludzkiej wolności: „Człowiek należy do tego gatunku w przyrodzie, którego egzystencja jest równocześnie uwarunkowana (a raczej warunkowa) i równocześnie nieuwarunkowana (tzn. wolna)”. Mamy tu do czynienia z paradoksem rozwiązywalnym tylko *in vivo*, tzn. w powiązaniu jej z naturą ludzkiej egzystencji (tamże, s. 29). W takich sformułowaniach autor daje wyraz charakterystycznemu dla egzystencjalistów przekonaniu, że prawda o istocie ludzkiej natury jest dostępna tylko, albo przede wszystkim w uchwyceniu jej istnienia, w procesie, a nie w strukturze. Do podobnych konkluzji dochodzi Lazarus, dla którego jedyną przystającą do rzeczywistości formułą definiowania radzenia sobie jest ujęcie procesualne, ponieważ umożliwia ono uchwycenie charakteru stale zmieniających się poznawczych i behawioralnych wysiłków, stanowiących istotę radzenia sobie ze stresem (Heszen-Niejodek, 2000).

Obie dziedziny nie są też odległe metodologicznie, przynajmniej w zakresie określonych koncepcji. Psychologia egzystencjalna zgodnie z podejściem fenomenologicznym preferuje metody oparte na głębokim kontakcie. Chodzi o syntoniczne poznanie subiektywnego doświadczenia człowieka badanego, stanu jego świadomości jako fenomenu poznawalnego w sposób naturalny. Celem jest próba rekonstrukcji prywatnego świata osoby badanej i zrozumienie sposobu myślenia i przeżywania. Z drugiej strony – koncepcja Lazarusa nie bez powodu nazywana jest fenomenologiczno-poznawczą. Jak wskazywano już wcześniej, o tym, czy transakcja: człowiek-otoczenie ma charakter stresowy decyduje subiektywna ocena podmiotu. Badacz więc nie może abstrahować od fenomenu ludzkiej świadomości, docierając do treści ocen poznawczych. Równocześnie psychologowie egzystencjalni podkreślają, że powinno się to odbyć w sposób możliwie nieinwazyjny, to znaczy taki, aby samo badanie w jak najmniejszym stopniu wpłynęło na jego przedmiot.

W świetle wskazanych analogii wydaje się dopuszczalne spojrzenie na koncepcję Frankla, jako na teorię motywacji do radzenia sobie poprzez realizowanie potrzeb i wartości istotnych w obszarze różnych wymiarów egzystencji. Jest to wykładnia, która może okazać się wartościowa w psychologii radzenia sobie ze stresem.

Frankl należy do grona badaczy, którzy podjęli niezwykle trudną, ale potrzebną psychologii próbę odpowiedzi na pytanie: Jak egzystuje człowiek? Co w tej egzystencji jest specyficznego dla człowieka w odróżnieniu od innych istot żywych? W swojej koncepcji poprzez analizę egzystencji człowieka dochodzi do ustaleń strukturalnych⁴. Charakterystyczne dla autora jest wyróżnienie trzech form egzystencji człowieka: somatycznej, psychicznej i duchowej, zwaną noetyczną, które tworzą szczególny, zintegrowany model człowieka. Poprzez uwzględnienie sfery noetycznej propozycja ta unika redukcji bytu ludzkiego, obciążającej ujęcia dualistyczne. Celem autora jest wyodrębnienie w osobną sferę występujących wyłącznie u człowieka dynamizmów takich jak samoświadomość, autorefleksja, poczucie wolności i co najważniejsze – podstawowej wśród czynników motywacyjnych woli sensu, osiąganego poprzez zmierzanie ku wartościom, dzięki czemu człowiek dysponuje możliwością autotranscendencji, przekraczania uwarunkowań na jakie natyka w zakresie dwu wcześniejszych rozwojowo i niższych strukturalnie sfer: wymiaru somatycznego i psychicznego. Łatwo zauważyć, że kategorie charakteryzujące wymiar noetyczny mają również od dawna ustalony status pojęć psychologicznych. Czy w takim razie uzasadnione i potrzebne jest wyróżnianie wymiaru egzystencji człowieka, która wykracza poza model biopsychiczny, czy nawet biopsychospołeczny? W końcu upowszechnienie modelu holistycznego w wyjaśnianiu etiologii chorób somatycznych jest ważnym i z trudem wypracowanym dorobkiem medycyny psychosomatycznej i psychologii zdrowia. W modelu tym struktury organiczne współwystępują z procesami psychicznymi i społecznymi⁵. Z per-

⁴ Koncepcja Frankla oraz zbudowana na jej podstawie nooteoria Popielskiego są obszernie opisane w literaturze polskiej (Frankl, 1984; Popielski, 1994, 1999; Nelicki, 1990, 1990a; Trzópek, 1999), dlatego tutaj przedstawiony jest tylko fragment koncepcji istotny z perspektywy problematyki motywacyjnej.

⁵ Trzeba tu jednak zaznaczyć, że w promocji zdrowia również spotyka się modele człowieka trójczynnikowe: sonia, psyche i duch (Słońska, 1994).

spektywy koncepcji Frankla obraz człowieka będzie redukcyjny, jeśli wyraźnie nie wskażemy na jego wyjątkowość w świecie zwierzęcym, poprzez wyodrębnienie nie tylko sfery biologii i psychiki, ale wyróżnienie szczególnej dla człowieka sfery egzystencji noetycznej, w której wyraża się wolność człowieka od uwarunkowań natury somatycznej oraz psychicznej i równocześnie wolność ku celom i wartościom transcendentnym wobec człowieka.

Opis poszczególnych warstw wskazuje na zasadność wyróżnienia sfery noetycznej. Każdy z trzech wymiarów można scharakteryzować przy pomocy odrębnych kategorii: sfera somatyczna to cała biologia człowieka, ze szczególnym wyróżnieniem fizjologicznych komponentów życia emocjonalnego oraz ośrodkowych i autonomicznych procesów nerwowych. Sferę psychiczną adekwatnie określa kategoria: mechanizm psychologiczny, ponieważ w pojęcie to wpisana jest pewna autonomia wobec podmiotu. Chodzi więc o procesy i mechanizmy poznawcze, z procesami uczenia się włącznie, procesy emocjonalne wraz z kategorią mechanizmów obronnych i całą gamą innych strategii obronnych, tak czy inaczej konstytuujących styl radzenia sobie, wreszcie dyspozycje osobowościowe, takie jak aktywowalność (Strelau, 1996), czy kategorie koncepcji osobowości w ujęciu Eysencka (1970): neurotyzm-zrównoważenie, introwersja-ekstrawersja, psychotyzm, stanowiące podstawę cech emocjonalnych, chociażby negatywnej emocjonalności zwanej inaczej właśnie neurotyzmem. Wymienione kategorie na pewno oddają indywidualny charakter jednostki. Stanowią one jednak ten wymiar, w zakresie którego człowiek reaguje zgodnie z zasadami psychologii: gdy czuje strach podejmuje działania unikowe, gdy jest ekstrawertywny, poszukuje stymulacji zapewniającej optymalny dla niego, stosunkowo wysoki poziom aktywacji psychicznej i nerwowej. Zachowuje się w sposób pragmatyczny, zgodnie z regułami przystosowania, teorią uczenia się. Jest to człowiek poznawany w modelu behawiorystycznym i psychoanalitycznym.

Dla wymiaru noetycznego bardziej adekwatnym niż mechanizm wydaje się termin dynamizm (dyspozycja, nondeterminizm). W wymiarze tym człowiek może wyrazić się w całej pełni, przekraczając swoją indywidualną psychologię i biologię. Przekracza ją poprzez i w zakresie swojej indywidualnej noetyki, głównie wiedziony wolą sensu i umiejętności przełożenia określonych wartości ponad potrzeby i popędy. Tak wyraża się podmiotowa wolność, w któ-

reż człowiek wymyka się ograniczeniom biologicznym, psychologicznym, społecznym, środowiskowym, kulturowym w konsekwentnym dążeniu do priorytetowych wartości. Zakres czynników determinujących człowieka rozpatrywany w perspektywie somatycznej i psychologicznej jest niepełny. O wartościach dopełniających tę listę można mówić dopiero z perspektywy noetycznej, obejmującej nieograniczoną praktycznie sferę myśli i pragnień, wędrujących po bezdrożach, albo zmierzających ku określonym ideom. Nawet jednak nooteoria nie obejmuje pełni determinizmu zachowania człowieka, zakładając, że w wolności pozostanie on zawsze podmiotowo niezdeteminowany, co w badaniach naukowych przekłada się na wariację niewyjaśnioną.

Podstawowym dynamizmem, leżącym u podłoża ludzkiej aktywności jest według Frankla – wola sensu. Ma ona charakter pierwotny, w stosunku do wszelkiej innej motywacji. To właśnie potrzeba sensu jest podstawowym źródłem motywacji do autotranscendencji na miarę egzystencji człowieka. Wypełnianie sensu zawsze wiąże się z realizacją wartości: twórczych, przeżyciowych, a przede wszystkim wartości postawy, czyli umiejętności znoszenia losu, wytrwania ponad sytuację. Nawet w cierpieniu pozwala odnaleźć sens według podstawowej zasady logoterapii: jeśli nie można zmienić sytuacji, to można zmienić postawę wobec niej tak, aby według oceny poznawczej podmiotu zachowanie było sensowne. Doświadczenie choroby, która jest potencjalnym źródłem cierpienia, stanowi okazję do ujawnienia postawy wyjścia ponad ograniczenia somatyczne (ból i inne objawy) oraz psychiczne (lęk, poczucie osamotnienia) w wolności ducha, zmierzającego pomimo wszystko ku ważnym dla chorego wartościom: dobroci wobec ludzi, piękna w twórczości, nieśmiertelności w pozostawionych dziełach, czy zbawieniu. Realizowanie wartości ma walor rozwojowy: czyni z psychofizjologicznego organizmu osobę, poszerzając sferę noetycznej niezależności w stosunku do determinizmu ciała i psychiki. Dlatego doświadczenie poważnej choroby potencjalnie ma charakter osobotwórczy.

Bardziej szczegółowa charakterystyka sfery noetycznej wskazuje, że kryterium jej wyróżnienia jako tej, która wyodrębnia człowieka wśród zwierząt, jest niepełne. Czyż proces komunikowania się na poziomie mowy nie jest szczególną własnością człowieka?

A przecież nikt go nie wiąże ze sferą noetyczną. Kategoria *noetyczny* oznacza: rozumowy, a przez to typowo ludzki, ale odnosi się do wolnego, świadomego realizowania woli sensu, poprzez zmierzanie ku zewnętrznym, obiektywnie istniejącym wartościom.

Pojęcie *sens* nie jest specyficzne dla poglądów Frankla. Przekonanie o sensowności świata jest istotnym komponentem poczucia koherencji w koncepcji Antonovsky'ego. Jak się wydaje do zwrócenia uwagi na znaczenie sensu, obydwu autorów skłoniło doświadczenie totalnego bezsensu II Wojny Światowej. U Antonovsky'ego sensowność jest atrybutem obrazu świata, otoczenia, u Frankla natomiast dynamizmem podmiotowym.

Szczególne miejsce w nooteorii zajmuje „ja” osobowe. Jest to podstawowa struktura wymiaru noetycznego, poprzez którą, jak pisze Popielski „zachodzi związek podmiotu świadomego z samym sobą” (Popielski, 1999, s. 27). Równocześnie owo ja, wyrażające to, co najbardziej ludzkie i osobiste stanowi jakby „pionowy” rdzeń wszystkich trzech „poziomych” wymiarów osoby, zgodnie z „ideą centralności egzystencjalnej”. Świadomość i samoświadomość własnej osoby, wyrażająca się w poczuciu „ja” obejmuje zarówno wymiar noetyczny, w którym człowiek czuje się mniej, czy bardziej wolny, wymiar psychiczny, w którym świadomie odczuwa swoje emocje, cechy charakteru, nawyki, a także wymiar somatyczny, który jakkolwiek bardzo autonomiczny, również stanowi istotny wymiar ego (Doświadczenie ciała, jako integralnej części osoby).

W kontekście struktury ja motywowanej wolą sensu Popielski przedstawia *podmiotowo-osobową tendencję ku...* Formuła ta ma dwojakie znaczenie. Po pierwsze: chodzi o ukierunkowanie rozwoju człowieka ku coraz wyższym poziomom egzystencji od somatycznej i psychicznej, które człowiek w dużym stopniu otrzymuje poprzez potencjał genetyczny i które „ma”, ku sferze noetycznej, której rozwój jest efektem świadomych wysiłków człowieka i w której się on „staje”, w procesie autokreacji (Galdowa, Nelicki, 1993). Równocześnie formuła: *podmiotowo-osobowa tendencja ku...* ma szczególnie ważne w kontekście tej pracy znaczenie motywacyjne: wyraża ukierunkowanie podmiotu ku celom, wartościom, ideałom, dynamizowane wolą sensu. Realizowane wartości ulegają interioryzacji i tym samym równocześnie wplatają się w nurt rozwojowy, ubogacając podmiot i kierując na wyższe poziomy egzystencji.

TEORETYCZNO-METODOLOGICZNY MODEL BADAWCZY

W badaniach znaczenia motywacji neotypycznej w procesie radzenia sobie ze stresem przyjęto model badawczy, w którym wyróżnia się zmienne dotyczące trzech wymiarów egzystencji człowieka: kompetencji fizycznych, dyspozycji psychicznych i aktywności neotypycznej. Ostatnia z wymienionych kategorii oznacza realizację woli sensu w kontekście afirmowanych przez osobę wartości i postaw. W badaniach zróżnicowano prospektywną wolę sensu (potrzebę sensu) i retrospektywne poczucie sensu. Wola sensu to, według Frankla, źródło najbardziej pierwotnej, podstawowej motywacji⁶, związanej z nadzieją na realizację określonych celów, za którymi stoją wartości. Poczucie sensu jest następstwem konfrontacji celu z rezultatem. „W sumie straciłem czas bez sensu” – konkluduje ze smutkiem autor, który nie może wydać napisanej książki, a wartość doraźna i potencjalna pisarstwa go nie satysfakcjonuje.

Poczucie sensu może być rozumiane, tak jak sens w czasie i przestrzeni lokalizuje Frankl: *at situationem et personam* – sens jednostkowy aktualnego działania. Tutaj natomiast chodzi o refleksję nad całym życiem, które minęło, o ustosunkowanie bilansowe – poczucie sensu życia, a także oczekiwania co do przeszłości.

Badania przeprowadzono w sytuacyjno-poznawczym modelu stresu. Kryterium zewnętrznym, na podstawie którego wybrano sytuację stresogenną, była diagnoza lekarska: choroba wieńcowa. Z drugiej strony, w półstrukturalizowanej rozmowie psychologicznej badano ocenę poznawczą sytuacji, aby ustalić, czy wystąpił stres. Wszyscy badani potwierdzili podmiotowo diagnozę, stwierdzając, że odczuwają bóle wieńcowe, duszność oraz inne objawy angoidalne.

Psychologia egzystencjalna preferuje podejście fenomenologiczne i idiograficzne. Wymagania te zrealizowano w ograniczonym zakresie, kierując się celem badania, jakim było ustalenie współzależności pomiędzy poczuciem sensu życia doświadczanym w zagrażającej życiu chorobie somatycznej, a efektywnością radzenia sobie

⁶ Freudowska zasada przyjemności i wola mocy w koncepcji Adlera są konsekwencją podstawowej woli sensu. Przyjemność i poczucie mocy to rezultat odnalezienia sensu, ale traktowane same w sobie, bez odniesienia do wartości, prowadzą do degradacji osobowości (Trzópek, 1999).

z chorobą, określaną pośrednio: poprzez postawę wobec siebie⁷. Założono, że im bardziej skuteczne jest zmaganie się z chorobą, tym bardziej pozytywna jest ta postawa. Ponieważ chodziło o ustalenie prawidłowości ogólnych, zastosowano podejście nomotetyczne: badania przekrojowe oraz analizę wyników i wnioski na poziomie grupy. Aby zwiększyć prawdopodobieństwo uzyskania danych rzetelnych i powtarzalnych zastosowano głównie metody standaryzowane: kwestionariusze. Zachowują one charakter fenomenologiczny o tyle, że należą do kategorii metod samoopisowych.

Postawę wobec siebie określono zgodnie z ujęciem W. H. Fittsa (1964), który nawiązuje do klasycznej teorii postaw, wyróżniając w wymiarze formalnym postawy: obraz siebie jako komponent poznawczy, samoakceptację, jako wymiar emocjonalny oraz postrzeganie swego zachowania, jako ekwiwalent komponentu behawioralnego. W aspekcie treściowym postawy wobec siebie Fitts wyróżnia: obraz siebie w kategoriach fizycznych, osobowości, moralno-etycznych, ról rodzinnych i relacji społecznych.

Należy się w tym miejscu zastanowić, czy łączenie problematyki woli sensu z zagadnieniami psychologii „ja” nie będzie naruszeniem zasady zgodności przyjmowanych założeń teoretycznych. Jak jednak wyżej stwierdzono, „ja” osobowe to podstawowa, centralna struktura wymiaru noetycznego, integrująca wszystkie poziomy ludzkiej egzystencji. Zachodzi więc zgodność teoretyczna, tym bardziej, że psychologia „ja” rozwijana jest w dwu nurtach: poznawczym i właśnie – fenomenologicznym.

Badając osoby cierpiące na długotrwałą chorobę somatyczną, jaką jest choroba wieńcowa, można zgodnie z wynikami wielu badań oczekiwać, że choroba będzie miała niekorzystny wpływ na postawę wobec siebie. Co więcej długotrwały stres choroby może przyczynić się nawet do zmian w zakresie obrazu samego siebie, w kierunku zmian relacji ja-realnego i ja-idealnego, w taki sposób, że ja-realne z okresu przed chorobą przyjmuje status ja-idealnego po chorobie. Obniżenie ja-realnego idzie w parze z mniejszą samoakceptacją. Zmiany dotyczą nie tylko aspektów strukturalnych, ale również treściowych obrazu samego siebie (Życińska, 1995).

⁷ Badania należą do nurtu poszukiwania pozytywnych, rozwojowych aspektów choroby somatycznej.

Przystępując do badań sformułowano hipotezę wstępną, dotyczącą zależności pomiędzy doświadczeniem choroby, a poczuciem sensu życia: mężczyźni w okresie po zawale serca z objawami dusznicy bolesnej w porównaniu z osobami w okresie po zawale bez objawów czynnej choroby wieńcowej, będą charakteryzować się poczuciem sensu życia na tym samym, lub nawet wyższym poziomie, biorąc pod uwagę potencjalne osobotwórcze znaczenie doświadczenia choroby.

W analizie wyników rozpatrywana będzie również hipoteza ogólna, sformułowana na podstawie założeń teorii Frankla, zgodnie z którą wystąpi zależność pomiędzy poczuciem sensu życia, a postawą wobec siebie u wszystkich badanych osób po zawale, aktualnie zdrowych i chorych.

Hipoteza zasadnicza dotyczy zależności pomiędzy poczuciem sensu życia, pogłębionym poprzez doświadczenie choroby, a postawą wobec siebie: poczucie sensu życia u osób z czynną chorobą wieńcową będzie bezpośrednio powiązane z postawą wobec siebie, a tym samym pośrednio będzie znaczące w radzeniu sobie z chorobą. Dowodzona będzie pierwsza część hipotezy, natomiast druga jest kwestią interpretacji, a perspektywicznie dalszych badań, z zastosowaniem kryteriów efektywności radzenia sobie z chorobą.

METODY I BADANA GRUPA

W badaniach dotyczących wpływu aktywności neotypycznej na radzenie sobie z chorobą wieńcową posłużono się kwestionariuszem J. C. Crumbaugh'a i L. T. Maholicka opublikowany w roku 1963 jako *Purpose in Life Test* (w skrócie *PIL*) w autoryzowanym przekładzie Z. Płużek. W polskiej wersji jest on nazwany: *Skalą PLT*. Metoda składa się z trzech części, zróżnicowanych pod względem stopnia standaryzacji. Część pierwsza – A jest 20-to pozycyjnym kwestionariuszem pozwalającym zmierzyć za pomocą siedmiopunktowych skal likertowskich natężenie różnych symptomów poczucia sensu życia. Część B ma charakter metody półprojekcyjnej. Zawiera 14 zdań niedokończonych, z których większość sformułowana jest w pierwszej osobie. Treściowo zdania dotyczą również wybranych aspektów poczucia sensu życia. Część trzecia C dostarcza „wytworów własnych”. Instrukcja proponuje badanemu napisanie tekstu zawierającego charakterystykę „dążeń, ambicji i celów w życiu”.

W tym opracowaniu zostanie przedstawiona analiza wyników kwestionariusza, czyli części A.

Autorzy PIIT oszacowali rzetelność części A na poziomie 0,81 (Jest to współczynnik korelacji r Pearsona, który po zastosowaniu poprawki Spearmana-Browna przyjmuje wysokość 0,90; Popielski, 1987). Na podstawie przedstawianych badań stwierdzono, że współczynnik rzetelności całego testu – α Cronbacha równy jest 0,83, a liczony na wynikach standaryzowanych wynosi 0,85. Ponieważ jednak wielu autorów wskazuje na wpływ zmiennej aprobaty społecznej w przypadku tej metody, do grupy badawczej przyjmowano osoby, które nie przekraczały ósmego stena w skali kłamstwa kwestionariusza EPQ Eysencka, w opracowaniu K. Pospiszyla (1985). Trafność kwestionariusza oceniano głównie z punktu widzenia jego przydatności do diagnozy frustracji egzystencjalnej, będącej według Frankla istotą nerwicy noogennej. W tym zakresie, jak stwierdza Popielski (1987) metoda okazała się wystarczająco trafna.

Postawę wobec siebie badano za pomocą kwestionariusza Fittsa, zatytułowanego: *Skala badania obrazu własnej osoby (Skala samooceny)*, w tłumaczeniu H. Grzegołowskiej i adaptacji w ramach programu, prowadzonego przez K. Jankowskiego w roku 1975. Metoda składa się ze stu stwierdzeń, stanowiących pięciopunktowe skale likertowskie. Autorzy podręcznika dokonują przeglądu badań walidacyjnych, stwierdzając, że współczynniki rzetelności kwestionariusza, otrzymane różnymi metodami, oscylują w granicach 0,80 – 0,90. Przekonywujące są także wyniki badań dotyczące trafności w zakresie różnicowania postawy wobec siebie grup pacjentów psychiatrycznych (schizofrenicy paranoidalni, osoby depresyjne, zaburzenia osobowości) oraz licznych grup wyróżnionych według innych kryteriów badawczych. W podsumowaniu można stwierdzić, że metoda jest trafnym narzędziem badania postawy wobec siebie w zakresie poszczególnych komponentów, a także wyniku globalnego, który według autora jest wskaźnikiem poczucia własnej wartości. Celem weryfikacji hipotez zbadano 38 mężczyzn w okresie po zawale serca z objawami dusznicy bolesnej oraz dla porównania 34 mężczyzn w okresie po zawale bez objawów czynnej choroby wieńcowej. Zadbano o porównywalność grup pod względem charakteru przebytego zawału, występowania innych schorzeń somatycznych, wieku oraz okresu od wystąpienia zawału. Badano średnio pięć lat po zawale serca. Wiek obydwu grup kształtował się średnio na poziomie 57 lat.

WYNIKI

Aby wyodrębnić komponenty poczucia sensu życia, przeprowadzono analizę czynnikową wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza *PLT*, której główne rezultaty przedstawia tabela 1. Bardziej szczegółowo efekty analizy przedstawiono w innej publikacji (Ostrowski, 2002). Skorzystano z metody *analizy głównych składowych (principal components analysis)* z rotacją *varimax*. Otrzymano 7 czynników, które łącznie wyjaśniają 72.3% wariacji pozycji kwestionariusza (tab. 1). Do poszczególnych czynników włączono te stwierdzenia kwestionariusza, których ładunki czynnikowe wynosiły co najmniej 0,50 i które były najbardziej wysyczone danym czynnikiem. W ten sposób do siedmiu czynników przyporządkowano wszystkie 20 pozycji kwestionariusza.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1 najbardziej znaczącym komponentem poczucia sensu życia jest czynnik I nazwany: Wiara w sens istnienia, który wyjaśnia prawie 29% wariacji wszystkich wyników. Ma on znaczący współczynnik rzetelności, podobnie, jak większość pozostałych, za wyjątkiem czynnika VI oraz pojedynczej pozycji testu, dotyczącej stosunku do śmierci. Dlatego w dalszej analizie wyników uwzględniono tylko pięć pierwszych czynników.

Na podstawie koncepcji Frankla można oczekiwać, że niektóre osoby poważnie cierpiące z powodu choroby zdobędą się na zmianę postawy wobec dolegliwości, co znacznie pogłębi ich refleksję no-

Tabela 1

Wyniki analizy czynnikowej PLT (obok nazw czynników podano % wariacji całkowitej, wyjaśnionej przez dany czynnik oraz wartość współczynnika rzetelności α Cronbacha)

Czynnik I.	Wiara w sens istnienia	(wyjaśnia 28,6 % wariacji, α Cronbacha = 0,81)
Czynnik II.	Nastroj egzystencjalny	(wyjaśnia 9,4% wariacji, α Cronbacha = 0,78)
Czynnik III.	Odpowiedzialna kontrola życia	(wyjaśnia 9,4% wariacji, α Cronbacha = 0,66)
Czynnik IV.	Afirmacja życia w wolności	(wyjaśnia 7,1% wariacji, α Cronbacha = 0,71)
Czynnik V.	Radość życia	(wyjaśnia 6,2% wariacji, α Cronbacha = 0,67)
Czynnik VI.	Satysfakcja z życia	(wyjaśnia 6% wariacji, α Cronbacha = 0,54)
Czynnik VII.	Stosunek do śmierci	(wyjaśnia 5,5% wariacji, nie można obliczyć α Cronbacha, ponieważ ten czynnik zawiera jedną pozycję kwestionariusza)

etyczną. Może się to przełożyć na zwiększenie poczucia sensu życia do poziomu osób nie odczuwających aktualnie choroby, a nawet poziom ten przekroczyć (hipoteza wstępna). Dlatego skorelowano wyniki Skali PLT z występowaniem choroby wieńcowej. Rezultaty przedstawia tabela 2.

Wynika z niej wyraźnie, że analizując wyniki na poziomie grupy nie potwierdzono bezpośredniej współzależności pomiędzy doświadczeniem choroby, a poczuciem sensu życia, o kierunku pozy-

Tabela 2

Współzależność pomiędzy występowaniem choroby wieńcowej, a poczuciem sensu życia w grupie 72 mężczyzn po zawale serca

Zmienne	Osoby z chorobą wieńcową		Osoby bez choroby wieńcowej		<i>r</i> (70)	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
Wynik ogólny <i>PLT</i>	112,44	13,95	122,68	7,74	-0,40	0,0005
Wiara w sens istnienia	29,76	4,02	32,56	7,70	-0,36	0,0021
Nastroj egzystencjalny	15,94	3,00	18,00	2,64	-0,34	0,0034
Odpowiedzialna kontrola życia	18,38	3,33	19,82	1,88	-0,23	0,0521
Afirmacja życia w wolności	16,24	3,19	17,29	2,41	-0,18	0,1289
Radość życia	10,68	2,78	11,76	3,07	-0,22	0,0665

tywnym. Wręcz przeciwnie – osoby w stresie choroby wieńcowej gorzej oceniają sens swego życia, co widoczne jest w zakresie wyniku ogólnego, a także podstawowych czynników, nazwanych: Wiara w sens istnienia, Nastroj egzystencjalny, Odpowiedzialna kontrola życia oraz Radość życia, skorelowanych negatywnie z występowaniem choroby. W zakresie czynnika: Afirmacja życia w wolności korelacja ujawnia się na poziomie trendu.

Jeśli postawę wobec siebie potraktować jako wskaźnik efektywności radzenia sobie ze stresem, to wydaje się sprawą ewidentną w świetle obserwacji oraz przytoczonych wcześniej wyników badań, że będzie ona znacząco bardziej negatywna w przypadku osób, które stres choroby aktualnie przeżywają, w porównaniu z badanymi nie doświadczającymi tego rodzaju stresu. Aby jednak sprawdzić

trafność metody w stosunku do założeń, dokonano takiego porównania, a jego rezultaty zawiera tabela 3.

Umieszczono w niej Skalę K, aby wykazać, że zmienna ta nie jest w znaczącym stopniu skorelowana z występowaniem choroby wieńcowej. Jeśli chodzi o znaczenie choroby, to rzeczywiście, osoby

Tabela 3

Współzależność pomiędzy występowaniem choroby wieńcowej, a postawą wobec siebie w grupie 72 mężczyzn po zawale serca

Zmienne	Osoby z chorobą wieńcową		Osoby bez choroby wieńcowej		r (70)	p
	M	SD	M	SD		
Skala K (EPQ)	9,97	3,64	11,44	5,63	-0,15	0,2176
Samokrytycyzm	38,94	6,15	35,32	5,45	0,30	0,0098
Tożsamość	124,18	9,89	136,59	9,97	-0,47	0,0001
Samoakceptacja	109,79	11,01	121,29	13,80	-0,39	0,0008
Zachowanie się	110,35	11,72	122,41	12,16	-0,41	0,0003
Ja-fizyczne	62,18	7,51	74,44	9,56	-0,56	0,0001
Ja-moralno-etyczne	75,03	6,37	77,44	8,53	-0,11	0,3646
Ja-osobowe	69,88	6,67	75,21	9,14	-0,23	0,0184
Ja-rodzinne	67,68	9,60	77,79	6,74	-0,49	0,0001
Ja-społeczne	69,03	8,03	76,00	8,64	-0,34	0,0038
Poczucie własnej wartości	344,32	29,93	380,29	33,49	-0,45	0,0001

odczuwające dolegliwości wieńcowe prezentują gorszą postawę wobec siebie w każdym wymiarze formalnym i treściowym, za wyjątkiem „Ja-moralno-etycznego”. Klarowność obrazu zakłóca fakt, że w świetle wyników są one znamienne bardziej krytyczne wobec siebie (Zmienna: Samokrytycyzm). W związku z tym nie wiadomo, czy różnica na korzyść osób bez dolegliwości związana jest z tym, że nie doświadczają one stresu choroby, czy jest to rezultat ich mniejszego krytycyzmu. Aby rozwiązać tę wątpliwość zastosowano analizę regresji wielokrotnej, która pozwala określić współzależność pomiędzy komponentami postawy wobec siebie, a chorobą wieńco-

wą i Samokrytycyzmem równocześnie. Wprowadzając Samokrytycyzm do równania eliminuje się jego wpływ na zależność pomiędzy postawą, a doświadczeniem choroby. W równaniu znajduje się też zmienna: Poczucia Sensu Życia, przez co umożliwiono zbadanie jej współzależności z Postawą Wobec Siebie u wszystkich osób po zawałe (hipoteza ogólna).

Wyniki analizy regresji zawiera tabela 4. Okazuje się, że Samokrytycyzm jest istotnie powiązany z większością komponentów postawy wobec siebie. Ważne z perspektywy badań jest jednak, że pomimo to choroba wieńcowa pozostaje znamienym korelatem postawy w każdym wypadku, za wyjątkiem zmiennej: Ja moralno-etyczne, która jest skojarzona z Samokrytycyzmem oraz z Poczuciami

Tabela 4

Choroba wieńcowa, samokrytycyzm oraz poczucie sensu życia jako predyktory postawy wobec siebie u 72 mężczyzn po zawałe serca. Istotność elementów równania regresji (współczynniki regresji standaryzowane) badano za pomocą statystyki t, przy 68 stopniach swobody, natomiast istotność procentu wariacji zmiennej zależnej (komponentów postawy) określano za pomocą statystyki F ($F = \frac{SS_{regresja}}{SS_{reszta}}$). liczonej przy 3 i 68 stopniach swobody

Zmienne	Równania regresji wielokrotnej				% wariacji wyjaśnionej
	Wartość stała a	Współcz. regresji choroby wieńcowej b_{yx1}	Współcz. regresji Samokrytycyzmu b_{yx2}	Współcz. regresji Poczucia Sensu Życia b_{yx3}	
Tożsamość	78,90****	-0,42***	0,28**	0,34**	41%****
Samoakceptacja	43,37**	-0,31**	0,28**	0,41****	39%****
Zachowanie się	40,40**	-0,23*	0,12	0,55****	45%****
Ja-fizyczne	40,58***	-0,60****	0,31**	0,15	43%****
Ja-moralno-etyczne	28,86**	-0,01	0,30**	0,47****	31%****
Ja-osobowe	33,36**	-0,09	0,02	0,49****	28%****
Ja-rodzinne	29,32**	-0,33**	0,08	0,46****	43%****
Ja-społeczne	28,68**	-0,25*	0,23*	0,40****	31%****
Poczucie własnej wartości	162,38****	-0,33**	0,24**	0,46****	46%****

Oznaczenia: $p < 0,0001$:****; $p < 0,001$:***; $p < 0,01$:**; $p < 0,05$:*

ciem Sensu Życia i zmiennej: Ja-osobowe, skorelowanej prawie wyłącznie z Poczuciem Sensu Życia, które okazało się być najistotniejszym predyktorem Postawy Wobec Siebie u mężczyzn po zawale serca.

Aby zbadać współzależność: poczucie sensu życia – postawa wobec siebie w czynnej chorobie wieńcowej, analizę wyników przeniesiono na poziom poszczególnych grup.

W grupie mężczyzn po zawale serca z chorobą wieńcową stwierdzono charakterystyczną współzależność dodatnią pomiędzy poczuciem sensu życia i postawą wobec siebie (Tab. 5). Ujawnia się to we wszystkich parametrach formalnych postawy i w większości treści-

Tab. 5

Samokrytycyzm oraz poczucie sensu życia jako predyktory postawy wobec siebie u 38 mężczyzn po zawale serca z czynną chorobą wieńcową. Istotność elementów równania regresji (współczynniki regresji standaryzowane) badano za pomocą statystyki t, przy 35 stopniach swobody, natomiast istotność procentu wariancji zmiennej zależnej (komponentów postawy) określano za pomocą statystyki F ($F = SS_{regresji} / SS_{reszta}$), liczonej przy 2 i 35 stopniach swobody

Zmienne	Równania regresji wielokrotnej			% wariancji wyjaśnionej
	Wartość stała a	Współcz. regresji Samokrytycyzmu b_{yx1}	Współcz. regresji Poczucia Sensu Życia b_{yx2}	
Tożsamość	84,87****	0,02	0,46**	21%*
Samoakceptacja	56,14***	-0,01	0,59****	35%***
Zachowanie się	61,96****	-0,27*	0,70****	52%****
Ja-fizyczne	49,63***	0,03*	0,19	4%
Ja-moralno-etyczne	44,12****	-0,10	0,66****	44%****
Ja-osobowe	45,77****	-0,31**	0,67****	49%****
Ja-rodzinne	26,32*	-0,04	0,56***	31%**
Ja-społeczne	36,55**	0,10	0,56***	31%***
Poczucie własnej wartości	202,97****	0,11	0,64****	28%***

Oznaczenia: $p < 0,0001$:****; $p < 0,001$:***; $p < 0,01$:**; $p < 0,05$:*

wych, za wyjątkiem struktury określonej jako: Ja-fizyczne, która od-
daje wymiar „ja” związany ze sferą somatyczną osoby i jak wykazano
43% jej wariacji można wyjaśnić za pomocą dwu zmiennych: występo-
wania choroby wieńcowej oraz stopnia Samokrytycyzmu (Por. tab. 4).

Natomiast w grupie osób po zawale bez objawów dusznicy za-
leżność pomiędzy poczuciem sensu życia i postawą wobec siebie
występuje na poziomie istotnym w zakresie o wiele mniejszym, bio-
rąc pod uwagę wielkość i ilość znamienych współczynników kore-
lacji (Tab. 6). W tej grupie istotnym predyktorem postawy okazuje
się być Samokrytycyzm.

Tabela 6

Samokrytycyzm oraz poczucie sensu życia jako predyktory postawy wobec siebie u 34 mężczyzn po zawale serca bez objawów choroby wieńcowej. Istotność elementów równania regresji (współczynniki regresji standaryzowane) badano za pomocą statystyki t, przy 31 stopniach swobody, natomiast istotność procentu wariacji zmiennej zależnej (komponentów postawy) określano za pomocą statystyki F ($F = SS_{\text{regresja}}/SS_{\text{reszta}}$), liczonej przy 2 i 31 stopniach swobody

Zmienne	Równania regresji wielokrotnej			% wariacji wyjaśnionej
	Wartość stała <i>a</i>	Współcz. regresji Samokrytycyzmu b_{yx1}	Współcz. regresji Poczucia Sensu Życia b_{yx2}	
Tożsamość	64,44**	0,72****	0,16	58%****
Samoakceptacja	22,09	0,63****	0,20	48%****
Zachowanie się	6,32	0,63****	0,34**	59%****
Ja-fizyczne	3,48	0,69****	0,18	56%****
Ja-moralno-etyczne	13,66	0,70****	0,19	56%****
Ja-osobowe	13,48	0,33*	0,29	23%*
Ja-rodzinne	33,33*	0,32	0,28	22%*
Ja-społeczne	23,27	0,65****	0,12	46%****
Poczucie własnej wartości	92,86	0,70****	0,25*	62%****

Oznaczenia: $p < 0,0001$:****; $p < 0,001$:***; $p < 0,01$:**; $p < 0,05$:*

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przystępując do badania radzenia sobie ze stresem choroby wieńcowej sformułowano hipotezę, w myśl której poczucie sensu życia u osób z czynną chorobą wieńcową będzie bezpośrednio powiązane z postawą wobec siebie, a pośrednio będzie znaczące w radzeniu sobie z chorobą. Założono, że postawa wobec siebie jest podmiotowym wskaźnikiem efektywności radzenia sobie w każdej sytuacji stresowej, z chorobą somatyczną włącznie.

Sprawdzając słuszność hipotezy, stwierdzono najpierw, że mężczyźni po zawale serca doświadczający stresu choroby mają znacznie słabsze poczucie sensu życia.

Zagrażająca choroba somatyczna aktualizuje wolę sensu, przytłumioną sprawami codziennego życia u osób zdrowych. Powoduje szczególne „zatrzymanie w biegu”, aktualizuje pytanie o sens dotychczasowego życia i perspektywy na przyszłość. Aktualizuje, to nie znaczy zaspokaja. Wręcz odwrotnie: osoba sprowokowana do refleksji nad swoim życiem przez doświadczenie choroby jest dużo bardziej narażona na negatywne konstatacje, niż człowiek zdrowy, skoncentrowany na celach doraźnych, a nie na ocenie życia. Mniejsze poczucie sensu życia u osób chorych wydaje się uzasadnione psychologicznie.

Okazuje się jednak, przechodząc do kolejnych wyników, że jakkolwiek niższe, poczucie sensu życia ma u chorych bezpośrednie powiązanie z postawą wobec siebie. Potwierdza się zasadnicza hipoteza badań: im pełniejsze jest poczucie sensu życia u mężczyzn po zawale z chorobą wieńcową, tym lepsza jest ich postawa wobec siebie i wyższe poczucie własnej wartości, pomimo choroby. Jest to zależność istotna, ponieważ, jak wykazano, w chorobie nie tylko poczucie sensu życia, ale także postawa wobec siebie jest znacząco bardziej negatywna. Rezultat ten jest zgodny z wynikami badań, o których wspomniano wcześniej. W sumie można skonkludować, że czynnej chorobie wieńcowej towarzyszy efekt depresyjny: słabsze poczucie sensu życia, gorsza postawa wobec siebie, obniżone poczucie wartości. W tej sytuacji szczególnie ważne jest stwierdzenie, że jeśli chory pogłębi, umocni poczucie sensu swego życia, to będzie to miało dla niego większe znaczenie w formowaniu postawy wobec siebie, niż dla mężczyzny w podobnym wieku, który również przeżył zawał serca, ale aktualnie nie odczuwa objawów choroby wieńcowej.

Jeśli postawę wobec siebie potraktować jako wskaźnik efektywności radzenia sobie ze stresem, to można pójść w interpretacji dalej i stwierdzić, że gdy występuje pozytywna refleksja nad sensem życia, człowiek lepiej radzi sobie ze stresem choroby.

W badaniach nie ujawniono bezpośredniego związku pomiędzy przeżywaniem stresu choroby, a poczuciem sensu życia. Refleksja egzystencjalna w poważnej chorobie przejawia się w sposób dyskretny. Nabiera szczególnego znaczenia, jako czynnik związany z postawą wobec siebie. W chorobie somatycznej wzrasta znaczenie potrzeby sensu jako czynnika współzależnego z poczuciem własnej wartości.

Uwydatnienie znaczenia woli sensu w zmaganiu się z chorobą podkreśla wagę dynamicznego spojrzenia na problematykę radzenia sobie ze stresem. Istotne jest nie tylko to, jak sobie radzi człowiek chory, co ten proces uruchamia i warunkuje, ale także dlaczego podejmuje aktywność zaradczą. Podstawowa motywacja człowieka, ujawniająca się w każdym przejawie egzystencji, związana jest według Frankla z wolą sensu.

Poczucie sensu ma znaczenie terapeutyzujące: im jest wyższe, tym lepsza postawa wobec siebie i większa motywacja do życia, nie tylko że pomimo choroby, ale jak wykazują przedstawione wyniki: w związku z chorobą. W ten sposób ujawnia się egzystencjalny, osobotwórczy wymiar poważnej choroby, znany dobrze psychologom praktykom, ale trudno uchwytny i rzadko potwierdzany w badaniach.

WNIOSKI

1. U mężczyzn po zawale serca czynna choroba wieńcowa jest współzależna z niższym poczuciem sensu życia, w porównaniu z osobami po zawale, bez objawów wieńcowych.
2. Podobnie występowanie choroby wieńcowej u mężczyzn po zawale jest współzależne z gorszą postawą wobec siebie i mniejszym poczuciem wartości w porównaniu z osobami bez dusznicy bolesnej, które przeżyły zawał serca.
3. Zagrożająca życiu choroba somatyczna aktualizuje wolę sensu, co sprawia, że refleksja nad sensem swego życia stanowi korelat postawy wobec siebie istotniejszy w chorobie, niż u osób po zawale, bez objawów czynnej choroby wieńcowej.

4. Neotypyczna perspektywa poszukiwania sensu może mieć u chorych somatycznie znaczenie terapeutyzujące, ponieważ im lepsze jest poczucie sensu życia w chorobie wieńcowej, tym bardziej pozytywna postawa wobec siebie, większa samoakceptacja i poczucie własnej wartości. W ten sposób, pośrednio, ujawnia się jej pozytywne znaczenie w radzeniu sobie ze stresem choroby.

LITERATURA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychoneurologicznego.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175–1184.
- Burger, J.M. (1992). *Desire for control: Personality, social, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body* (2 wyd.). New York: Norton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Ekman, P., Davidson, R. J. (1998). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Elliot, G.R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health*. New York: Springer.
- Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen & Co. Ltd.
- Fitts, W.F. (1964). *Tennessee Self Concept Scale*. Tennessee: Counselor Recordings & Tests.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466–475.
- Frankl, V.E. (1984). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frączek, A., Kofta, M. (1975). Frustracja i stres psychologiczny. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 628–678). Warszawa: PWN.
- Galdowa, A., Nelicki, A. (1993). O możliwościach i warunkach bycia twórczym z perspektywy aksjologicznej teorii osobowości. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne*, 8, 7–28.
- Grinker, R.R., Spiegel, J.P. (1945). *Men under Stress*. New York: McGraw-Hill.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, (red.). *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 12–43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465–492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hobfoll, S.E. (1989). Zachowanie zasobów. Nowa próba konceptualizacji stresu. *Nowiny Psychologiczne*, 64–65, (5–6), 24–48.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Kahn, R.L. (1981). Job loss and health. W: R. L. Kahn, (red.), *Work and health* (s. 84–100). New York: John Wiley & Sons.
- Kobasa, S.C.O., Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839–850.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 40–41, (3–4), 2–39.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345–353.
- Nelicki, A. (1990). „Metakliniczna” koncepcja osoby V. E. Frankla. W: A. Gałdowa (red.), *Wybrane koncepcje osobowości* (część I, s. 139–158). Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Nelicki, A. (1990a). Kategoria osoby w koncepcjach Victora E. Frankla i Gordona W. Allporta. *Przegląd Psychologiczny*, 33, 1, 77–85.
- Obuchowski, K. (1995). *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zysk i Ska.
- Ormel, J., Schaufeli, W.B. (1991). Stability and change in psychological distress and their relationship with self-esteem and locus of control: A dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 288–299.
- Ostrowski, T.M. (2002). Zmiany w obszarze poczucia sensu życia u osób po zawale serca. W: D. Jasiocka-Kubacka (red.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne* (s. 135–144). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347–374.
- Popielski, K. (1987). Testy egzystencjalne: Metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej. W: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte* (s. 237–261). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Popielski, K. (1994). *Neotyczny wymiar osobowości*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

- Popielski, K. (1999). Noopsychosomatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 4, 17–41.
- Pospiszyl, K. (1985). *Psychopatia*. Warszawa: PWN.
- Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: PWN.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1 (numer w całości).
- Sarason, I.G. (1975). Test anxiety and cognitive modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 148–153.
- Selye, H. (1963). *Stres życia*. Warszawa: PZWL.
- Sęk, H. (red.). (1991). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna*, 1–2, 37–52.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 88–130). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Trzópek, J. (1999). Człowiek w ujęciu logoterapii Viktora Frankla. W: M. Opoczyńska (red.), *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297–333.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 493–512). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Życińska, J. (1995). Twórcze kształtowanie samego siebie poprzez doświadczenie nieuleczalnej choroby (na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane). W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* (s. 89–117). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.