

**BADANIA NAD ROLĄ LEKARZA RODZINNEGO
– ASPEKT *SILNE EGO* W PRAKTYCE MEDYCZNEJ**

Sławomir Czachowski

Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Toruń

RESEARCH ON FAMILY DOCTOR'S ROLE – *STRONG EGO* ASPECT
IN MEDICAL PRACTICE

Summary. Family doctor's professional activity belongs to the most important fields of social medicine service. Professionalism of „first front line” medical treating is built on basis of social and psychological theory. An assumption was made that daily medical practice revealed the character of a heuristic way of performing duties because it is characterized by a considerable range of unpredictable phenomena which are contradictory in their assumption and complex in the interaction sphere between the patient and the doctor.

The purpose of this research was to construct a measurement devise called „Family Doctor's Role Taking” and to find out the correlation between a factor of „strong ego” and independent variable: age and gender.

Material and methods. Family doctors from all over Poland were examined by means of a special questionnaire. Statistical research was done with the help of a factor analysis packed in program STATISTICA 5.1, in Polish version.

Results. The three-level, hierarchical structure of „Family Doctor Role Taking” was constructed, which was empirically verified. On the highest level of generality, defined as level A, there were four factors: „interpersonal decentration”, „sense of efficiency”, „strong ego” and „empathy”. The factor „strong ego” derived from the following seven notions (level B): „activity”, „easy problem concentration”, „lack of neurotic tendencies”, „ability to solve conflicts”, „readiness to resign one's gratification”, „being stress proof” and „the role of motivation”. The categories were heterogeneous in relation to theories that created the lowest level of generality labeled with C. 73 positions which were of homogeneous character and whose content reflected a heuristic dimension of the family doctor's work were constructed on this level. There were no correlations measured by Spearman's ratio between „strong ego” and independent variables: age and gender.

Conclusions. „The Role of the Family Doctor” model is a springboard for research in basic health service, which is to help family doctors to find a way to avoid conflicts, frustration, and professional burnout.

Adres do korespondencji: Sławomir Czachowski, ul. Grabowa 10, 87-100 Toruń,
e-mail: s.czachowski@to.home.pl

Wprowadzenie

Wprowadzenie reform opieki zdrowotnej przyczyniło się do powstania nowej dyscypliny lekarskiej – medycyny rodzinnej. W chwili obecnej dyplom lekarza rodzinnego uzyskało około 8,5 tysiąca medyków, ale tylko 25% z nich podjęło pracę w swoim zawodzie. Pozostali powrócili do swoich poprzednich miejsc pracy, rezygnując z możliwości prowadzenia własnej praktyki. Liczne doniesienia wskazują, że wybór zawodu lekarza rodzinnego przez studentów ostatniego roku medycyny waha się od kilku lat niezmiennie na poziomie 5%. Studenci kształceni zgodnie z zasadami paradygmatu biomedycznego wiążą prestiż lekarza z pozycją specjalisty i pracą w szpitalu (Czachowski, 2004). Oczekiwania pacjentów dotyczące „posiadania swojego lekarza domowego, przyjaciela i powiernika”, związane są z umiejętnością dobrej komunikacji interpersonalnej i skierowaną na pacjenta terapią.

Na podstawie własnych doświadczeń można stwierdzić, że praca lekarza rodzinnego ściśle łączy się z psychospołecznym (systemowym) i holistycznym spojrzeniem na człowieka chorego. Nie wystarczy prawidłowo postawić diagnozę i wyleczyć chory narząd. Konieczne jest zastosowanie terapii dotyczącej wszystkich obszarów funkcjonowania pacjenta, ponieważ podłożem wielu schorzeń mogą być zaburzenia w psychice chorego (Sheridan, Radmacher, 1998) lub nieprawidłowe relacje środowiskowe (Carson, Butcher, Mineka, 2005).

Wyzwania stawiane lekarzom rodzinnym wymagają od nich znajomości psychologicznych i społecznych uwarunkowań funkcjonowania człowieka w chorobie. Wiedza o przestrzeni pacjenta jest możliwa przy akceptacji psychospołecznego paradygmatu poznania chorego (Kępiński, 1978; de Barbaro, 1994, 1997). Różni się on od informacji uzyskiwanej w biomedycznym modelu kształcenia lekarzy. Wynika bowiem z innych przesłanek epistemologicznych i z innego sposobu pojmowania roli społecznej lekarza. Problem dotyczy perspektywy poznawczej, związanej z ogólną teorią systemów i pełnionych w nim rolach (Bertalanffy, 1984; Ludewig, 1995).

Socjolog amerykański R. Merton (2002) szczegółowo definiuje funkcjonalistyczną teorię ról społecznych, podkreślając odpowiedni status lekarza. Autor podkreśla, że jednostka powinna przyjmować odpowiednie postawy, zachowania i wartości. Musi uwzględniać zakazy, nakazy, rozwiązywać dylematy, korzystając z przysługujących mu ułatwień prawnych i administracyjnych. Podobne elementy roli, połączone z oczekiwaniami społecznymi w zakresie symboli, prestiżu i pozycji, szkicuje J. Turner (2004).

Pacjentami częściej zgłaszającymi się do lekarza rodzinnego – w przeciwieństwie do specjalisty, są osoby cierpiące z powodu nieuleczalnych, przewlekłych chorób, z brakiem dokładnego rozpoznania, którym towarzyszy niepewność, lęk i nadzieja na poprawę ich stanu zdrowia (Latański, Braun, Kuszewski, 1992). Umiejętność wzajemnego oddziaływania pacjenta i lekarza, wytworzenie prawidłowej więzi związanej z zaufaniem jest osią zawodu lekarza rodzinnego, jednocześnie najtrudniejszym elementem prowadzenia własnej praktyki. Wiąże się z poczuciem wiary w siebie, determinacją działania, prawidłowymi decyzjami w zakresie dysponowania finansami i zatrudnianiem personelu medycznego. Można założyć, że rola, jaką pełnią lekarze rodzinni, ma charakter działań heurystycznych, to znaczy takich, w których trudno jest uwzględnić przewidywalne zdarzenia i jednoznaczne rozwiązania. Reformy w opiece zdrowotnej stworzyły nowe uwarunkowania pracy lekarza. Zdrowie stało się produktem, które podlega procesom kupna i sprzedaży. Na rynku świadczeń medycznych lekarze rodzinni stali się ważnym elementem. Posiadanie kompetencji psychologicznych zarówno dotyczących roli terapeuty, jak i menedżera własnej placówki medycznej są warunkiem *sine qua non* osiągnięcia satysfakcji w zawodzie.

Cel pracy. Celem było zbudowanie konstruktów teoretycznych „Rola Lekarza Rodzinnego”. Poszukiwano również korelacji między jednym z wyodrębnionych czynników *silne ego* a dwiema niezależnymi zmiennymi demograficznymi: płeć i wiek.

Metoda badawcza. Na początku przyjęto założenie o hierarchicznej, trójpoziomowej strukturze planowanego konstruktów. Poszczególne poziomy ogólności: A, B i C, na których mają się znajdować opisywane cechy lekarzy rodzinnych, będą pozostawać we wzajemnych relacjach. Oznacza to, że między poziomem ogólności cechy a właściwościami konstruktów istnieją zależności statystyczne. Według publikowanych analiz (Nowakowska, 1975, s. 169–174), jeśli dana cecha znajduje się na niższym poziomie ogólności, tym niższa jest jej operacyjność definicyjna. Posiada ona wtedy charakter homogeniczny (jednorodny). Odwrotnie, jeśli wymieniona cecha jest na wyższym poziomie ogólności, tym wyższa jest jej zdolność wyjaśniająca i większa heterogenność (niejednorodność). Wtedy pomiar jej jest też niejednorodny, a wnioskowanie na jej podstawie jest bardziej ogólne. Przyjęcie takich teoretycznych hipotez pozwalało na wnioskowanie, że zbudowanie konstruktów teoretycznych „Rola Lekarza Rodzinnego”, opartego na trzech poziomach ogólności, jest możliwe.

Przy pomocy kwestionariusza zbadano lekarzy rodzinnych z terenu całej Polski. Adresy uzyskano z ogólnopolskiej bazy internetowej Kas Chorych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. W pierwszej wersji kwestionariusz zawierał 92 twierdzenia obejmujące wskaźniki definicyjne, tak aby maksymalizować ich wartość w każdym określeniu. Poszczególne wskaźniki miały reprezentację w kilku zdaniach. Kwestionariusz wysłano do 731 lekarzy rodzinnych, a odpowiedziało 248 osób (34%). W wyniku tych czynności powstała pierwsza wersja konstruktów „Rola Lekarza Rodzinnego” (RLR-1). Po zastosowaniu analizy mocy dyskryminacyjnej zaadoptowano 82 twierdzenia, które utworzyły drugą wersję konstruktów „Rola Lekarza Rodzinnego” (RLR-2). W celu weryfikacji i oceny trafności teoretycznej użyto analizę czynnikową zawartą w pakiecie STATISTICA 5.1 w wersji polskiej. Kwestionariusze wysłano ponownie do 450 lekarzy rodzinnych prowadzących własne Praktyki Lekarza Rodzinnego lub Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej na terenie całej Polski. Taka „trafność fasadowa”, która wskazuje na kryterium heurystycznego pełnienia swojej roli zawodowej, uzasadnia – według autora – celowość doboru. Odpowiedziało 127 osób (28,2%). Wyniki poddano powtórnie analizie czynnikowej. Ostatecznie po dwukrotnej rotacji danych, w celu uzyskania najbardziej trafnego doboru czynników, utworzono trzeci i zarazem końcowy konstrukt „Rola Lekarza Rodzinnego (RLR). Zawierał on 73 twierdzenia, odzwierciedlające psychologiczne i socjologiczne teorie, które tłumaczyły zachowania lekarza rodzinnego w jego codziennej pracy klinicznej.

Głównym celem procedur statystycznych była weryfikacja wcześniejszej hipotezy o realizacji integracyjnej formy kategorii z poziomu A przez te, które były zawarte na poziomie B i C. Oznacza to, że wartości zachowań z najniższego poziomu (C) są zintegrowane na poziomie wyższym (B), te zaś podlegają możliwościom definiowania zachowań na najwyższym poziomie (A).

W prezentowanym artykule analizowano tylko czynnik *silne ego*. Analiza pozostałych trzech czynników z poziomu A jest przedmiotem odrębnych opracowań.

Badania korelacyjne wykonano przy użyciu współczynnika Spearmana w celu poszukiwania związków między wartościami czynnika *silne ego* a zmiennymi niezależnymi: wiek i płeć lekarzy rodzinnych.

Wyniki. Otrzymane dane umożliwiły zbudowanie konstruktów teoretycznych „Rola Lekarza Rodzinnego”, który przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Konstrukty teoretyczne „Rola Lekarza Rodzinnego”

Rola lekarza rodzinnego			
Poziom A decentracja interpersonalna	poczucie skuteczności	<i>silne ego</i>	empatia
Poziom B tolerowanie niezgodności poznawczej	pozytywna samoocena	aktywność	otwartość interpersonalna
Poziom C 70, 35, 25, 21, 4, 9	5, 11	18, 29, 51, 59	8, 48, 65, 68
Poziom B otwartość interpersonalna	zaufanie do siebie	łatwość koncentracji na problemie	wrażliwość społeczną:
Poziom C 63, 47, 43, 32, 16	3, 42, 69	7, 61	15, 30, 45, 56
Poziom B ciekawość poznawcza	umiejętność rozwiązywania konfliktów	brak tendencji neurotycznych	poczucie wspólnoty z pacjentami
Poziom C 53, 36, 26, 24	13, 34, 71	23, 31, 73	2, 37, 39, 49, 52
Poziom B ujawnianie siebie	poczucie sprawstwa	radzenie sobie z konfliktami	zaufanie do pacjentów
Poziom C 33, 46	10, 14, 19, 28, 66	20, 50, 58, 60, 62	12, 55, 72
Poziom B		gotowość do rezygnacji z gratyfikacji	otwartość na doświadczenia
Poziom C		22	1, 17, 27, 57, 67
Poziom B		odporność na stres	rozumienie innych
Poziom C		40, 64	6, 38, 40, 44
Poziom B		zadaniowość motywacji	
Poziom C		54	

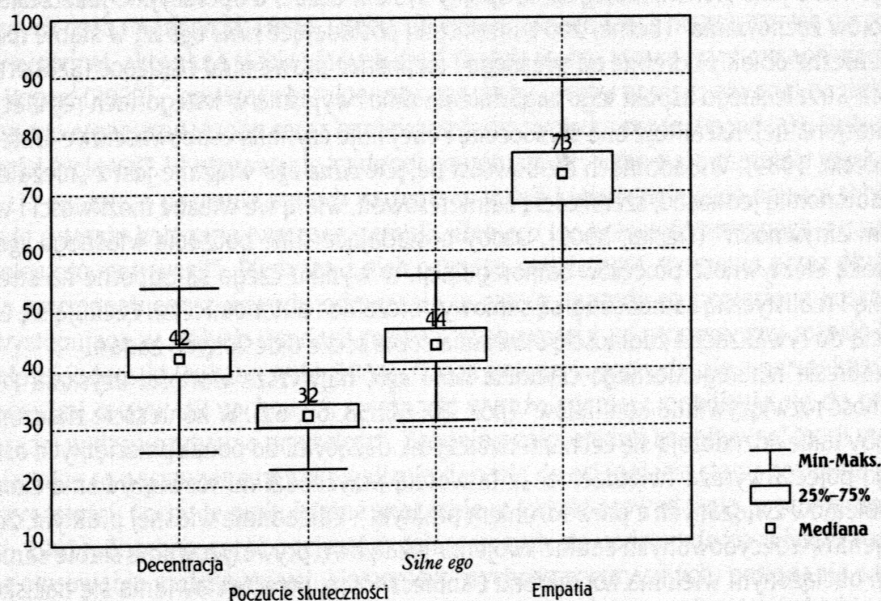
Treść i wartości ładunków czynnikowych dla czynnika „silne ego” przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Treść pozycji czynnika *silne ego* i ładunki czynnikowe

Nr pozycji	Treść pozycji	Ładunek czynnikowy
7	Ważne jest to, aby sposób, w jaki się prezentuję, wywołał pozytywne wrażenie wśród pacjentów	32
18	To, że muszę angażować się w sprawy ekonomiczne związane z moją praktyką, jest dla mnie interesujące	46
20	Chciałbym tylko zajmować się pacjentami	54
22	Nie mogę zrezygnować z drobnych sukcesów, nawet jeśli wydłużają one moją drogę do głównego celu	34
23	Szkoda, że nie zostałem lekarzem specjalistą w dużym szpitalu klinicznym	34
29	Lubię zainteresować pacjenta problemami medycznymi	36
31	Choć można uznać, że stosowanie alternatywnych metod leczenia jest interesujące, to ja unikam eksperymentów na zdrowiu pacjentów	32
41	Sytuacje konfliktowe i napięcia nie dezorganizują mojej pracy	53
50	Z łatwością przychodzi mi rozwiązywanie ekonomicznych problemów związanych z prowadzeniem praktyki	33
51	Co jakiś czas wpadam na pomysły ulepszenia organizacji pracy moim pracownikom	36
54	Mobilizuję się do pracy, gdy w wyobraźni widzę pozytywną przyszłość	33
58	Często rozmyślam o swoich błędach	41
59	Lubię codzienną „krzątanie” personelu medycznego, z którym współpracuję	24
60	Nieraz mówię pacjentom, że mam podobne problemy jak oni	49
61	Nigdy w pracy nie patrzę w lustro	36
62	Nieraz myślę o tym, co bym robił, gdybym nie został lekarzem rodzinnym	24
64	Dobrze znoszę stany emocjonalnego napięcia, wynikające z rozwiązywania problemów pacjentów	38
73	Wiem, co chcą przekazać mi pacjenci bez użycia słów	20

Prezentowany model ma konstrukcję hierarchiczną, składającą się z trzech poziomów ogólności: A, B i C. Na najwyższym poziomie A znajdują się cztery wyodrębnione czynniki: *decentracja interpersonalna*, *poczucie skuteczności*, *empatia* i *silne ego*. Są one heterogeniczne wobec pojęć z niższego piętra. Na poziomie B znajdują się kategorie, które wchodzą w skład poszczególnych czynników. Analizowany w tym opracowaniu czynnik *silne ego* tworzą kategorie: „aktywność”, „łatwość koncentracji na problemie”, „brak tendencji neurotycznych”, „radzenie sobie z konfliktami”, „gotowość do rezygnacji z gratyfikacji”, „odporność na stres” i „zadaniowość motywacji”. Najniższy poziom C tworzą 73 twierdzenia, które są homogeniczne i są treścią kwestionariusza wysyłanego do lekarzy rodzinnych.

Następnym etapem było ustalenie norm kwartylowych dla utworzonych czterech czynników i wyznaczenie wartości mediany. Rezultaty przedstawiono na wykresie 1.



Wykres 1. Graficzne przedstawienie kwartyli i wartości mediany dla wyodrębnionych czynników

W końcowym etapie badań wykonano obliczenia korelacji między czynnikiem *silne ego* a zmiennymi niezależnymi: płeć i wiek. Przedstawiono je w tabeli 3 i 4. Pomiary nie wykazały wartości statystycznie istotnych ($p < 0,05$) dla tych kategorii.

Tabela 3. Współczynnik korelacji Spearmana między czynnikiem *silne ego* a zmienną niezależną: wiek badanych

Korelacja porządku rang Spearmana	N ważnych	R Spearman	t(N-2)	poziom p
<i>Silne ego</i> & wiek	129	,015296	,172400	,863398

Tabela 4. Współczynnik korelacji Spearmana między czynnikiem *silne ego* a zmienna niezależną: płeć badanych

Korelacja porządku rang Spearmana	N ważnych	R Spearman	t(N-2)	poziom p
<i>Silne ego</i> & płeć	129	,034687	,391133	,696355

Omówienie wyników

Pojęcie *ego* dotyczące stanów psychicznych człowieka, obserwowane przez Z. Freuda, opisał w praktyce lekarskiej amerykański psychiatra E. Berne, współtwórca analizy transakcyjnej. Ujął to zjawisko jako „fenomenologicznie spójny system uczuć, a operacyjnie jako zestaw spójnych wzorów zachowania” (Berne, 2004). Jednostki posiadające *silne ego* są w stanie rozpoznać inne, niezależne obiekty odrębne od własnego i rozpoznać prawa nimi rządzące (Szubert, 1978). W pracach Strzałeckiego aspekt tego zagadnienia autor wyjaśnia w kategoriach regulacji popędowo-emocjonalnej. Kształtuje ona samoocenę i obejmuje czynniki osobowościowe i intelektualne (Strzałeckie, 1989). W badaniach osobowości pojęcie *silne ego* wiązane jest z „niezależnością sądów i autonomią jednostki, szerokością zainteresowań, wiarą we własne możliwości i wysokim poziomem aktywności” (Nęcka, 2001). Osoby posiadające silne poczucie własnego *ego* wykazują wysoką efektywność procesów samoregulacji, w wyniku czego są odporne na stres, mają pozytywną i realistyczną samoocenę, są samowystarczalne i autonomiczne. Cechują się ambicją, gotowością do rywalizacji i zdolnością stawiania sobie ściśle określonych zadań.

W zakresie heterogenicznego czynnika *silne ego*, najwyższe wartości uzyskała kategoria „umiejętność rozwiązywania konfliktów” (poz. 20, 50, 58, 60, 62). W kontekście znaczenia *silne ego* – osoby takie odznaczają się cechami twórczymi, dążącymi do ponadprzeciętnych osiągnięć. Treść tego pojęcia wyraża twierdzenie: „z łatwością przychodzi mi rozwiązywanie ekonomicznych problemów związanych z prowadzeniem praktyki”. Zakładanie własnej praktyki, zbieranie listy pacjentów zdecydowanych zaufać swojemu lekarzowi, prywatyzowanie siebie samego jest procesem obciążonym wieloma konfliktami i koniecznością przeciwstawiania się naciskom otoczenia. Powstają okoliczności obfitujące w stresy i obciążenia psychiczne. Osoby radzące sobie w takich sytuacjach ujmują własną aktywność w kategoriach procesu twórczego (Sęk, 1991). W takim sensie należy traktować działalność lekarzy rodzinnych. Wykazują oni „odporność na stres”, którego skutkiem jest dobre znoszenie napięcia emocjonalnego podczas rozwiązywania problemów z pacjentami. Posiadanie odpowiednich zasobów życiowych, możliwość uruchomienia mechanizmów adaptacyjnych są koniecznym elementem „radzenia sobie” (Heszen-Niejodek, 2001). Badania dotyczące ludzi, którzy przeżyli realne zagrożenie życia, wykazały, że globalna orientacja życiowa i silne poczucie koherencji uruchamia właściwe zasoby i zwiększa szansę przetrwania sytuacji stresowej (Antonovsky, 1995).

Następna kategoria tworząca czynnik *silne ego* to: „aktywność” opisywana w literaturze psychologicznej dotyczącej badań temperamentu. J. Strelau wiąże tę cechę z ilością czasu poświęcanego przez jednostkę na działanie, z szybkością i stylem reagowania na określoną sytuację oraz z dużą liczbą czynności związanych z ruchem i z wydatkowaniem energii (Strelau, 2001). W szerszym pojęciu, w znaczeniu filozoficznym „bycie aktywnym urzeczywistnia się w swo-

bodnym wyrazie swych talentów, zdolności, ogólnie mówiąc całego bogactwa darów, jakimi – w różnym stopniu – obdarzone są istoty ludzkie” (Fromm, 2003).

Kolejna kategoria to „łatwość koncentracji na problemie”, przypisywana osobom, które łatwo i szybko skupiają się wokół wyznaczonego zagadnienia. Mają one łatwość przewycięzania napięć i poczucia zagrożenia wynikającego z konieczności rozwiązywania nowych problemów, poprzez uruchamianie struktur poznawczych i znajdowanie oryginalnych rozwiązań. Umiejętności takie posiadają lekarze, którzy z łatwością dobierają właściwe tematy rozmów z pacjentem w trakcie ustalania niejednoznacznej diagnozy i terapii (Nęcki, 1996). Tacy ludzie są „raczej skoncentrowani na problemie niż na *ego*” (Maslow, 1990).

„Brak tendencji neurotycznych” – kolejne pojęcie – wyrażone jest stwierdzeniem: „szkoda, że nie zostałem lekarzem specjalistą w dużym szpitalu klinicznym”, opisuje znaczenie zachowań neurotycznych wśród badanych lekarzy rodzinnych. Cecha ta współwystępuje u osób z wysokim poziomem lęku, a jego obecność wraz z egocentryzmem mogą być znacznym źródłem błędów w postrzeganiu innych osób (Mądrzycki, 1986). Osoby niewykazujące tendencji neurotycznych nie przyjmują postawy obronnej, akceptują siebie i innych ludzi. Trafnie ujął to twórca psychoterapii niedyrektywnej – C. Rogers (2002) – opisując charakterystyczne cechy „osoby bardziej otwartej na doświadczenia własnego organizmu, osoby coraz bardziej ufającej swojemu organizmowi jako instrumentowi wrażliwości życiowej”. Występowanie tendencji neurotycznych, które mają charakter mechanizmów obronnych, ogranicza poznanie potrzeb pacjenta w takich kategoriach, jakie on sam sobie ustalił.

Dwie ostatnie kategorie tworzące czynnik *silne ego* to „gotowość rezygnacji z gratyfikacji” i „zadaniowość motywacji”. Pierwsza z nich oznacza umiejętność znoszenia przez dłuższy czas napięcia emocjonalnego z powodu odraczenia w czasie nagrody za poniesione koszty. Jest to cecha występująca w stałych trendach rozwoju osobowości i jej progresywny rozwój świadczy o dojrzałości jednostki (Łukaszewski, 1984). Druga kategoria wywodzi się z perspektywy badań nad procesami motywacji zachowań, a jej treść wyraża zdanie: „mobilizuję się do pracy, gdy w wyobraźni widzę pozytywną przyszłość”. Zgodnie z założeniami kognitywnej teorii motywacji, działania takie są nastawione na cel i realizują dążenia do osiągnięcia stanu poznania otaczającej rzeczywistości. Cechy te mają istotne znaczenie w trakcie prowadzenia psychoterapii (Kofta, Doliński, 2001). Znaczna część pacjentów zgłaszających się codziennie do lekarza rodzinnego wymaga stosowania podstawowych elementów psychoterapeutycznych, posiadanie więc wyżej wymienionych umiejętności może zadecydować o powodzeniu prowadzenia praktyki.

Ciekawym elementem prezentowanego badania, mającego praktyczne znaczenie dla studentów medycyny, jest brak korelacji między cechami świadczącymi o *silnym ego* a płcią i wiekiem. Oznacza to, że sukces otwarcia własnej praktyki lekarza rodzinnego w znacznym stopniu zależy może od innych uwarunkowań, np. wiary we własne siły i przekonania o powodzeniu, a nie jest związany z kategorią płci lub wieku. Takie stwierdzenie wymaga sformułowania nowych zmiennych i prowadzenia dalszych badań.

Można podjąć decyzję o otwarciu praktyki lekarskiej w każdym okresie życia, nie zważając na stereotypy dotyczące ról kobiet i mężczyzn w świadczeniu usług medycznych (Brannon, 2002). Panuje bowiem potoczne przekonanie o kojarzeniu ról pacjenta ze stereotypem kobiety a ról lekarza ze stereotypem mężczyzny. Przedstawione obserwacje nie potwierdzają przypisywanych cech świadczących o tym, że w podstawowej opiece zdrowotnej, w znacznej części sprywatyzowanej, status zależy od płci i wieku lekarza. Każdy praktyk może bowiem liczyć na sukces, jeśli pokona bariery własnych obaw.

LITERATURA CYTOWANA

- Antonowsky, A. (1995). *Rozwiązanie tajemnicy zdrowia* (s. 125–173). Warszawa: Fundacja Instytutu Psychoneurologicznego.
- de Barbaro, B. (1994). Lekarz rodzinny a myślenie systemowe. *Magazyn Medyczny*, 11–13.
- de Barbaro, B. (1997). *Pacjent w swojej rodzinie* (s. 12–17). Warszawa: Springer PWN.
- Berne, E. (2004). W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich (s. 16–20). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- von Bertalanffy, L. (1984). *Ogólna teoria systemów* (s. 243–262). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni* (s. 442–447). Gdańsk: GWP.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S. (2005). *Psychologia zaburzeń* (s. 162–194). Gdańsk: GWP.
- Czachowski, S. (2004). *Nowe drogi w medycynie rodzinnej. Studium eksploracyjne* (s. 77–84). Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Fromm, E. (2003). *Mieć czy być?* (s. 148). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Heszen-Niejodek, I. (2001). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*, (t. 3, s. 456–500). Gdańsk: GWP.
- Kępiński, A. (1978). *Poznanie chorego* (s. 5–41). Warszawa: PZWL.
- Kofta, M., Doliński, M. (2001). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*, (t. 2, s. 561–600). Gdańsk: GWP.
- Latański, M., Braun, R. N., Kuszewski, K. (1992). *Lekarz ogólny – zadania i organizacja pracy* (12–34). Lublin: Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Środowiskowej.
- Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka* (s. 109–181). Gdańsk: GWP.
- Łukaszewski, W. (1984). *Szanse rozwoju osobowości* (s. 371). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Maslow, A. (1990). *Motywacja a osobowość* (s. 225). Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Mądrzycki, T. (1986). *Deformacje w spostrzeganiu ludzi* (s. 203–208). Warszawa: PWN.
- Merton, R. K. (2002). *Teoria socjologiczna i struktura społeczna* (s. 266–333). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nęcka, E. (2003). Twórczość. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*, (t. 2, s. 448). Gdańsk: GWP.
- Nęcki, Z. (1996). *Komunikacja międzyludzka* (s. 205). Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Nowakowska, M. (1975). *Psychologia ilościowa z elementami naukometrii. Wybrane zagadnienia metodologiczne*. Warszawa: PWN.
- Rogers, R. C. (2002). *O stawianiu się sobą* (s. 158–159). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Sęk, H. (1991). Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne* (s. 5–17). Poznań: Instytut Psychologii, UAM.
- Sheridan, C., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia* (s. 241–392). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

- Strelau, J. (2001). Temperament. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*. (t. 2, s. 684–719). Gdańsk: GWP.
- Strzałecki, A. (1989). *Twórczość a style rozwiązywania problemów praktycznych. Ujęcie prakseologiczne* (30–102). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Szubert, A. (1978). F. Barrona skala do pomiaru siły ego. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (s. 347–362) Warszawa: PWN.
- Turner, J. H. (2002). *Struktura teorii socjologicznej*. (s. 418–479) Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.