

MAŁGORZATA KOPEĆ

Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej w Józefowie

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Piasecznie

JAN F. TERELAK

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

STYLE POZNAWCZE A STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM U OSÓB Z PRZEWLEKŁYM BÓLEM KRĘGOSŁUPA

Cognitive styles and stress coping styles in person with chronic pain of spinal column

Abstract

The present study investigated the relationship between cognitive styles (field dependence-independence, reflection-impulsivity, differentiation-abstraction) and coping styles (task-oriented, emotionally-oriented, avoidance-oriented) among chronic spinal pain patients. The analysis showed that field independence correlated positively with task-oriented coping style. Impulsivity predicted avoidance-oriented coping style, while differentiation predicted emotionally-oriented coping style. The results indicate that there are significant relationships among cognitive styles and coping styles. Task-oriented coping style participants suffering from chronic spinal pain seem to be less disabled than the participants with emotionally-oriented coping styles.

1. WSTĘP

Niniejsza praca ma na celu empiryczną weryfikację zależności między zależnością-niezależnością od pola percepcji, abstrakcyjnością-konkretnością, refleksyjnością-impulsywnością, a stylami radzenia sobie ze stresem u osób z przewlekłym bólem kręgosłupa. Problem jest o tyle istotny, że zarówno w koncepcjach stresu i radzenia sobie z nim, jak i w procesie percepcji i reagowania na ból, podkreśla się znaczenie i rolę poznawczego aspektu tych zjawisk. Jednym z elementów procesu poznawczego jednostki są style poznawcze. W dotychczasowych badaniach empirycznych nad percepcją bólu brano pod uwagę takie aspekty procesu przetwarzania informacji jak koncentracja czy uwaga, rzadko badane było znaczenie stylów poznawczych dla spostrzegania bólu i radzenia sobie z nim.

Dla określenia stylów poznawczych używa się także terminów: preferencje poznawcze lub regulatory poznawcze. Brak jest jednoznaczności i zgodności co do definiowania stylów poznawczych, ich rodzajów (wymiarów), klasyfikacji oraz

relacji między nimi zachodzących, a także relacji między stylami poznawczymi a innymi cechami człowieka.

2. STYLE POZNAWCZE

W niniejszym opracowaniu pod pojęciem style poznawcze rozumie się „stałe i stosunkowo wcześnie (bo już w dzieciństwie), ujawniające się indywidualne sposoby funkcjonowania w zakresie czynności percepcyjnych i intelektualnych” (Matczak, 1978, s. 389). Uważa się je, obok możliwości poznawczych i wymagań sytuacyjnych, za ważny wyznacznik funkcjonowania człowieka (Matczak, 1982).

Abstrakcyjność-konkretność oraz refleksyjność-impulsywność to wymiary dwóch stylów poznawczych charakteryzujących proces kategoryzacji definiowany jako „czynność włączania elementów rzeczywistości, z którymi się człowiek styka, w ukształtowane na podstawie doświadczeń i odzwierciedlające struktury wewnętrzne” (Matczak, 1982, s. 33).

Abstrakcyjność jest cechą związaną „z charakterem stosowanych kategorii przy odbieraniu rzeczywistości. Określa ona stopień oderwania wewnętrznej reprezentacji spostrzeganych bodźców od ich konkretnej, jednostkowej postaci, w jakiej ujawniają się w spostrzeganiu” (Matczak, 1978, s. 392). Inaczej mówiąc, jest to „ogólność kategorii, do których przyporządkowywane są spostrzegane obiekty” (Matczak, 1982, s. 34). Poziomy abstrakcyjności są różne i tworzą continuum. Wykazują także dużą stałość przejawiającą się przy wykonywaniu różnych zadań oraz w odniesieniu do różnego materiału (werbalnego, obrazkowego) (Matczak, 1982).

Badania empiryczne wskazują na związek abstrakcyjności-konkretności z reaktywnością. Dzieci i młodzież o słabej reaktywności wykazują tendencję do stosowania abstrakcyjnego stylu poznawczego, silnie reaktywne preferują styl konkretny. Wyniki osób dorosłych przedstawiają się nieco inaczej. Wśród osób silnie reaktywnych występuje zarówno bardzo duża, jak i bardzo mała abstrakcyjność. Osoby słabo reaktywne charakteryzują się umiarkowaną abstrakcyjnością. A. Matczak (1982) tłumaczy to tym, że wśród dzieci i młodzieży częstym sposobem redukcji stymulacji jest konkretność, gdyż ta grupa osób jest w trakcie rozwoju intelektualnego i nie dysponuje jeszcze w pełni wszystkimi możliwościami, a funkcjonowanie na poziomie abstrakcyjnym wymaga bardziej niż u dorosłych aktywności intelektualnej, w związku z tym rzadko występuje u osób reaktywnych, choć w konsekwencji mogłaby zredukować stymulację. Natomiast dorośli reaktywni redukują stymulację za pomocą abstrakcyjnego lub konkretnego sposobu kategoryzacji, a to, jaki sposób zostanie wykorzystany zależy prawdopodobnie od nasilenia reaktywności. Bardzo silna reaktywność uniemożliwia abstrakcyjną kategoryzację, gdyż zbyt szybko następuje przestymulowanie, co dezorganizuje aktywność, także poznawczą.

Ponadto ludzie z abstrakcyjnym stylem poznawczym są w swoim zachowaniu bardziej niezależni od aktualnej sytuacji, a zdeterminowani przez zakodowane informacje. Wyniki badań wskazują, że preferencje w zakresie abstrakcyjności-konkretności nie są tym samym, co możliwości czy zdolności (Matczak, 1982).

Refleksyjność-impulsywność „określa stopień, w jakim jednostka skłonna jest przy rozwiązywaniu problemów poznawczych do zastanawiania się nad trafnością swoich hipotez. (...) Jako właściwość procesu kategoryzacji, refleksyjność-

impulsywność oznacza towarzyszący temu procesowi stopień rozwagi lub pochopności” (Matczak, 1982, s. 36). Osoby refleksyjne rozważają i porównują różne rozwiązania po to, by wybrać najlepsze z nich, konsekwencją tego jest odroczenie odpowiedzi (decyzji). Impulsywne udzielają odpowiedzi znacznie szybciej, bo najczęściej przyjmują pierwszą, jaka się im nasuwa.

Opisywana zmienna wykazuje duży stopień ogólności, przejawia się w różnych typach percepcji i w różnych rodzajach zadań, wykazuje także związek z reaktywnością. Osoby silnie reaktywne częściej przejawiają zachowania impulsywne w porównaniu z osobami słabo reaktywnymi, które preferują raczej styl refleksyjny. Osoby silnie reaktywne częściej uzyskują skrajne wyniki w wymiarze refleksyjność-impulsywność. Osoby słabo reaktywne uzyskują średnie wartości (Matczak, 1982).

Z badań dotyczących zmiennych osobowościowych wynika, że osoby refleksyjne mają bardziej adekwatną samoocenę, wyższy poziom aspiracji. Impulsywność wiąże się z niższym i bardziej zróżnicowanym poziomem aspiracji oraz z wysoką, ale mniej adekwatną samooceną. Dane te mogą być dowodem na istnienie zależności między refleksyjnością-impulsywnością a procesem oceniania (w tym samooceny). Refleksyjny styl poznawczy może znacząco wpływać na większą trafność oceny i samooceny (Matczak, 1982).

Jeśli chodzi o relacje z introwersją i neurotycznością, to silnie reaktywni introwertycy są częściej impulsywni, a słabo reaktywni – refleksyjni. Ekstrawertycy takiej zależności nie wykazują. Silnie reaktywni neurotycy natomiast są bardziej refleksyjni w porównaniu z osobami o małej neurotyczności. Można tłumaczyć to w ten sposób, że osoby neurotyczne przez zachowania refleksyjne radzą sobie z lękiem przed niepowodzeniami i redukują stymulację.

Niektórzy badacze opisują istotną statystycznie zależność i współwystępowanie abstrakcyjności z refleksyjnością a konkretności z impulsywnością. Matczak (1982) w swoich badaniach uzyskała wyniki, które wskazują na niewielką zależność między omawianymi wymiarami stylów poznawczych, sugeruje ponadto, że związek tych dwu zmiennych może być zdeterminowany sytuacyjnie. Różnice mogą także zależeć od rodzaju stosowanych w badaniach zadań.

Trzeci badany w tej pracy styl poznawczy został wyróżniony i opisany przez Witkina, który uważa, że stałe sposoby funkcjonowania w zakresie czynności percepcyjnych i intelektualnych, czyli style poznawcze, to przejaw w sferze poznawczej szerszych wymiarów funkcjonowania indywidualnego człowieka” (Witkin, 1968, s. 75). Innymi słowy preferowany styl poznawczy ma swoje odzwierciedlenie nie tylko w sferze poznawczej, ale także w innych obszarach aktywności (zachowań) człowieka. Witkin mówi o zależnym i niezależnym od pola percepcji stylu poznawczym. Niezależność od pola, to taki sposób spostrzegania, gdzie części pola percepcyjnego są oddzielone od zorganizowanego tła. Zależny od pola sposób spostrzegania charakteryzuje się całościową organizacją pola percepcji, jego części „doświadczone są jako stopione z całością” (Witkin, 1968, s. 76). Witkin w swoich badaniach dowiódł, że tendencja do określonego sposobu spostrzegania jest stałą cechą jednostki. Jednocześnie należy podkreślić, że nie istnieją dwa typy ludzi, wyniki testów wskazują, że między tymi dwoma biegunami jest rozkład ciągły.

Jak już wspomniano wcześniej, styl poznawczy jest częścią szerszego wymiaru funkcjonowania jednostki, świadczą o tym także wyniki badań Witkina (1968) dotyczące między innymi obrazu swojego ciała; ludzie o niezależnym od pola stylu poznawczym doświadczają także w ten sposób swoje ciało, tzn. jako posiadające granice, złożone z oddzielnych części, a części te jako tworzące określone struktury. Osoby niezależne od pola mają także bardziej rozwinięte poczucie odrębności, lepiej potrafią rozpoznać i nazwać własne emocje, uczucia, potrzeby, itp. Osoby zależne od pola potrzebują odniesień zewnętrznych po to, aby zdefiniować swoje postawy, sądy i odczucia, są w swoim funkcjonowaniu bardziej zależne od otoczenia społecznego. Wynika z tego, że preferowany styl poznawczy wyznacza organizację nie tylko zewnętrznego pola percepcji, ale także ma wpływ na odczucia płynące z ciała, samopoznanie, obraz siebie itp.

3. STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

W literaturze wyróżniane są pojęcia procesu, strategii i stylów radzenia sobie ze stresem, a ich definicje, prezentacje różnych koncepcji i sposobów podejścia od strony teoretycznej i empirycznej zawarte są m. in. w publikacjach I. Heszen-Niejodek (1997, 2000), K. Wrześniewskiego (2000), Z. Jaworowskiej-Obłój (1989), B. Zajączkowskiej (1989), w związku z tym w niniejszej pracy omówiona zostanie tylko pokrótce koncepcja stylów radzenia sobie ze stresem Endlera i Parkera, na której oparte będą dalsze rozważania teoretyczne i badania empiryczne. Koncepcja ta wywodzi się z transakcyjnej teorii stresu Lazarusa (1986, 1993). Style radzenia sobie to charakterystyczne, typowe dla danej jednostki sposoby radzenia sobie w trudnych, stresujących sytuacjach. Autorzy ci wyróżniają trzy style radzenia sobie ze stresem:

- Styl skoncentrowany na zadaniu – osoba charakteryzująca się takim stylem zazwyczaj w obliczu stresu podejmuje wysiłek, aby rozwiązać problem przez przekształcenie poznawcze lub zmianę trudnej sytuacji.
- Styl skoncentrowany na emocjach – polega głównie na koncentrowaniu się na sobie i własnych reakcjach emocjonalnych związanych ze stresem.
- Styl skoncentrowany na unikaniu – jednostka nie myśli o problemie, nie koncentruje na nim swej uwagi, angażuje się w czynności zastępcze bądź poszukuje kontaktów towarzyskich.

Ważną cechą tego podejścia jest interakcyjność stylów radzenia sobie charakterystycznych dla danej jednostki i cech sytuacji, w jakiej owa jednostka się znalazła (Endler, 1997; Wrześniewski, 2000; Heszen-Niejodek, 2000).

4. BÓL PRZEWLEKŁY

Głównym kryterium, które pozwala odróżnić ból przewlekły od bólu ostrego jest czas trwania bólu. Nie ma jednak zgodności, jeśli chodzi o granice czasowe. Jedni autorzy za ból przewlekły uznają taki, który trwa dłużej niż 3 miesiące (Wytyczne postępowania w bólu przewlekłym, 2003; Dobrogowski, 2004), inni za granicę czasową uznają okres 6 miesięcy (Nasierowski, 2000). Ponadto w przeciwieństwie do bólu ostrego, który ma jasno określoną przyczynę i jest informacją o chorobie lub uszkodzeniu tkanek, w bólu przewlekłym nie ma jednej przyczyny, a mechanizm jego powstawania to nakładające się na siebie i wzajemnie oddziałujące

czynniki fizjologiczne, psychologiczne i społeczne (Dobrogowski, 1996; Wytyczne postępowania w bólu przewlekłym, 2003; Ortenburger, 2003). Bardzo często ból przewlekły utrzymuje się mimo wygojenia się tkanek lub ustąpienia choroby i z czasem przekształca się w odrębny zespół chorobowy (Dobrogowski, 1996; Domżał, 1996a,b,c).

Różnice psychologiczne związane z bólem ostrym i przewlekłym wiążą się głównie z przeżywanymi emocjami oraz zachowaniem. W bólu ostrym dominuje uczucie lęku, w bólu przewlekłym stany obniżonego nastroju i objawy depresji. Współwystępowanie bólu przewlekłego i depresji rozpatrywane jest w dwóch aspektach: po pierwsze ból przewlekły powoduje, że człowiek wycofuje się z życia społecznego, rodzinnego, zawodowego, ma trudności związane z codziennym funkcjonowaniem i zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych, to wszystko może prowadzić do powstawania depresji. Z drugiej jednak strony ból przewlekły jest bardzo często rozpoznawany jako objaw somatyczny depresji (Dobrogowski, 1996; Greden, 2003; Mordarski, 2002).

Autorzy podkreślają złożony charakter i wielowymiarowość odczuwania bólu, reagowania i radzenia sobie z nim, od fizjologicznego, przez psychologiczny do społecznego (Grant i Haverkamp, 1995; Przybylski, 2000; Juczyński, 2001, 2002; Ando, 2002; Mausach, 2002; Rowbotham, 2003; Przewłódzka, 2004; Keefe i wsp., 2005). Dolegliwości bólowe podlegają ocenie poznawczej. Przez pryzmat własnych doświadczeń i wyobrażeń na temat zdrowia i choroby, informacji otrzymywanych z otoczenia, osoba określa znaczenie bólu. Towarzyszące temu emocje negatywne: lęk i stres, prowadzą do napięcia wewnętrznego, nasilania się bólu, wyczerpania fizycznego i psychicznego. Ważnym wymiarem jest zachowanie związane z bólem: skarga na dolegliwości, szukanie pomocy u specjalistów, zażywanie środków przeciwbólowych, częste leżenie w łóżku. Ma ono wpływ na stan fizyczny osoby chorej, jakość życia jej i najbliższego otoczenia (James, 1992).

Aspekty psychologiczne przewlekłego bólu odgrywają istotną rolę, zarówno jeśli chodzi o odczuwanie bólu, jak i radzenie sobie z nim. Duże znaczenie mają zagadnienia związane z poznaniem (uwaga, koncentracja, ocena poznawcza bólu i własnych możliwości oraz skuteczności radzenia sobie itp.) (Kostarczyk, 2003). Potwierdzają to wyniki badań empirycznych, które dowodzą, że radzenie sobie z bólem, poczucie umiejscowienia kontroli bólu oraz ocena poznawcza bólu mają wpływ na nasilenie i charakter odczuwanego bólu. Mniejszy poziom bólu i stresu mają osoby, które stosują aktywne formy radzenia sobie, mają wysokie poczucie kontroli bólu i wysoką samoocenę oraz racjonalny sposób myślenia (Baker i Krisch, 1991; Golec 2004; Keefe i wsp. 2005). Pacjenci, którzy zostali nauczeni aktywnych sposobów radzenia sobie z bólem i stresem (techniki wyobrażeniowe, relaksacyjne, itp.) odczuwali mniejszy ból pooperacyjny, niż pacjenci, którzy nie byli przeszkoleni (Golec, 2002). Potwierdzają to badania J.W. Burnsa i współpracowników (2003), które dowodzą, że terapia poznawczo-behawioralna wpływa pozytywnie na wyniki leczenia pacjentów z przewlekłym bólem. Ponadto osoby z przewlekłym bólem mają podwyższone wyniki w teście MMPI w skalach hipochondrii, depresji, hysterii, mają tendencję do somatyzowania stresu, zaburzeń emocjonalnych, trudności interpersonalnych, uzależnienia od leków, skłonności do zachowań agresywnych i neurotycznych (Dobrogowski, 1996; Sedlak, 1996; Golec, 2004).

G. Affleck i współpracownicy (1994) badali wpływ trudnych sytuacji życiowych na zmiany nastroju i nasilanie się przewlekłego bólu u osób z chorobami reumatycznymi. Okazało się, że pacjenci, którzy w przeszłości przeżyli stosunkowo dużo trudnych, stresujących sytuacji, na trudności dnia codziennego częściej reagują nasilonym bólem niż osoby, które w przeszłości nie miały trudnych przeżyć. W pewien sposób potwierdza i uzupełnia to wyniki DeGood'a (1994), a mianowicie osoby z przewlekłym bólem w sytuacji stresu są bardziej wrażliwe i reagują intensywniej.

M. Ando (2002) badał zależność między zdrowiem, stylami radzenia sobie ze stresem (poznawczym i emocjonalnym) i nastrojem (napiecie wewnętrzne, pobudzenie energetyczne). Wyniki wskazują na to, że osoby z dużym napięciem wewnętrznym mają wysokie wyniki w kwestionariuszu dotyczącym zdrowia (są mniej zdrowe) niż osoby z wysokim pobudzeniem energetycznym. Jeżeli sytuacja stresująca wywołuje duże napięcie wewnętrzne i niskie pobudzenie energetyczne, prowadzi to do pogorszenia stanu zdrowia. Na podstawie analizy wyników w poszczególnych skalach kwestionariuszy dotyczących stanu zdrowia i nastroju, autor wysuwa wniosek, że nastój jest predykatorem ogólnego stanu zdrowia. Ponadto osoby z wysokim pobudzeniem energetycznym częściej charakteryzują się poznawczymi niż emocjonalnymi stylami radzenia sobie. Osoby z niskim pobudzeniem energetycznym charakteryzują się raczej stylem emocjonalnym. Z powyższych badań wynika, że od rodzaju pobudzenia emocjonalnego (wewnętrzne napięcie/pobudzenie energetyczne) zależy to, jaki styl radzenia sobie jednostka preferuje, to z kolei może zależeć od takich cech jednostki jak: temperament, osobowość, wcześniejsze doświadczenia. M. Beasley, T. Thompson i J. Davison (2003) na podstawie swoich badań doszli do podobnych wniosków: osoby charakteryzujące się stylem skoncentrowanym na emocjach mają gorsze samopoczucie fizyczne i psychiczne. Osoby, które uważają, że mogą kontrolować i wpływać na wydarzenia, które angażują się w relacje interpersonalne i mają wysokie poczucie własnej wartości, mają także lepsze wyniki w teście badającym ogólny stan zdrowia. Posiadanie takich cech łagodzi również skutki trudnych, stresujących wydarzeń życiowych.

4.1. BÓL PRZEWLEKŁY W CHOROBYCH KRĘGOSŁUPA

Przyczyną bólów kręgosłupa są najczęściej zmiany zwyrodnieniowe (głównie krążka międzykręgowego – dyskopatia i stawów międzykręgowych). Następuje wówczas ucisk korzeni nerwowych, wywołując dolegliwości bólowe (Pruszyński, 1996).

Krążki międzykręowe łączą poszczególne trzony kręgowo, są elementami stawów międzytrzonowych i zapewniają odpowiednią ruchomość kręgosłupa. Składają się z płytek chrzęstnych, pierścienia włóknistego i jądra miażdżystego. Płytki chrzęstne pokrywają części środkowe trzonów. Pierścienie włókniste otaczają jądra miażdżyste i łączą trzony kręgosłupa. W tylnej ich części znajdują się bezosłonkowe włókna nerwowe. Jądro miażdżyste położone jest bliżej tylnego odcinka trzonu kręgu, stanowi podporę dla kręgu leżącego wyżej, amortyzuje naciski i napięcia, bierze udział w wymianie płynów między krążkiem a trzonami kręgowymi. Dla prawidłowego funkcjonowania krążka międzykręgowego ważna jest ilość zawartej w nim wody, która zależy od ilości obciążeń (wykonywanej pracy) i wieku. Spadek uwodnienia jądra miażdżystego jest przez wielu badaczy uznawany za początek uszkodzenia krążka międzykręgowego i procesu zmian zwyrodnieniowych. Na-

stępstwem uszkodzenia krążka międzykręgowego jest bardzo często wypadnięcie jądra miażdżystego, wytworzona w ten sposób przepuklina zwęża światło kanału kręgowego, następuje ucisk opony twardej i włókien nerwowych, co jest przyczyną bólu. Wtórnymi następstwami uszkodzenia krążka międzykręgowego są zaburzenia funkcjonowania stawów międzykręgowych oraz uogólnione zmiany zwyrodnieniowe. W przebiegu procesu zwyrodnieniowego krążka międzykręgowego może występować także reakcja immunologiczna (odpornościowa) organizmu, której towarzyszy obrzęk i okresowe nasilenie dolegliwości w przewlekłych bólach kręgosłupa (Dziak, 1994; Dobrogowski, 1996; Kiwerski, 1997; Bruxelle, 1998; Rakowski, 2000; Malec-Milewska, 2002).

5. STYLE POZNAWCZE A STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Można przypuszczać, że style poznawcze w pewnym stopniu wyznaczają preferencje do określonych zachowań, w tym radzenia sobie ze stresem. Poza tym w samej definicji stresu i radzenia sobie duży nacisk położony jest na poznawczy aspekt tego zjawiska. Oceny poznawcze oraz decyzje dotyczące wyboru strategii radzenia sobie mogą zależeć od preferowanych stylów poznawczych. Style radzenia sobie ujawniają się w strategiach.

Pośredni związek między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie może zachodzić przez proces uczenia się (style poznawcze mają wpływ na proces uczenia się, a style radzenia sobie nabywane są za pomocą tego właśnie procesu). Sadle-Smith (1999) w swoich badaniach wykazał zależności między intuicyjno-analitycznym stylem poznawczym a stylami uczenia się. Osoby o analitycznym stylu poznawczym chętniej uczą się metodą indywidualną i opartą na refleksyjnym podejściu.

Jeśli chodzi o szczegółowe rozważania na temat zależności między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem, to można przypuszczać, że aktywne style poznawcze (niezależność od pola, refleksyjność, abstrakcyjność) wiążą się z aktywnymi stylami radzenia sobie ze stresem (skoncentrowane na zadaniu). Te style poznawcze, które wymagają mniejszej aktywności poznawczej (tj. konkretność, zależność od pola, impulsywność) współwystępują prawdopodobnie ze stylami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach lub unikaniu. Ponadto refleksyjność wyznacza tendencję do rozważania alternatywnych rozwiązań sytuacji trudnych, a rozważania takie są częścią stylu skoncentrowanego na zadaniu. Osoba impulsywna wybiera rozwiązanie pierwsze, jakie jej się nasunie. Zachowanie takie jest bardziej charakterystyczne dla stylu skoncentrowanego na emocjach bądź unikaniu. Słuszność przypuszczeń dotyczących istnienia zależności między refleksyjnym/impulsywnym stylem poznawczym a funkcjonowaniem człowieka potwierdzają badania O. Jelsama i J.J.G. Van Nerrienboera (1989); osoby refleksyjne mają większą skuteczność uczenia się, wykazują większą kontrolę wewnętrzną, popełniają mniej błędów i są mniej podatne na zakłócenia niż osoby impulsywne.

Style poznawcze mają znaczenie dla szeroko pojętej skuteczności radzenia sobie i przystosowania. S. Epstein i współpracownicy (1996) zajmowali się intuicyjno-empirycznym i analityczno-racjonalnym stylami myślenia. Styl analityczno-racjonalny negatywnie korelował z poziomem depresji, lękiem, stresem związanym z relacjami interpersonalnymi, częstotliwością spożywania alkoholu. Pozytywnie korelował z dominacją, samooceną, samopoczuciem fizycznym (zdrowiem).

Osoby o analityczno-racjonalnym stylu myślenia lepiej radzą sobie w sytuacjach trudnych, wykazują więcej optymizmu. U osób intuicyjno-eksperymentalnych optymizm bywa naiwny, nieadekwatny do sytuacji. W drugim opisywanym w cytowanej pracy badaniu różnice między stylami myślenia a przystosowaniem nie były już tak jednoznaczne. Na ich podstawie autorzy wyciągają wnioski o tym, że dla dobrego przystosowywania się ważna jest umiejętność stosowania obu stylów myślenia, w zależności od sytuacji wewnętrznej i zewnętrznej.

O.N. Saracho (1990) badał u dzieci ich style poznawcze: zależność/niezależność od pola percepcji oraz preferowane przez nie formy zabawy. Zarówno dziewczynki, jak i chłopcy o niezależnym od pola stylu poznawczym byli bardziej aktywni we wszystkich formach zabawy niż dzieci zależne od pola. Niezależni od pola chłopcy byli bardziej aktywni od niezależnych od pola dziewczynek.

E. Kłosek (2000) prowadziła badania dotyczące zależności/niezależności od pola percepcji i stylów radzenia sobie ze stresem. Grupę badawczą stanowili studenci warszawskich uczelni. Zależność/niezależność od pola percepcji została określona za pomocą Testu Ukrytych Figur, natomiast do pomiaru stylów poznawczych użyto kwestionariusza CISS. Wyniki wskazywały jedynie na związek między badanymi zmiennymi a płcią, nie znaleziono natomiast istotnych statystycznie związków między zależnością/niezależnością od pola percepcji a stylami radzenia sobie ze stresem.

Powyższe rozważania teoretyczne i wyniki badań empirycznych pokazują, że istnieje związek między stylami poznawczymi a funkcjonowaniem człowieka. Style radzenia sobie ze stresem przejawiają się w strategiach i sposobach radzenia sobie i stanowią jeden z aspektów funkcjonowania. Na tej podstawie przypuszczać można, że style poznawcze mają również związek ze stylami radzenia sobie ze stresem oraz z codziennym funkcjonowaniem osób z przewlekłym bólem kręgosłupa.

6. HIPOTEZY BADAWCZE

- Osoby o niezależnym od pola, refleksyjnym, abstrakcyjnym stylu poznawczym będą charakteryzować się zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem, a osoby o zależnym od pola, impulsywnym i konkretnym stylu poznawczym będą charakteryzować się emocjonalnym lub unikowym stylem radzenia sobie ze stresem.
- Osoby o niezależnym od pola, refleksyjnym, abstrakcyjnym stylu poznawczym będą opisywać swój ból jako rzadszy i mniej nasilony oraz będą lepiej funkcjonować w życiu codziennym niż osoby zależne od pola, impulsywne, konkretne.
- Osoby o zadaniowym i unikowym stylu radzenia sobie ze stresem będą opisywać swój ból jako rzadszy i mniej nasilony oraz będą lepiej funkcjonować w życiu codziennym niż osoby o emocjonalnym stylu radzenia sobie ze stresem.

7. MATERIAŁ I METODA

Osobami badanymi było 100 pacjentów (11 mężczyzn i 89 kobiet) oddziału rehabilitacji schorzeń narządu ruchu, którzy mieli rozpoznaną chorobę kręgosłupa, przebiegającą z przewlekłym bólem. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (1999) były to rozpoznania: M-47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M-50 – choroba krążka międzykręgowego szyjnego i uszkodze-

nia rdzenia kręgowego/choroby kręgow szyjnych, M-51 – inne choroby krążka międzykręgowego.

Zależność/niezależność od pola percepcji badana była Testem Ukrytych Figur Witkina. Do oceny refleksyjności/impulsywności użyto Testu Porównywania Znanych Kształtów Kagana w adaptacji A. Matczak (1992). Test składa się z 2 zadań próbnych i 12 zadań właściwych. W każdym zadaniu osoba badana ma wskazać spośród sześciu podobnych do siebie obrazków ten, który jest identyczny z prezentowanym wzorcem. Obrazki te to np. dom, drzewo, lampa. Osoba badana otrzymuje informacje zwrotne na temat poprawności odpowiedzi i przy każdym zadaniu udziela ich do momentu wskazania prawidłowego obrazka lub wyczerpania możliwości. Osoba badająca zapisuje liczbę popełnionych błędów oraz czas zastanawiania się nad udzieleniem pierwszej odpowiedzi w każdym z dwunastu zadań. Osoby refleksyjne dłużej zastanawiają się nad odpowiedzią i popełniają mniej błędów niż osoby impulsywne.

Abstrakcyjność/konkretność określano za pomocą testu: Kwestionariusz Stylów Myślenia A. Richardsona (VVQ) (Wilczo-Kostecka, 1985). Mierzy on preferencje do używania słów, pojęć lub obrazów, wyobrażeń jako formy kodowania i przetwarzania informacji. Składa się z 30 stwierdzeń, z których 15 jest diagnostycznych, a pozostałe to buforowe. Osoba badana może uzyskać od 0 do 15 punktów. Wysoki wynik wskazuje na styl percepcyjno-wyobrażeniowy, a niski na słowno-pojęciowy.

Style radzenia sobie ze stresem badano Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) N.S. Endlera i J.D.A. Parkera. Polskiej adaptacji dokonali: J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski, P. Szczepaniak (2005). Kwestionariusz składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, które człowiek może podejmować w sytuacjach stresowych. Zadaniem osoby badanej jest określenie przy każdym stwierdzeniu, jak często podejmuje dane działanie, do dyspozycji ma pięciostopniową skalę, gdzie 1 oznacza „nigdy tego nie robię” a 5 „zawsze to robię”. Kwestionariusz składa się z trzech skal:

1 – styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ). Osoba, która uzyskuje wysokie wyniki w tej skali w sytuacjach stresujących najczęściej podejmuje wysiłek, aby rozwiązać problem przez zmianę sytuacji lub poznawcze przekształcenia.

2 – styl skoncentrowany na emocjach (SSE). Osoba charakteryzująca się takim stylem w sytuacji stresu swoją uwagę i wysiłki kieruje w stronę własnych przeżyć, stara się zmniejszyć napięcie emocjonalne, często myśli życzeniowo, fantazjuje.

3 – styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Osoby o takim stylu niechętnie myślą o sytuacji trudnej, starają się jej nie przeżywać, nie doświadczają. Może to przyjąć formę angażowania się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT).

W badaniach użyto także ankietę własnej konstrukcji, która zawierała punkty dotyczące: charakterystyki bólu (dla odróżnienia: czy odczuwany ból jest stały o jednakowym czy zmiennym nasileniu, prawie stały, częsty, rzadki, sporadyczny), nasilenia bólu (osoba badana określała na sześciopunktowej skali nasilenie bólu odczuwanego obecnie, wtedy, kiedy jest najsilniejszy i wtedy, kiedy jest najsłabszy), funkcjonowania na co dzień oraz ograniczeń związanych z bólem (zachowania związane z bólem).

8. WYNIKI I DYSKUSJA

Obliczeń statystycznych dokonano za pomocą programu komputerowego SPSS wersja 12. Dokonano analizy korelacyjnej między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem. Rozkład wyników kilku zmiennych odbiega od rozkładu normalnego, ponadto w użytych do badań narzędziach występują skale przedziałowe i porządkowe, w związku z powyższym wszystkie korelacje policzone zostały za pomocą współczynnika Tau Kendalla, ponieważ jeśli nawet kilka zależności można policzyć za pomocą innego współczynnika (Pearsona), to używanie różnych współczynników w obrębie tej samej analizy utrudniłoby porównywanie siły zależności i tym samym pogorszyło czytelność.

Tabela 1. Współczynnik korelacji Tau Kendalla między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem

	CISS-SSZ	CISS - SSE	CISS - SSU	CISS - ACZ	CISS - PKT
Impulsywność	-,019	-,024	,180**	,128*	,063
Niezależność od pola	,248**	-,085	-,099	-,050	-,009
Konkretność	-,115	,231**	,083	,103	-,006

Wyniki przedstawione w tabeli 1. pokazują, że hipoteza pierwsza potwierdziła się częściowo. Zgodnie z założeniami niezależność od pola percepcji współwystępuje z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem, konkretność współwystępuje z emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem, a impulsywność występuje ze stylem skoncentrowanym na zadaniu. Nie ma natomiast istotnych statystycznie zależności między zależnością od pola percepcji a emocjonalnym i unikowym stylem radzenia sobie ze stresem. Konkretność nie koreluje istotnie z unikowym stylem radzenia sobie ze stresem. Ani refleksyjność, ani abstrakcyjność nie współwystępują ze stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu.

A. Matczak (1982) zwraca uwagę na to, że osoby impulsywne przez szybkie udzielanie odpowiedzi redukują stymulację i radzą sobie z lękiem wynikającym z poczucia braku kompetencji. Dlatego prawdopodobne jest, że osoby takie preferują unikowy styl radzenia sobie, co zostało potwierdzone w przedstawionych badaniach. Ta sama autorka wykazała, że abstrakcyjność łączy się z niezależnością od aktualnej sytuacji, działaniem oraz postępowaniem raczej pod wpływem zakodowanych informacji. Na tej podstawie oczekiwać można, że abstrakcyjność predysponuje do zadaniowego radzenia sobie ze stresem, to jednak nie znalazło odzwierciedlenia w wynikach badań własnych.

Jeśli zaś chodzi o zależność/niezależność od pola percepcji, to wyniki niniejszej pracy są zgodne z wynikami badań O.N. Saracho (1990). Okazuje się, że nie tylko dzieci o niezależnym od pola stylu poznawczym są bardziej aktywne niż zależne od pola. Także osoby dorosłe, z przewlekłym bólem, które uzyskały wysokie wyniki w Teście Ukrytych Figur (niezależne od pola), charakteryzują się zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem, a więc podejmują wysiłek i działanie w celu poradzenia sobie z trudną sytuacją.

Wyniki zależności między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem u osób z przewlekłym bólem kręgosłupa nie są zgodne z wcześniej opisanymi wynikami badań E. Kłosek (2000). W badaniach E. Kłosek nie było istotnego statystycznie związku między zależnością/niezależnością od pola percepcji a stylami radzenia sobie ze stresem. W niniejszej pracy niezależność od pola koreluje ze stylem zadaniowym. Różnice w wynikach mogą wynikać z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze E. Kłosek badała grupę młodych osób, studentów. Nie była to więc grupa znajdująca się w jakiejś konkretnej sytuacji trudnej. Osoby z przewlekłym bólem natomiast, to ludzie ze ściśle określonym rozpoznaniem medycznym, znajdujący się w trudnej sytuacji zdrowotnej, doświadczający cierpienia. Po drugie grupa osób bólowych była znacznie liczniejsza niż porównywane grupy studentów.

Ponieważ grupa badawcza to głównie kobiety (wśród pacjentów rehabilitowanych z powodu bólu kręgosłupa było więcej kobiet, ponadto mężczyźni częściej odmawiali wzięcia udziału w badaniach), trudno jest w analizie statystycznej uwzględnić różnice międzypłciowe. Niemniej rozkład wyników pozwala na podzielenie badanych osób ze względu na rodzaj bólu. Powstały w ten sposób dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiło 65 osób, które w ankiecie wskazały, że ich ból jest stały o jednakowym nasileniu lub stały o zmiennym nasileniu. Druga grupa to 35 osób, które opisując swój ból wskazały, że jest on prawie stały, częsty lub rzadki (dla ułatwienia dalszej analizy pierwszą grupę określono jako osoby z bólem stałym, a drugą jako osoby z bólem okresowym). Dokonano analizy grup niezależnych. Wyniki nie wykazały istotnych różnic pod względem stylów poznawczych ani pod względem stylów radzenia sobie ze stresem w badanych grupach (tabela 2.).

Tabela 2. Analiza grup niezależnych (ból stały, ból okresowy)

N ból stały – 65

N ból okresowy – 35

Styl radzenia sobie	Rodzaj bólu	Średnia	Odchylenie standardowe	t	df	Istotność
Impulsywność	Stały	-,0225	1,72376	-,177	97	,862
	Okresowy	,0412	1,77131			
Niezależność od pola	Stały	5,86	5,074	,288	96	,774
	Okresowy	5,56	4,613			
Konkretność	Stały	7,65	2,260	,832	98	,408
	Okresowy	7,26	2,174			
CISS-SSZ	Stały	58,05	8,726	-,589	98	,557
	Okresowy	59,17	9,793			
CISS-SSE	Stały	45,37	9,716	-,523	98	,602
	Okresowy	46,51	11,701			
CISS-SSU	Stały	41,89	8,811	,507	98	,613
	Okresowy	40,97	8,393			

Następnie w obu grupach dokonano obliczeń korelacji między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem. Wśród osób z bólem stałym jest istotna korelacja dodatnia między impulsywnością a stylem skoncentrowanym na uni-

kaniu i angażowaniem się w czynności zastępcze. Ponadto niezależność od pola współwystępuje ze stylem skoncentrowanym na zadaniu, a konkretność ze stylem skoncentrowanym na emocjach (tabela 3.).

Tabela 3. Współczynnik korelacji Tau Kendalla między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem w grupie osób z bólem stałym

	CISS-SSZ	CISS-SSE	CISS-SSU	CISS-ACZ	CISS-PKT
Impulsywność	-,079	-,056	,192*	,210**	,014
Niezależność od pola	,271**	-,086	-,105	-,133	,015
Konkretność	-,135	,226**	,049	,006	,029

* istotność na poziomie 0,05.

** istotność na poziomie 0,01

W grupie osób z bólem okresowym sytuacja przedstawia się nieco inaczej, ponieważ tylko konkretność w istotny sposób koreluje ze stylem skoncentrowanym na emocjach. Pozostałe style poznawcze nie wykazują istotnego związku ze stylami radzenia sobie ze stresem (tabela 4.).

Tabela 4. Współczynnik korelacji Tau Kendalla między stylami poznawczymi a stylami radzenia sobie ze stresem w grupie osób z bólem okresowym

	CISS-SSZ	CISS-SSE	CISS-SSU	CISS-ACZ	CISS-PKT
Impulsywność	,084	,019	,147	-,007	,144
Niezależność od pola	,178	-,059	-,063	,196	-,059
Konkretność	-,057	,214*	,105	,183	-,070

* istotność na poziomie 0,05

** istotność na poziomie 0,01

Wyniki mogą sugerować, że style poznawcze mają większe znaczenie dla stylów radzenia sobie ze stresem u osób z bólem stałym niż u osób z bólem okresowym.

Hipoteza druga również potwierdziła się częściowo, ponieważ tylko niezależność od pola wykazuje związek z nasileniem bólu (korelacja ujemna, tabela 5.).

Tabela 5. Korelacja między stylami poznawczymi a rodzajem i nasileniem bólu

	Charakterystyka bólu	Nasilenie bólu odczuwanego obecnie	Najsilniejszy odczuwany ból	Najsłabszy odczuwany ból
Impulsywność	,011	,143	-,051	,052
Niezależność od pola percepcji	-,006	-,190(*)	,083	-,218(*)
Konkretność	-,087	,087	-,020	,000

*istotność na poziomie 0,05.

**istotność na poziomie 0,01

Im człowiek bardziej zależny od pola, tym nasilenie bólu jest większe. Można tłumaczyć to tym, że osoby zależne od pola podatne są na działanie czynników zewnętrznych i wpływy innych osób, ponieważ rzadko zwracają uwagę na swoją odrębność, spostrzegają siebie jako integralną część sytuacji i otoczenia, w którym funkcjonują, dlatego być może trudno jest im nie poddawać się wpływom otoczenia, szczególnie tym negatywnym, oraz odbierać sytuacje trudne w taki sposób, aby w jak najmniejszym stopniu wpływały one na samopoczucie. Skoro zależni od pola spostrzegają całościowo, prawdopodobnie tak też spostrzegają siebie, co może prowadzić do wpływania i oddziaływania na siebie nawzajem fizycznych i psychicznych obszarów funkcjonowania człowieka. Niezależni od pola łatwo oddzielają poszczególne elementy ze zorganizowanego tła, dlatego łatwiej jest im oddzielić siebie od otoczenia oraz sferę fizyczną i psychiczną. W konsekwencji w sferze fizycznej nie odczuwają, tak bardzo jak zależni, negatywnych oddziaływań otoczenia oraz nie somatyzują stresu, co prowadzi do mniej nasilonego bólu.

Żaden ze stylów poznawczych natomiast, nie wykazuje istotnych statystycznie związków z rodzajem bólu ani z codziennym funkcjonowaniem. Nie jest to zgodne z hipotezą drugą, a więc style poznawcze odgrywają mniejszą, niż zakładano, rolę w funkcjonowaniu osób chorych. Prawdopodobnie znaczenie swoje mają w tym zakresie inne zmienne takie jak osobowość czy temperament, ale przypuszczenie to wymaga dalszych badań.

Tabela 6. Korelacja między stylami radzenia sobie ze stresem a rodzajem i nasileniem bólu

	Charakterystyka bólu	Nasilenie bólu odczuwanego obecnie	Najsilniejszy odczuwany ból	Najsłabszy odczuwany ból
CISS-SSZ	,032	-,088	-,017	-,062
CIS-SSE	,005	,044	,060	,054
CIS-SSU	-,062	,035	-,055	-,012
ACZ	-,097	,002	-,120	-,018
PKT	,026	,014	-,024	-,032

*istotność na poziomie 0,05.

**istotność na poziomie 0,01

Jeśli chodzi o hipotezę trzecią, to style radzenia sobie ze stresem nie wykazują istotnych statystycznie zależności z rodzajem i nasileniem bólu (tabela 6.), za to mają znaczenie dla codziennego funkcjonowania osób chorych (tabela 7. i 8.). Wynikać to może po pierwsze z tego, że metoda użyta do badania nie jest doskonała, gdyż ból jest subiektywnym odczuciem, na które wpływ ma wiele czynników różnej natury, dlatego trudno jest skonstruować metody rzetelne do badania bólu (Zaleska, 1996), oraz trudno jest wyodrębnić i zbadać czynniki psychologiczne przyczyniające się do powstawania i nasilania bólu (Terelak i wsp., 1993). Po drugie, wyniki pozwalają przypuszczać, że style radzenia sobie odgrywają większą rolę w przystosowywaniu się do funkcjonowania z przewlekłym bólem niż w samym odczuwaniu bólu. Okazuje się, że osoby z zadaniowym stylem radzenia sobie dość dobrze funkcjonują w życiu codziennym, społecznym i zawodowym. Osoby

o emocjonalnym stylu radzenia sobie przyznają, że ból ogranicza ich aktywność oraz relacje z innymi ludźmi. Jednocześnie osoby takie często opowiadają o swoich dolegliwościach. Dość znaczący jest fakt, że osoby, które uzyskały wysokie wyniki w podskali PKT uważają, że ból nie ogranicza ich kontaktów społecznych. Można zatem przypuszczać, że przebywanie z innymi ludźmi może być skutecznym sposobem radzenia sobie z przewlekłym bólem, ale tylko dla osób o unikowym stylu radzenia sobie, które to osoby kontakty z innymi skłonne są traktować jako formę odwracania uwagi od bólu. Dla osób o emocjonalnym stylu radzenia sobie, dla których rozmowa będzie okazją do emocjonalnego przeżywania bólu i trudnej sytuacji zdrowotnej, kontakty towarzyskie nie będą skuteczną formą radzenia sobie z bólem, ponieważ emocje powodować będą nasilenia objawów między innymi przez napięcie mięśni (por. DeGood i wsp., 1994; Demjen i wsp., 1990). Łączy się to także w pewien sposób z wynikami badań Klonowicz i Cieślak (2004), które wykazały, że emocjonalny styl radzenia sobie przyczynia się do niskiego dobrostanu psychicznego, szczególnie u osób neurotycznych.

Tabela 7. Korelacja między stylami radzenia sobie ze stresem a codziennym funkcjonowaniem

	Mimo bólu mogę wykonywać codzienną pracę (zawodową, zajęcia domowe)	Ból nie przeszkadza mi w wykonywaniu codziennych czynności (np. bez pomocy mogę wstać z niskiego fotela, zdjąć buty, skarpety, wejść do wanny itp)	Ból znacznie ogranicza moje kontakty i relacje z innymi ludźmi	Z powodu bólu muszę rezygnować z wielu rzeczy, które sprawiały mi przyjemność
CISS-SSZ	,156(*)	,154(*)	-,136	-,071
CIS-SSE	-,137	-,038	,174(*)	,139
CIS-SSU	-,028	-,050	-,133	-,083
ACZ	-,053	-,033	,004	-,031
PKT	,062	,037	-,232(**)	-,128

*istotność na poziomie 0,05.

**istotność na poziomie 0,01

Tabela 8. Korelacja między stylami radzenia sobie ze stresem a codziennym funkcjonowaniem

	Systematycznie wykonuję zalecane ćwiczenia fizyczne	Często opowiadam o swoich dolegliwościach rodzinie, znajomym, lekarzom	Zażywam dużo środków przeciwbólowych	Z powodu bólu jestem mało aktywny/aktywna, często leżę w łóżku
CISS-SSZ	,109	-,194(*)	-,008	-,115
CIS-SSE	-,022	,205(**)	,084	,167(*)
CIS-SSU	,078	,143	,037	,032
ACZ	-,012	,092	,001	,062
PKT	,076	,143	,051	-,006

*istotność na poziomie 0,05.

**istotność na poziomie 0,01

9. PODSUMOWANIE

Style poznawcze wykazują związek ze stylami radzenia sobie ze stresem, choć w mniejszym, niż zakładano w hipotezach, zakresie. Niezależność od pola percepcji odgrywa istotną rolę dla zadaniowego stylu radzenia sobie, konkretny, obrazowy styl poznawczy jest związany z emocjonalnym stylem radzenia sobie, a impulsywny styl poznawczy łączy się ze stylem unikowym radzenia sobie. Może to być kolejnym dowodem niezależności, rozłączności badanych stylów poznawczych.

Ponadto warto podkreślić fakt, że dla odczuwanego bólu istotne znaczenie ma niezależność od pola percepcji, za to dla prawidłowego, aktywnego funkcjonowania w sytuacji choroby oraz dla tzw. poczucia jakości życia istotne są style radzenia sobie ze stresem. To wszystko może mieć znaczenie w diagnozie i terapii osób z przewlekłym bólem kręgosłupa, zwłaszcza, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że autorzy i badacze koncepcji stylów poznawczych podkreślają, że style poznawcze nie są zdolnościami, tylko preferencjami, i że każdy dysponuje możliwością funkcjonowania we wszystkich stylach poznawczych.

BIBLIOGRAFIA

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P. (1994). Person and contextual features of daily stress reactivity: individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbance and chronic pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 329-340.
- Ando, M. (2002). Relationships among mental health, coping styles and mood. *Psychological Reports*, 90, 606-612.
- Baker, S., Kirschi, I. (1991). Cognitive mediators of pain perception and tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 504-510.
- Beasley, M., Thompson, T., Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Bruxelle, J. (1998). *Bóle neuropatyczne*. W: C. Saint-Maurice, A. Muller, J. Meynadier (red.), *Ból. Diagnostyka, leczenie, prewencja*. Warszawa: Gebethner i S-ka.
- Burns, J.W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R.N., Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 81-91.
- DeGood, D.E., Stewart, W.R., Adams, L.E. (1994). Paraspinal EMG and autonomic reactivity of patients with back pain and controls to personally relevant stress. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1399-1409.
- Demjen, S., Bakel, D.A., Dunn, B.E. (1990). Cognitive correlates of headache intensity and duration. Headache. *Official Publication of the American Association for the Study of Cheadache*, 30(7), 423-427.
- Dobrogowski, J. (1996). Zespoły bólowe narządu ruchu. W: J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek (red.), *Ból i jego leczenie*. Warszawa: PWN.
- Domżał, T. (1996a). Definicja bólu i terminologia. W: T. Domżał (red.), *Ból podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 16-19.
- Domżał, T. (1996b). Anatomia i fizjologia bólu. W: T. Domżał (red.), *Ból podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 20-27.

- Domżał, T. (1996c). Reakcja na ból. W: T. Domżał (red.), *Ból podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dziak, A. (1994). *Bóle krzyża*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Endler, N.S., Norman, S. (1997). Stres, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Psychologie Canadienne* (wersja elektroniczna).
- Epstein, S., Paciani, R., Heter, H., Denes-Raj, V. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), 390-405.
- Golec, A. (2002). Ból ostry – zagadnienia psychologiczne. W: J. Wordliczek, J. Dobrogowski (red.), *Ból ostry*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Golec, A. (2004). Psychologiczne aspekty bólu. W: J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), *Medycyna bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Grant, L.D., Haverkamp, B.E. (1995). A cognitive-behavioral approach to chronic pain management, *Journal of Counseling and Development*, 74(1).
- Greden, J.F. i wsp. (2003). Physical symptoms of depression: unmet needs. *Journal of Clinical Psychiatry*. 64, 5-11
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, 3(1), 7-22.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie - główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- James, P.T. (1992). Psychological dimensions of chronic pain. W: S.P. Tyrer (red.), *Psychology, Psychiatry and Chronic Pain*. Cambridge: Butterworth-Heinemann.
- Jaworowska-Obłój, Z., Skuza, B. (1989). Proces radzenia sobie ze stresem. *Zdrowie Psychiczne*, 30(1-2), 93-102.
- Jelsma, O., van Meerrienboer, J.J.G. (1989). Contextual interference: interactions with reflection-impulsivity. *Perceptual and Motor Skills*, 68, 1055- 1064.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z. (2002). Zmaganie się z przewlekłym bólem. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Keefe, F.J., Abernethy, A.P., Campbell, L.C. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annual Review of Psychology*, 56 (601-630).
- Kiwerski, J. (1997). Uszkodzenia krążka międzykręgowego. W: J. Kiwerski (red.), *Schorzenia i urazy kręgosłupa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Klonowicz, T., Cieślak, R. (2004). Neurotyczność i radzenie sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kłosek, E. (2000). *Zależność – niezależność od pola a style radzenia sobie ze stresem u mężczyzn i kobiet*. Warszawa: UKSW (niepublikowana praca magisterska).
- Kostarczyk, E. (2003). *Neuropsychologia bólu*. Poznań: Państwowe Towarzystwo Przyjaciół Nauki.

- Kreitler, S., Carasso, R., Kreitler, H. (1989). Cognitive styles and personality traits as predictors of response to therapy in pain patients. *Personality and Individual Differences*, 10 (3), 313-322.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55 (3), 234-247.
- Lazarus, R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 41-42 (3-4), 3-39.
- Malec-Milewska, M. (2002). *Zespoły bólu przewlekłego*. Warszawa: Eurosystem.
- Matczak, A. (1982). *Style poznawcze*. Warszawa: PWN.
- Matczak, A. (1978). Metody badania różnic indywidualnych w funkcjonowaniu poznawczym dzieci. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*, seria III. t. 3, Warszawa: PWN.
- Matczak, A. (1992). *Test Porównywania Znanych Kształtów (MUF) J. Kagana. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Kategorie 3-znakowe (1999). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Mordarski, S. (2002). Terapia bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawów. *Nowa Medycyna – Terapia Bólu*, 5 (wersja elektroniczna).
- Nasierowski, T. (2000). Ból z punktu widzenia psychiatrii. W: W. Gumułka, J. Meszarosa (red.), *Współczesne metody zwalczania bólu*. Warszawa: Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa” Sp. z o. o.
- Ortenburger, D. (2003). *Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie*. Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Pruszyński, A. (1996). Kliniczne postaci bólu. W: T. Domżał (red.), *Ból podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Przewłódzka, B. (2004) Endogenne układy antynocycetywne W: J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), *Medycyna bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 49-72.
- Przybylski, J., Ciszek, B. (2000). Anatomiczne i fizjologiczne aspekty bólu. W: W. Gumułka, J. Meszarosa (red.), *Współczesne metody zwalczania bólu*. Warszawa: Ośrodek informacji Naukowej „Polfa” Sp. z o. o.
- Rakowski, A. (2000). *Kręgosłup w stresie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rowbotham, D.J. (2003). *Ból przewlekły*. Gdańsk: Via Medica.
- Sadle-Smith, E. (1999). Intuition-analysis cognitive style and learning preferences of business and management students. *Journal of Managerial Psychology*, 14.
- Saracho, O.N. (1990). Preschool children's cognitive styles and their social orientations. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 915-921.
- Sedlak, K. (1996). Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu. W: J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek (red.), *Ból i jego leczenie*. Warszawa: PWN.
- Sivik, T. (1992). *Diagnosis and treatment of patients with idiopathic back pain*. Goteborg: Department of Primary Health Care University of Goteborg.
- Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., Sobolewski, A., Pawłowski, P. (2004). Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu

- pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Terelak, J.F., Tarnowski, A., Kwasucki, J. (1993). Psychometryczna użyteczność kwestionariuszy Zunga i Hendlera służących do oceny psychologicznego komponentu bólu krzyża. *Przegląd Psychologiczny*, tom 36(1), 81-97.
- Wilczo-Kostecka, M. (1985). Wyobraźniowy versus pojęciowy styl poznawczy. Podstawy teoretyczne, kwestionariuszowe techniki pomiaru i wyniki badań. W: L. Wołoszynowa (red), *Materiały do nauczania psychologii*, seria III, tom 4. Warszawa: PWN.
- Witkin, H.A. (1968). Psychologiczne zróżnicowanie i formy patologii. *Przegląd Psychologiczny* 16, 75-104
- Witkin, H.A., Oltman, P.K., Raskin, E., Karp, S.A. *Podręcznik do Testu Ukrytych Figur*. Maszynopis.
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wytyczne Postępowania w Bólu Przewlekłym Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (2003). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Zajączkowska, B. (1989). Informacyjne style radzenia sobie ze stresem. Teorie i badania. *Zdrowie Psychiczne*, 30 (1-2), 103-112.