

# Stanisław Siek, Jan Bielecki, Iwona Marcysiak

---

## Typ zachowania „A” a struktura osobowości według koncepcji psychoanalitycznej

---

Studia Philosophiae Christianae 30/1, 119-127

---

1994

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

a znaczenie przymiotnika tylko je uzupełnia lub eksplikuje, mówimy, że przymiotnik ma znaczenie determinujące. Natomiast przymiotnik modyfikujący zmienia znaczenie nazwy, do której jest dodany.

Otóż stwierdzamy, że przymiotnik „chrześcijański” jedynie determinuje „wartości”, i to dzięki określonej rodzajowi ustosunkowania ich do rzeczownika „chrześcijaństwo”, a nie modyfikuje ich znaczenia. Wartości chrześcijańskie pozostają bowiem wartościami: czymś dobrym, cennym, ważnym<sup>15</sup>.

#### 4. PODSUMOWANIE

Powyższe uwagi pozwalają zrozumieć, że dla odpowiedzialnej dyskusji o wartościach chrześcijańskich niekonieczne jest wstępne przyjęcie którejkolwiek z teorii wartości oraz że przymiotnik „chrześcijański” nie modyfikuje znaczenia rzeczownika „wartość”, przy którym stoi. Obawy przed konfesyjnością „wartości chrześcijańskich” nie wydają się być uzasadnione.

STANISŁAW SIEK, JAN BIELECKI, IWONA MARCYSIAK

### TYP ZACHOWANIA „A” A STRUKTURA OSOBOWOŚCI WEDŁUG KONCEPCJI PSYCHOANALITYCZNEJ

#### 1. WPROWADZENIE

W ostatnich kilkudziesięciu latach lekarze, psycholodzy kliniczni i badacze stresu posługują się często konstruktem psychicznym wprowadzonym w latach pięćdziesiątych do literatury psychologicznej i medycznej przez Friedmana i Rosenmana określany jako typ zachowania „A”.

Na typ zachowania „A” składają się mówiąc w największym skrócie: silna potrzeba wyczynu, agresywność, bezwzględne dążenie do sukcesu, niecierpliwość, poczucie działania pod silną presją czasu, wewnętrzne napięcie, wigor fizyczny, zwarty szybki pełen ekspresji sposób mówienia, nastawienie na stałe współzawodnictwo z innymi ludźmi (Rosenman, 1979, s. 62-65).

Friedman i Rosenman wyodrębnili typ zachowania „A” na podstawie badań psychologicznych licznych grup pacjentów z chorobami serca, zwłaszcza zawałowców, ludzi z chorobą wieńcową, chronicznym nadciśnieniem. Okazało się, że ludzie o tego typu konstelacji cech i reakcji osobowości istotnie statystycznie częściej zapadali na choroby serca, zwłaszcza na zawał serca. Podał to Friedmanowi i Rosenmanowi myśl, że typ zachowania „A” jest jednym z ważniejszych czynników ryzyka zawału serca i ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej.

Późniejsze badania innych autorów wykazały, że ludzie o typie zachowania „A”

<sup>15</sup> Stwierdzenie to może być jeszcze jednym argumentem za koniecznością zacieśnienia pierwotnej definicji przymiotników modyfikujących, definicji podanej przez I. Dąmską. Za takie postępowanie uważa ona przymiotniki, będące składnikami nazw ogólnych. „Wartości chrześcijańskie” są nazwą ogólną, a przeciwieństwo znaczenia nazwy „wartości” nie zostało zmienione. Choć – być może – autorka niezbyt jasno zdała sobie sprawę ze specyfiki funkcjonowania przymiotników odrzeczownikowych, można tu zaakceptować zaproponowaną przez nią zacieśnioną postać definicji, według której: „przymiotniki modyfikujące są to przymiotniki, których znaczenie jest sprzeczne z właściwym znaczeniem nazwy, do której są dodane, i które zmieniają to właściwe znaczenie tak, iż wyrażenie powstałe z połączenia przymiotnika z ową nazwą ma znaczenie niesprzeczne” (*Tamże*, 6).

częściej zapadają na choroby o podłożu stresowym: na wrzody żołądka i dwunastnicy, astmę, nadciśnienie tętnicze, uczulenie i choroby skóry o nieznanej etiologii.

Typowi zachowania „A” i „B” przeciwstawiany jest wyodrębniony przez tych samych badaczy typ zachowania „B”.

## 2. CEL PRACY, POSTAWIENIE ZAGADNIENIA

Po tym krótkim wprowadzeniu przechodzimy do celu i głównego problemu pracy.

Głównym problemem badaczy zajmujących się zagadnieniami związanymi z typem zachowania „A” i „B”, jest pytanie: czy typy te są jakimiś stałymi konstelacjami cech i reakcji osobowości, czy są to konstrukty sztuczne, przypadkowe konstelacje cech i reakcje osobowości specyficzne dla chorych na serce.

Zdaniem autorów tej pracy typ zachowania „A” nie stanowi jakiegóż specyficznej organizacji cech, która występowałaby w różnych populacjach u zdrowych czy chorych, tak jak np. typ ekstrawertywny czy intrawertywny, schizotypiczny czy cyklotymiczny. Typ „A” zdaje się być mieszaniną różnych tendencji reagowania i potrzeb psychicznych ludzi, którzy byli poddawani długotrwałym obciążeniom stresowym. Twórcy koncepcji typu „A” nie potrafili podać powodów dla których cechy i reakcje osobowości wyodrębnione jako typ zachowania „A”, tworzą określoną swoistą konstelację. Nie potrafili też podać czynników warunkujących powstawanie takiego typu osobowości w okresie dzieciństwa i młodości.

Naszym zdaniem typ zachowania „A” nie jest samodzielnym jednorodnym elementem struktury osobowości, a układem cech i reakcji osobowości spokrewnionym z niektórymi typami charakterów wyodrębnionych przez Freuda i jego uczniów, szczególnie z charakterami analnym i fallicznym.

Aby potwierdzić naszą hipotezę obliczyliśmy korelacje między wynikami badań grupy osób badanych Kwestionariuszem Jenkinsa mierzącym nasilenie zachowań typu „A” i kwestionariuszem Grygiera oceniającym nasilenie cech i reakcji osobowości składających się na wyodrębnione w psychoanalitycznej koncepcji osobowości typy charakteru zwane: oralnymi, analnymi i fallicznymi.

Poznanie tych związków jest głównym celem prezentowanych tu badań.

Trzeba dodać, że istnieje kilka opublikowanych prób oceny związków między typem zachowania „A” a innymi cechami i reakcjami osobowości.

Dość dobrze są udokumentowane związki między typem zachowania „A” a podatnością na choroby serca, wrzody żołądka i dwunastnicy.

W Polsce w 1965 roku Askanas, Siek i Ostrowska przeprowadzili badania pacjentów z IV Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie. Osoby po świeżym zawale serca posiadały reakcje emocjonalne niedojrzałe np. brak kontroli, brak emocjonalnej stabilizacji i przeżywania uczuć nieadekwatnych do sytuacji. Miały także silną potrzebę dominowania, niską tolerancję stanów frustracyjnych (sytuacje te wywoływały agresję i fiksację). Cechy te często występowały u pacjentów przed chorobą, ale dopiero potem zostały ujawnione bądź tylko pogłębione (Askanas, 1965, s. 1327-1329).

W 1982 roku Łazowski i Płużek przeprowadzili badania przekrojowe na czterech grupach osób: chorych na serce, z chorobą wrzodową, z zaburzeniami nerwicowymi i osobach zdrowych. W skład badań psychometrycznych wchodziły kwestionariusze MMPI, Gougha i Cattella. Na tej podstawie wyodrębnili u osób chorych na serce i z chorobą wrzodową tzw. zespół psychosomatyczny: silną potrzebę osiągnięć, dominacji, porządku, afiliacji, dużą samokontrolę, postawę obronną i pozytywną samoocenę.

Inne cechy tych osób to: bezradność, podejrzliwość, agresja aktywna i nieufność w stosunku do ludzi. Mieli oni także wyższą triadę neurotyczną (hipochondria, depresja, histeria) w porównaniu z osobami z chorobą wieńcową (Wrześniowski, 1971, s. 165-176).

Największe badania nad typem zachowania „A” przeprowadzono w USA w ramach Western Collaborative Group Study. W ciągu 8-9 lat badań wśród 3524 mężczyzn, CHD wystąpiło u 257. Wnioski wpływające z badań to: mocne powiązanie typu zachowania „A” z występowaniem chorób serca. U mężczyzn w wieku 39-40 lat typ zachowania „A” był bardziej związany z zawałem, a u mężczyzn w wieku 49-59 lat z anginą pectoris (Rosenman, Brand, Jenkins et al., 1975, s. 872-877).

W 1978 roku uczeni amerykańscy z The National Heart, Lung and Blood Institute oceniali związek typu zachowania „A” i chorób serca. Uznali, że typ „A” jest groźniejszym czynnikiem chorobotwórczym niż wiek, poziom cholesterolu czy palenie papierosów.

Bass i Wade zaprzeczają istnieniu zależności między dolegliwościami choroby wieńcowej i typem zachowania „A”.

W 1981 roku Koskenvuo badał pary bliźniąt dwu i jednojajowych. Nie stwierdził żadnych genetycznych uwarunkowań typu zachowania „A” (Eliasz, Wrześniewski, 1988, s. 38-39).

Były też prowadzone badania nad funkcjonowaniem typu zachowań „A”. Carver i Glass przeprowadzali badania nad agresywnością typu „A”. Pod wpływem frustracji, typ ten staje się agresywny, w przeciwieństwie do typu „B”. Typ „A” stara się w takiej sytuacji kontrolować i opanować ją, kiedy stanowi dla niego zagrożenie. Ma on silniejszą chęć kierowania fizycznym i społecznym środowiskiem, chęć posiadania nad nim kontroli.

Dombrowski i Mac Dougall stwierdzają, że osoba charakteryzująca się typem zachowania „A” w sytuacji stresowej pragnie wykonać pracę samotnie. Związane jest to z silnym pragnieniem opanowania i kontrolowania sytuacji trudnej, niską tolerancją na frustrację, gdy inni przeszkadzają w realizacji postawionego celu i silną potrzebą osiągnięć, która powoduje chęć uniknięcia świadków niepowodzenia. U takich osób podnosi się ciśnienie tętnicze krwi i częstotliwość tętna.

Uzupełnieniem typu zachowania „A” jest „zespół nadmiernego zaangażowania w pracę” opisany przez Rhoadsa. Jest to natrętna potrzeba pracy, zaprzeczanie zmęczeniu, eliminacja odpoczynku oraz przedłużanie pracy w celu kompensacji obniżonej wydolności wynikłej ze zmęczenia. Osoby z tym zespołem mają trudności w radzeniu sobie z agresją i poczuciem winy.

W 1976 roku Rosenman przeprowadził badania nad związkami między typem „A” i cechami temperamentu wg koncepcji Guilforda. Stwierdził istotną statystycznie zależność ze skalami aktywności, impulsywności, dominacji i uspołecznienia. Rok później Glass stwierdził współzależność między typem zachowania „A” i wigorem fizycznym (Eliasz, Wrześniewski, 1988, s. 4).

Inne badania w Polsce nad typem zachowania „A” przeprowadzili Eliasz i Wrześniewski. Badali związek pomiędzy temperamentem (reaktywność), lękiem, wpływem środowiska i typami zachowania „A”. Materiał badań stanowiło 1200 uczniów w wieku 17-20 lat z liceów i szkół zawodowych, z miasta i wsi. Osoby o wysokiej reaktywności, przy silnej presji społecznej nastawionej na wysokie osiągnięcia, miały duże nasilenie cech typu zachowania „A”. W badaniach stwierdzono również istotną statystycznie korelację między typem zachowania „A” i poziomem lęku u osób wysoko reaktywnych. Zdaniem autorów tych badań u takich osób przy dodatkowym silnym nacisku społecznym dochodzi do przestymulowania i dopiero wtedy typ „A” stanowi czynnik ryzyka chorób somatycznych.

Dotychczas nie publikowano w Polsce żadnych badań nad związkiem typu zachowania „A” z elementami struktury osobowości według koncepcji psychoanalitycznej.

Będzie to przedmiotem badań naszej pracy.

### 3. PRZEDMIOT, MATERIAŁ, METODY BADAŃ

Przedmiotem badań niniejszej pracy było 16 dyspozycji charakterów oralnych, analnych i fallicznych.

Oceniano nasilenie bierności (Wp), zachowań oralnych (O), agresywności oralnej (OA), oralnej zależności (Od), agresywności słownej (Ov) jeśli idzie o charakter oralny.

Z cech składających się na charakter analny badano: potrzebę zbierania i gromadzenia (Ah), porządku (Ad), konserwatyzm (Ac), skłonność do poddawania się władzy i porządkowi (Aa), sadyzm analny (As).

Z cech i reakcji osobowości składających się na charakter falliczny badano: impulsywność (Oi), narcyzm (Pn), aktywny kompleks Ikara (Pa), ekshibicjonizm (Pe), bierny kompleks Ikara (Ph), inne objawy kompleksu Ikara (Pf).

Z cech składających się na typ zachowania „A” badano: silne dążenie do celu (hard driving), przesadnie silne zaangażowanie w pracę (job involvement), niecierpliwość i szybki sposób reagowania (speed and impatience).

Do oceny cech i reakcji osobowości składających się na typ zachowania „A” zastosowano w tych badaniach Kwestionariusz Jenkinsa w tłumaczeniu Choynowskiego.

Pierwsze wersje tego kwestionariusza powstały w latach siedemdziesiątych. Kwestionariusz ma opracowaną na populacji amerykańskiej rzetelność i trafność. Były też próby oceniania jego wartości diagnostycznej na materiale polskim (Wrześniewski, Zyżański, Jenkins, 1980, s. 35-46).

Strukturę osobowości w ujęciu psychoanalitycznym, zwłaszcza cechy i reakcje osobowości składające się na charaktery oralne, analne i falliczne badano Kwestionariuszem Grygiera. Kwestionariusz ma obliczoną na materiale polskim rzetelność i trafność (Siek, 1983, s. 73-81).

Materiał do badań stanowiła grupa 40 mężczyzn w wieku 35-45 laty somatycznie zdrowych, mających wykształcenie wyższe i średnie. Badania przeprowadzono w Warszawie w roku 1991 i 1992.

### 4. WYNIKI BADAŃ

Dane statystyczne wyników badań 40 osób kwestionariuszami Grygiera i Jenkinsa przedstawiają tablice nr nr I, II, III, IV.

Na następnych stronach zamieszczamy tablice współczynników korelacji między wynikami badań cech typu zachowania „A” i cech charakterów oralnych, analnych i fallicznych.

Nazwa cechy	N ilość przypadków	$\bar{X}$	S	Miara normalności	
				D max	$\alpha$
Wp	40	7.95	2.48	.16	.27
O	40	5.02	1.97	.12	.57
OA	40	5.77	2.34	.13	.51
Od	40	6.67	2.69	.09	.93
Ov	40	6.52	3.05	.11	.68

Tablica nr I, przedstawiająca dane statystyczne wyników charakteru oralnego.

Nazwa cechy	N ilość przypadków	$\bar{X}$	S	Miara normalności	
				D max	$\alpha$
Ah	40	4.22	2.15	.14	.40
Ad	40	7.47	2.41	.11	.70
Ac	40	6.25	2.61	.16	.22
Aa	40	3.32	2.35	.16	.23
As	40	3.90	2.69	.13	.46

T a b l i c a nr II, przedstawiająca dane statystyczne wyników charakteru analnego.

Nazwa cechy	N ilość przypadków	$\bar{X}$	S	Miara normalności	
				D max	$\alpha$
Oi	40	5.92	2.28	.14	.44
Pn	40	7.17	3.26	.17	.17
Pe	40	4.42	3.25	.24	.02
Pa	40	8.07	3.95	.14	.43
Ph	40	7.60	1.68	.24	.02
Pf	40	6.70	2.28	.26	.01

T a b l i c a nr III, przedstawiająca dane statystyczne wyników charakteru fallicznego.

Nazwa czynnika	N ilość przypadków	$\bar{X}$	S	Miara normalności	
				D max	$\alpha$
TZA	40	229.27	70.87	.10	.78
H-D	40	109.20	34.53	.17	.22
J-I	40	192.25	55.14	.07	.99
S-I	40	195.80	69.35	.11	.74

T a b l i c a nr IV, przedstawiająca dane statystyczne wyników badań Kwestionariuszem C. D. Jenkinsa.

Korelacje między tymi dwoma grupami zmiennych przedstawiają tablice V, VI, VII.

Cechy i reakcje osobowości	Kwestionariusz C.D. Jenkinsa	Type A behaviour pattern	Hard-Driving	Job-Involvement	Speed and Impatience
Kwestionariusz T.G. Grygiera					
Wp – bierność		.21	.05	.34*	.17
O – zachowania oralne		.13	.02	-.07	.26
OA – agresywność oralna		.19	.00	.18	.11
Od – oralna zależność		-.01	.01	-.02	.01
Ov – agresywność słowna		.58**	.38**	.37**	.32*

T a b l i c a nr V, przedstawiająca współczynniki korelacji między wynikami charakteru oralnego badanego Kwestionariuszem T.G. Grygiera i cechami i reakcjami w Kwestionariuszu C.D. Jenkinsa

Cechy i reakcje osobowości	Kwestionariusz C.D. Jenkinsa	Type A behaviour pattern	Hard-Driving	Job-Involvement	Speed and Impatience
Kwestionariusz T.G. Grygiera					
Ah – potrzeba zbierania i gromadzenia		.07	.17	.05	.13
Ad – potrzeba porządku, sumienność		-.01	.24	.06	-.15
Ac – konserwatyzm		-.30*	-.11	-.21	-.03
Aa – poddawanie się władzy		.06	.26	-.01	-.16
As – sadyzm analny		.24	.30**	-.18	-.01

T a b l i c a nr VI, przedstawiająca współczynniki korelacji między wynikami charakteru analnego badanego Kwestionariuszem T.G. Grygiera i cechami i reakcjami w Kwestionariuszu C.D. Jenkinsa

Cechy i reakcje osobowości	Kwestionariusz C.D. Jenkinsa	Type A behaviour pattern	Hard-Driving	Job-Involvement	Speed and Impatience
Kwestionariusz T.G. Grygiera					
Oi – impulsywność		.37**	.15	.22	.36**
Pn – narcyzm		.22	.11	.11	.21
Pe – ekshibicjonizm		.41**	.22	.41**	.13
Pa – aktywny kompleks Ikara		-.06	-.01	.21	-.22
Ph – bierny kompleks Ikara		-.22	-.08	-.16	-.08
Pf – inne objawy kompleksu Ikara		-.13	-.02	.29*	.04

Tablica VII, przedstawiająca współczynniki korelacji między charakterem fallicznym badanym Kwestionariuszem T.G. Grygiera i cechami i reakcjami w Kwestionariuszu C.D. Jenkinsa

## 5. WNIOSKI OGÓLNE. DYSKUSJA

Jak już wspomniano celem tej pracy była próba oceny związków między zachowaniami typu „A” i strukturą osobowości według koncepcji psychoanalitycznej.

Analiza współczynników korelacji przedstawionych w tablicach nr nr V, VI i VII, pozwala na wysunięcie następujących wniosków dotyczących powiązania cech charakterów w ujęciu psychoanalitycznym z cechami i dyspozycjami składającymi się na typ zachowania „A”.

Im większe jest natężenie agresywności słownej, tym silniej ujawniają się takie zachowania typu „A” jak: silne dążenie do celu, współzawodnictwo, zaangażowanie w pracę oraz szybki i niecierpliwy sposób zachowania.

Także dwie z cech charakteru analnego: konserwatyzm i sadyzm korelują z typem zachowania „A” silnym dążeniem do celu i współzawodnictwem.

W charakterze fallicznym taka zmienna jak impulsywność koreluje dodatnio z szybkim i niecierpliwym sposobem zachowania.

Również ekshibicjonizm i inne cechy falliczne korelują pozytywnie z typem zachowania „A”.

Wszystkie związki jakie wystąpiły w naszych badaniach między cechami i reakcjami struktury osobowości badanymi Kwestionariuszem Grygiera a cechami i reakcjami badanymi Kwestionariuszem JAS są zbieżne z dotychczas przeprowadzonymi badaniami autorów polskich (Tylka i Makowska) i zagranicznych (Rime i Bonami).

Dodatnią korelację bierności i zaangażowania w pracę można wytłumaczyć analizą badań Rime’a i Bonami, którzy stwierdzili, że osoby ujawniające cechę pasywności, tzn. bezsenność i nadmierne pragnienie odpoczynku ukrywają ją nadmierną aktywnością w pracy zawodowej (Łazowski).

Według Carwera i Glassa jedną z najistotniejszych cech osób ujawniających typ zachowania „A” jest agresywność w sytuacji frustrującej oraz chęć posiadania kontroli nad środowiskiem. Tym można tłumaczyć korelację jaka występuje w naszych badaniach między typem zachowania „A” i agresywnością.

Konserwatyzm koreluje ujemnie z typem zachowania „A”, co można wytłumaczyć tym, że osoby charakteryzujące się typem zachowania „A” nie potrafią zachowywać spokoju i prowadzić uregulowanego trybu życia. Ciągłe się spieszą i chcą wygrać wyścig z czasem.



Związek między sadyzmem a silnym dążeniem do celu najprościej można wytłumaczyć odwołując się do badań Tytki i Makowskiej. Osoby z czynnikiem Hard-Driving ujawniają w Kwestionariuszu ACL Gougha silną potrzebę dominacji, wyczynu, wytrwałości i porządku. W badaniach Rimera i Bonami osoby charakteryzujące się typem zachowania „A” ujawniają impulsywną tendencję do uwalniania emocji i natychmiastowego zaspokajania pragnień. Nasze badania potwierdzają ten związek korelacją typu zachowania „A” z cechą impulsywności.

Słabszą stroną tych badań jest brak dobrej metody do określenia typu zachowania „A”. Polska wersja Kwestionariusza Jenkinsa jest niedoskonała ze względu na adaptację, która nie uwzględnia specyficznych polskich realiów. Język angielski czyli „macierzysty” język tego kwestionariusza odznacza się subtelnym kolorytem semantycznym trudnym, lub wielu wypadkach niemożliwym, do oddania w języku polskim. W związku z tym wydaje się wskazane przeprowadzenie nowej adaptacji Kwestionariusza Jenkinsa dla potrzeb przyszłych badań nad typem zachowania „A”.

Mała jest również ilość materiałów źródłowych w języku polskim na temat typu zachowania „A”. Są one ubogie w informacje z tej dziedziny. Korzystaliśmy z dostępnych zbiorów prac anglojęzycznych, lecz w nich jest także ograniczona ilość informacji dotyczących związków typu zachowania „A” z innymi cechami i reakcjami osobowości. Autorzy skupiają się głównie na badaniach nad typem zachowania „A” jako jednym z czynników ryzyka choroby serca.

#### BIBLIOGRAFIA

- Askanas Z., Ostrowska H., Siek S.: *Osobowość chorego a zawał serca*, Pol. Tyg. Lek., rok XX, (1965) 35, 1327-1329.
- Bass C., Wade C.: *Type A behaviour: not specifically pathogenic*, Lancet, 2 (1982), 1147-1149.
- Borucki Z.: *Zachowanie typu A jako czynnik wpływający na zależność między stresem organizacyjnym w pracy zawodowej a dolegliwościami somatycznymi*, Pol. Tyg. Lek., rok XL, nr 46/47, 1291-1294.
- Brzeziński J.: *Metody badań psychologicznych w zarysie*, UAM, Poznań 1975, 128-131.
- Brzeziński J.: *Elementy metodologii badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1984, 1117-1118.
- Eliasz A., Wrześniewski K.: *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a Wzór Zachowania A*, PAN Monografie Psychol., LIII (1988), Wrocław.
- Freud S.: *Wstęp do psychoanalizy*, tł. S. Kemperówna, W. Zaniewski, PWN, Warszawa 1992.
- Freud S.: *Wizerunek własny*, tł. Zaszłupin, RECTO, Warszawa 1990.
- Hall C.S., Lindzey G.: *Teorie osobowości*, tł. J. Kowalczevska, J. Radzicki, PWN, Warszawa 1990, 38-77.
- Jedlicki W.: *Co sądzić o freudyzmie i psychoanalizie*, WP, Warszawa 1961.
- Łazowski J.: *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym*, PZWL, Warszawa 1982.
- Łazowski J., Płużek Z.: *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*, PZWL, Warszawa 1978.
- Matthews K.A., Haynes S.G.: *Type A behaviour pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation*, American Journal of Epidemiology, 123 (1986) 6, 923-960.
- Pleszewski Z.: *Funkcjonowanie emocjonalne pacjentów przed i po zawale serca*, UAM, Poznań 1977.

Rosenman R.H., Brand R.J. Jenkins C.D. et al.: *Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8,5 years*, Journal of the American Medical Association, 233 (1975) 8, 872-877.

Rosenman R.H.: *The Interview method of Assessment of the coronaryprone behaviour pattern*, in: Dembroski T.M., Weiss S.M., Shields J.L. et al: *Coronary – prone behaviour*, Springer-Verlag, New York 1978, 60-67.

Siek S.: *Wybrane metody badania osobowości*, ATK, Warszawa 1983, 41-92.

Terelak J.: *Psychologia stresu*, 1991 (skrypt nieopublikowany).

Thompson C.: *Psychoanaliza. Narodziny i rozwój*, tł. T. Kołakowska, PWN, Warszawa 1965.

Tylka J., Makowska M.: *Ocena wpływu długofalowej rehabilitacji na reakcje osobowości chorych o zachowaniu typu A lub B*, Kard. Pol., XXX (1987) 7, 441-450.

Wrześniewski K.: *Osobowość a zawał serca*, Przgl. Psychol., I (1971) 21, 165-176.

Wrześniewski K., Jenkins C.D., Zyzanski S.J.: *Wzór zachowania A jako czynnik ryzyka choroby wieńcowej*, Pol. Tyg. Lek, 34 (1979) 44, 1727-1729.

Wrześniewski K., Jenkins C.D., Zyzanski S.J.: *Polsko-Amerykańskie badania nad wzorem zachowania stanowiącego czynnik ryzyka zawału serca*, Przgl. Psychol., XXIII (1980) 1, 35-46.

Wrześniewski K.: *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca* PZWŁ, Wrocław 1980.

Wrześniewski K., Santorski J.: *Diagnoza wzoru zachowania A, jako czynnik ryzyka zawału serca*, w: Szustrowa, Pankiewicz: *Materiały do nauczania psychologii*, s. III, 4, Warszawa 1985.

Zaleska T., Tylka J.: *Typ A zachowania a choroba niedokrwienna serca*, Kard. Pol, XXXIV (1992) 5, 313-318.