

*Magdalena Zadworna-Cieślak**

*Nina Ogińska-Bulik***

* Instytut Badań Społecznych, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

** Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Osobowość typu D i poczucie koherencji a podejmowanie zachowań zdrowotnych przez młodzież

1. Wprowadzenie

Problematyka zdrowego stylu życia w ostatnich latach coraz częściej jest przedmiotem badań w różnych obszarach nauki, a ważną przyczyną tego stanu jest zapotrzebowanie społeczne i wzrost świadomości zdrowotnej. Na gruncie psychologii zdrowia prowadzi się w tym zakresie przede wszystkim badania uwarunkowań zachowań zdrowotnych. Ich pojęcie nie jest jednoznaczne i ulega zmianom na przestrzeni lat, a w literaturze można znaleźć wielość jego ujęć definicyjnych. Jedno z nich proponuje H. Sęk (2000, s. 539), według której są to „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem”. To właśnie związek ze zdrowiem czyni omawianą problematykę tak istotną społecznie. Zachowania antyzdrowotne pełnią wiodącą rolę w powstawaniu chorób, co skutkuje także wzrostem umieralności, a zachowania korzystne dla zdrowia mogą je ochraniać i zapobiegać zaburzeniom (por. Gniadkowski, 1990). W ślad za badaniami naukowymi idą w ostatnich latach praktyczne oddziaływanie nastawione na krzewienie zdrowego stylu życia – szczególnie wśród młodych pokoleń. Niestety, obraz zachowań związanych ze zdrowiem w grupach polskiej młodzieży pozostawia wiele do życzenia. Z jednej strony wskazuje się na znacne niedostatki w zakresie prozdrowotnych zachowań, a z drugiej – na częste podejmowanie zachowań ryzykownych. Skłania to do poszukiwania czynników je determinujących, a także stawiania pytań o skutecznosć dotyczasowych oddziaływań profilaktycznych (por. Kolbowski, 2008; Mazur i in., 2007; Oblacińska, Woynarowska (red.), 2006; Sięrosławski, 2007).

Nawyki związane ze zdrowiem, zarówno prozdrowotne, jak i antyzdrowotne, podlegają kształtowaniu od najwcześniejszych lat w toku socjalizacji i uczenia się. Czynnikiem warunkującym ich rozwój w okresie dzieciństwa jest przede

wszystkim środowisko rodzinne, a następnie środowisko szkolne i rówieśnicze. W późniejszym okresie podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem uwarunkowane jest głównie osobistymi decyzyjami poszczególnych osób. Stąd istotna rola zmiennych podmiotowych, a przede wszystkim właściwości osobowości jednostki, w tym jej przekonań i oczekiwania dotyczących samej siebie i otaczającego świata. Przegląd badań w zakresie uwarunkowań zachowań zdrowotnych (Dolińska-Zgunt, 2001; Łuszczynska, 2004; Ogińska-Bulik, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008/2010; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011; Ziarko, 2006) wskazuje, że z zachowaniami tymi korelują: poczucie własnej skuteczności, optymizm życiowy, poczucie koherencji, wartościowanie zdrowia oraz – w mniejszym stopniu – wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia i samoocena, której niski poziom sprzyja podejmowaniu zachowań ryzykownych.

G. Larsson i in. (za: Pasikowski, 2000), analizując dane uzyskane od 5 tys. respondentów, wykazał istnienie pozytywnej zależności między poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi, subiektywną oceną zdrowia i jakością życia. Badania w grupie dorastających także potwierdziły występowanie związku poczucia koherencji z deklarowaną tendencją do zachowań zdrowotnych (Zadworna-Cieślak, Gutowska-Wyka, 2009). W badaniach młodych dorosłych poczucie koherencji (przede wszystkim wymiar poczucia sensowności i zaradności) było istotnie pozytywnie skorelowane z intencją do podjęcia zachowania zdrowotnego, a także z deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi (Ziarko, 2006).

Istotną rolę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych mogą pełnić wymiary składające się na osobowość stresową (typ D), tj. negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne. Negatywna emocjonalność wyraża się w skłonności jednostki do przeżywania silnych negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew, irytacja lub wrogość. Z kolei hamowanie społeczne odnosi się do unikania zagrożenia związanego z relacjami społecznymi i dotyczy skłonności do powstrzymywania się od wyrażania negatywnych emocji i zachowań zgodnych z tymi emocjami. Brak ekspresji emocjonalnej ma charakter świadomy i występuje głównie w sytuacjach społecznych (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik, 2009; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008/2010).

Występowanie typu D jest niekorzystne dla zdrowia. Ten typ osobowości jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób somatycznych, głównie sercowo-naczyniowych (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik, 2009; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008/2010). Sprzyja także angażowaniu się w zachowania ryzykowne dla zdrowia, takie jak nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu czy zażywanie środków narkotycznych (przegląd badań – por. Ogińska-Bulik, 2009). Dotychczas nie prowadzono badań w zakresie poszukiwania

zależności typu D z zachowaniami prozdrowotnymi, ale można założyć, że współwystępowanie negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego nie będzie korzystne z punktu widzenia tych zachowań. Należy jednak zaznaczyć, że osobowość typu D nie musi wprost prowadzić do zaniedbywania zdrowia. Przejawianie niekorzystnych dla zdrowia cech osobowości (negatywna emocjonalność, hamowanie społeczne) może być niwelowane przez inne podmiotowe właściwości jednostki, związane z przekonaniami na temat własnej osoby lub świata zewnętrznego, np. wysokie poczucie koherencji. Oznaczałoby to, że jeśli jednostka ma poczucie, że informacje napływające ze świata są zrozumiałe, że dysponuje zasobami umożliwiającymi jej radzenie sobie z przeciwnościami losu i że są w jej życiu takie obszary, którym warto poświęcać czas i energię, to pomimo występowania negatywnych emocji i utrzymywania dystansu wobec innych ludzi może podejmować zachowania sprzyjające zdrowiu. Poczucie koherencji może być traktowane jako zmienna pośrednicząca w zakresie związku między typem D a zachowaniami zdrowotnymi.

2. Cel badań

Celem podjętych badań było ustalenie, czy istnieje związek między osobowością typu D i poczuciem koherencji a podejmowaniem przez młodzież zachowań zdrowotnych. Postawiono następujące pytania badawcze:

- jakie zachowania zdrowotne prezentuje badana młodzież i czy zmienne socjodemograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) różnicują nasilenie tych zachowań?
- czy istnieje związek między wymiarami osobowości typu D i poczuciem koherencji a nasileniem zachowań zdrowotnych?
- które ze zmiennych niezależnych (wymiary osobowości typu D, wymiary poczucia koherencji) są predyktorami zachowań zdrowotnych?
- jaka jest struktura zmiennych niezależnych wpływających na zachowania zdrowotne?

3. Osoby badane

Badana grupa obejmowała 211 osób – 96 chłopców i 115 dziewcząt. Wiek badanych mieścił się w zakresie 17–19 lat ($M = 18,01$; $SD = 0,49$). Badana młodzież pochodziła z losowo wybranych łódzkich szkół licealnych.

4. Zastosowane narzędzia badawcze

Do pomiaru zmiennych zastosowano:

- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego (2001).

Technika zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego typu zachowania związane ze zdrowiem, których nasilenie podlega ocenie na skali od 1 („prawie nigdy”) do 5 („prawie zawsze”). Po zsumowaniu częstotliwości występowania poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań – prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnych nastawień psychicznych. Im wyższy/niższy wynik, tym wyższe/nizsze nasilenie mierzonych zachowań. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają głównie rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce), zachowania profilaktyczne dotyczą przede wszystkim przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji o zdrowiu i chorobie, praktyki zdrowotne obejmują nawyki związane ze snem, rekreacją lub aktywnością fizyczną, zaś pozytywne nastawienia psychiczne dotyczą unikania zbyt silnych emocji, napięć i stresów. IZZ jest narzędziem o zadowalających parametrach psychometrycznych.

- Skalę DS-14, autorstwa J. Denolleta, służącą do pomiaru osobowości typu D, polska adaptacja: N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, J. Denollet (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Narzędzie składa się z 14 pozycji, do których osoba badana ustosunkowuje się, posługując się określeniami „fałszywe” (0), „raczej fałszywe” (1), „trudno powiedzieć” (2), „raczej prawdziwe” (3), „prawdziwe” (4). Wyniki oblicza się oddzielnie dla obydwu wymiarów typu D, tj. negatywnej emocjonalności oraz hamowania społecznego. Za typ D uznaje się osobę, która w obydwu wymiarach uzyskała wyniki na poziomie co najmniej 10 pkt. Narzędzie charakteryzuje dobre właściwości psychometryczne.

- Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) autorstwa Antonovsky’ego (polska adaptacja: J. Konarek, B. Dudek, Z. Makowska, 1993).

Technika służy do oceny poczucia koherencji oraz jego trzech wymiarów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. SOC-29 składa się z 29 stwierdzeń, ocenianych w skali 7-stopniowej. Narzędzie uzyskało wystarczające parametry psychometryczne.

5. Wyniki badań

W pierwszym kroku podjętych analiz ustalono poziom zachowań zdrowotnych młodzieży w powiązaniu ze zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak: wiek, płeć i status socjoeonomiczny. Przeprowadzona analiza wariancji

wskazała, że wiek ($F = 2,37$; $p > 0,05$) ani sytuacja materialna ($F = 0,45$; $p > 0,05$) nie różnicują nasilenia ogólnych zachowań zdrowotnych w badanej grupie młodzieży. Natomiast płeć okazała się czynnikiem różnicującym. Średnie zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem płci przedstawiono w tab. 1.

T a b e l a 1

Zachowania zdrowotne badanej grupie młodzieży w zależności od płci

Zmienna	Chłopcy		Dziewczęta		Test t p
	M	SD	M	SD	
Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	69,72	12,14	74,01	11,4	-2,46**
Prawidłowe nawyki żywieniowe	15,44	4,22	17,99	4,44	-4,25***
Zachowania profilaktyczne	15,96	4,33	18,15	4,39	-3,90***
Pozytywne nastawienia psychiczne	19,25	4,34	19,07	4,39	0,30 ni
Praktyki zdrowotne	18,6	3,81	18,74	4,02	-0,25 ni

O b j a s n i e n i a: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – zależność nieistotna statystycznie.

Średnie wyniki uzyskane przez chłopców i dziewczęta w zakresie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieszczą się w zakresie wyników niskich (4 sten) (zgodnie z normami podawanymi za: Juczyński, 2001). Ponadto średnie uzyskane w zakresie wskaźników szczegółowych Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne i praktyki zdrowotne) są w grupie badanych chłopców i dziewcząt nieco niższe od wartości uzyskanych w badaniach różnych grup kobiet i mężczyzn prowadzonych przez Z. Juczyńskiego (2001). Dziewczęta podejmują ogólnie więcej niż chłopcy zachowań korzystnych dla zdrowia ($p < 0,05$), przede wszystkim zaś prezentują bardziej niż chłopcy prozdrowotne nawyki żywieniowe ($p < 0,001$) oraz zachowania profilaktyczne ($p < 0,001$). Uzasadnia to potrzebę prowadzenia dalszych analiz statystycznych, osobno w grupie chłopców i w grupie dziewcząt.

W dalszym etapie analiz obliczono współczynniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wymiarami osobowości typu D i poczuciem koherencji, osobno w grupie dziewcząt (tab. 2) i chłopców (tab. 3).

Z danych zawartych w tab. 2 wynika, że w grupie dziewcząt istnieje statystycznie istotny związek ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych ze wszystkimi badanymi wymiarami osobowości. W przypadku negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego (wymiary osobowości typu D) jest to związek ujemny, czyli im wyższe nasilenie obu cech, tym niższy wskaźnik korzystnych dla zdrowia zachowań. Wymiary osobowości typu D są także negatywnie powiązane z zachowaniami profilaktycznymi oraz pozytywnymi

T a b e l a 2

Współczynniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wymiarami osobowości typu D i poczuciem koherencji w grupie dziewcząt

Zmienna	Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
Negatywna emocjonalność	-0,52***	-0,15	-0,27**	-0,67***	-0,30**
Hamowanie społeczne	-0,33***	-0,10	-0,26**	-0,46***	-0,09 ni
Poczucie zrozumiałości	0,43***	0,09	0,21*	0,49***	0,33**
Poczucie zaradności	0,44***	0,02	0,26**	0,56***	0,30**
Poczucie sensowności	0,43***	0,15	0,31**	0,52***	0,14 ni
Ogólne poczucie koherencji	0,50***	0,10	0,30**	0,60***	0,30**

O b j a ś n i e n i a: jak do tab. 1.

T a b e l a 3

Współczynniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wymiarami osobowości typu D i poczuciem koherencji w grupie chłopców

Zmienna	Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienia psychiczne	Praktyki zdrowotne
Negatywna emocjonalność	-0,29**	-0,01	0,01	-0,57***	-0,21*
Hamowanie społeczne	-0,13	-0,02	-0,07	-0,23*	-0,04
Poczucie zrozumiałości	0,26*	0,10	0,12	0,39***	0,01
Poczucie zaradności	0,20	0,01	0,03	0,40***	0,07
Poczucie sensowności	0,31**	0,15	0,18	0,38***	0,12
Ogólne poczucie koherencji	0,31**	0,11	0,13	0,47***	0,08

O b j a ś n i e n i a: jak do tab. 1.

nastawieniami psychicznymi, a negatywna emocjonalność także z praktykami zdrowotnymi. Z kolei zarówno ogólne poczucie koherencji, jak i jego wymiary, czyli poczucie zrozumiałości, sensowności i zaradności, są pozytywnie powiązane z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych i ich szczegółowymi kategoriami. Związku wszystkich badanych wymiarów osobowości nie zanotowano jedynie w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych.

Wyniki analizy korelacyjnej w grupie chłopców zawarto w tab. 3. W grupie tej zanotowano mniej istotnych związków badanych wymiarów osobowości z zachowaniami zdrowotnymi w porównaniu z grupą dziewcząt. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych powiązany jest ujemnie z negatywną emocjonalnością, pozytywnie zaś z ogólnym poczuciem koherencji oraz z jego wymiarami – poczuciem zrozumiałości i sensowności. Siła tych związków jest jednak mniejsza niż u dziewcząt. Pozostałe szczegółowe kategorie zachowań zdrowotnych nie są powiązane z badanymi zmiennymi niezależnymi, za wyjątkiem pozytywnych nastawień psychicznych – ich poziom rośnie wraz ze spadkiem negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego oraz ze wzrostem poczucia koherencji i jego wymiarów. Ponadto negatywna emocjonalność wykazuje słaby związek ujemny z praktykami zdrowotnymi.

W kolejnym kroku analiz statystycznych wyznaczono determinanty ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Zastosowano w tym celu regresję wielokrotną metodą krokową postępującą (tab. 4).

T a b e l a 4

Wyznaczniki ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupie chłopców i dziewcząt

Chłopcy						
	R ²	B	SE B	β	test t	p
Poczucie sensowności	0,09	0,42	0,13	0,31	3,12	0,00
Wartość stała	–	54,97	4,87	–	11,28	0,00
$R = 0,31; R^2 = 0,09; F = 9,74; df = 1$						
Dziewczęta						
Negatywna emocjonalność	0,27	-0,85	0,13	-0,52	-6,40	0,00
Wartość stała	–	85,31	1,99	–	42,93	0,00
$R = 0,52; R^2 = 0,27; F = 41,03; df = 1$						

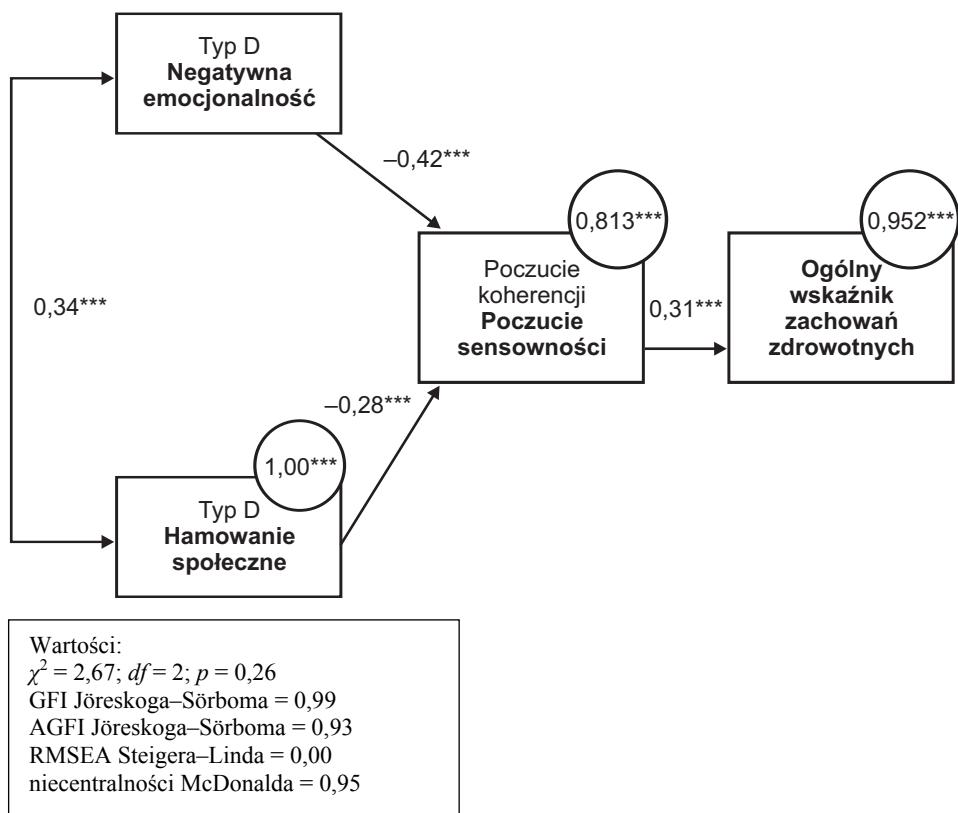
O b j a ś n i e n i a: R^2 – współczynnik wielokrotnej determinacji, B – niestandardowy współczynnik regresji, SE B – błęd standardowy B, β – standardowy współczynnik regresji, R – współczynnik korelacji wielokrotnej.

Jak wynika z tab. 4, w grupie chłopców wyznacznikiem ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych okazał się wymiar poczucia koherencji –

poczucie sensowności. Zmienna ta jednak tylko w 9% odpowiadała za zmienność wariancji wskaźnika zachowań zdrowotnych. Wzrost poczucia sensowności wiąże się ze wzrostem poziomu zachowań prozdrowotnych u chłopców. Z kolei w grupie dziewcząt ustalono, iż negatywna emocjonalność (wymiar osobowości typu D) okazała się jedynym wyznacznikiem zachowań zdrowotnych, określając 27% wariancji zmiennej zależnej. Im wyższa negatywna emocjonalność, tym niższy poziom korzystnych dla zdrowia zachowań w grupie dziewcząt.

Ustalono także, jaką rolę pełnią zmienne podmiotowe w odniesieniu do poszczególnych zachowań zdrowotnych. W grupie dziewcząt ustalono predykcyjną rolę poczucia sensowności w zakresie zachowań profilaktycznych ($R^2 = 0,10$; $\beta = 0,311$), poczucia zrozumiałości w zakresie praktyk zdrowotnych ($R^2 = 0,11$; $\beta = 0,33$) oraz negatywnej emocjonalności w zakresie pozytywnych nastawień psychicznych ($R^2 = 0,45$; $\beta = -0,67$). Wśród chłopców jedynie negatywna emocjonalność okazała się ujemnym predyktorem pozytywnych nastawień psychicznych ($R^2 = 0,33$; $\beta = -0,57$) oraz praktyk zdrowotnych ($R^2 = 0,04$; $\beta = -0,21$).

Końcowym etapem analiz było ustalenie modeli przyczynowych zależności między zmiennymi za pomocą metody modelowania równań strukturalnych. Poniżej przedstawiono modele przyczynowych zależności dla wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych, zbudowane osobno w grupie chłopców i dziewcząt – każdy z nich był najlepszym, jaki można było uzyskać, biorąc pod uwagę kryteria teoretycznej logiczności, ekonomiczności oraz zgodności z przyjętymi miarami empirycznymi. Strzałki oznaczają relacje przyczynowe między zmiennymi. Nieistotne relacje przyczynowe zaznaczono linią przerywaną. Korelacje między zmiennymi zobrazowano za pomocą strzałki w kształcie łuku, zakończonej podwójnym grotem. Wartości umieszczone przy zmiennych egzo- i endogenicznych (w owalu) określają wpływ zmiennych latentnych.

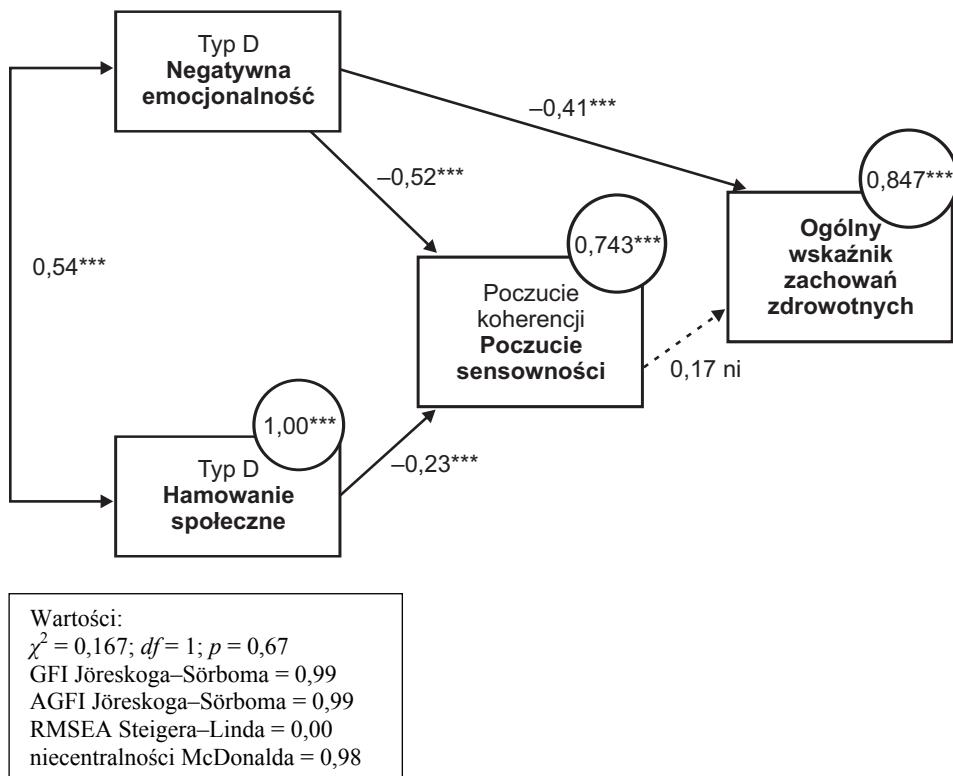


Rys. 1. Wyniki analizy ścieżek dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupie chłopców

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – zależność nieistotna statystycznie.

W grupie chłopców bezpośredni wpływ na poziom zachowań zdrowotnych ma wymiar poczucia koherencji – poczucie sensowności (współczynnik ścieżki wynosi $0,31; p < 0,01$). Przekonanie, że życie ma sens, a jego wymagania ważne są zaangażowania wzmacnia tendencję do podejmowania zachowań służących zdrowiu przez chłopców.

Nie zanotowano bezpośredniego istotnego wpływu wymiarów osobowości typu D na zmienną zależną. Negatywna emocjonalność oraz hamowanie społeczne mają jednak pośredni wpływ na poziom zachowań zdrowotnych chłopców poprzez oddziaływanie na poczucie sensowności. Oba skorelowane ze sobą wymiary typu D ujemnie oddziałują na poczucie sensowności.



Rys. 2. Wyniki analizy ścieżek dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupie dziewcząt

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – zależność nieistotna statystycznie.

W grupie dziewcząt bezpośredni wpływ na poziom podejmowanych zachowań zdrowotnych ma wymiar osobowości typu D – negatywna emocjonalność. Wraz ze wzrostem skłonności do przeżywania negatywnych uczuć maleje poziom korzystnych zachowań zdrowotnych w grupie dziewcząt. Nie zanotowano istotnego statystycznie bezpośredniego wpływu poczucia sensowności na ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych. Ustalono jednak, że tak jak w grupie chłopców, na poziom poczucia sensowności dziewcząt wpływ mają oba wymiary osobowości typu D.

6. Podsumowanie i dyskusja wyników

Przeprowadzone badania dowiodły, że zachowania zdrowotne badanej młodzieży są mało korzystne dla zdrowia (według norm: Juczyński, 2001). Dziewczęta w porównaniu z chłopcami przejawiają ogólnie więcej zachowań

prozdrowotnych, a inne zmienne socjodemograficzne (wiek, status socjodemograficzny) nie różnicowały nasilienia zmiennej zależnej. Zastosowane analizy statystyczne prowadzą do następujących wniosków:

- W grupie dziewcząt zanotowano więcej istotnych współczynników korelacji badanych zmiennych osobowościowych z zachowaniami zdrowotnymi niż w grupie chłopców. Im niższy poziom negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego oraz im wyższy poziom poczucia koherencji i jego wymiarów, tym bardziej prozdrowotne zachowania podejmują dziewczęta. U chłopców poziom zachowań zdrowotnych powiązany był z ogólnym poczuciem koherencji, poczuciem zrozumiałosci i sensowności oraz ujemnie z negatywną emocjonalnością.

- Predyktorem ogólnych zachowań zdrowotnych u chłopców jest poczucie sensowności, u dziewcząt – negatywna emocjonalność.

- Wyniki analiz regresji zostały potwierdzone przez modele przyczynowych zależności między zmiennymi. Na zachowania zdrowotne chłopców bezpośredni wpływ ma poczucie sensowności, u dziewcząt – negatywna emocjonalność. Od wymiarów osobowości typu D zależy także poziom poczucia sensowności, z tym że w grupie dziewcząt jego wpływ na zmienną zależną nie przekroczył kryteriów istotności statystycznej.

Odnosząc uzyskane dane do literatury przedmiotu, należy zaznaczyć, iż w grupach młodzieży notuje się w ostatnich latach niskie wskaźniki wielu zachowań prozdrowotnych (por. Oblacińska, Woynarowska (red.), 2006; Mazur i in., 2007; Sierosławski, 2007; Kolbowska, 2008). Wyżej cytowane badania wskazują także, iż dziewczęta w porównaniu z chłopcami prezentują ogólnie wyższy poziom zachowań korzystnych dla zdrowia, co jest spójne z ustaleniami płynącymi z badań własnych.

Badania podkreślają także rolę poczucia koherencji w determinowaniu zachowań prozdrowotnych młodych ludzi (por. Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011; Zadworna-Cieślak, Kaflik-Pierog, 2010; Zadworna-Cieślak, Gutowska-Wyka, 2009). W grupie młodych dorosłych, w świetle badań, wydaje się, że największe znaczenie wspierające prozdrowotne zachowania ma poczucie sensowności i zaradności (Zirko, 2006).

Badania wskazują także na istotne, ujemne powiązania poczucia koherencji i wymiarów osobowości typu D (Ogińska-Bulik, 2009). Osobowość typu D wiąże się także z podejmowaniem zachowań niekorzystnych dla zdrowia, takich jak używanie środków psychoaktywnych, pracoholizm, jedzenioholizm, hazard i zakupoholizm (Ogińska-Bulik, 2009).

Do badań wykorzystujących zmienną osobowości typu D można dodać dane wskazujące na powiązania poziomu stresu (wyższego w przypadku osób typu D) i zachowań zdrowotnych. Dla przykładu, badania przeprowadzone na próbie ponad 12 tysięcy osób dorosłych wskazały, że im wyższy spostrzegany poziom stresu prezentowali badani, tym więcej podejmowali zachowań nie-

korzystnych dla zdrowia, takich jak dieta wysokotłuszczaowa, mały poziom aktywności fizycznej lub palenie papierosów (Ng, Jeffrey, 2003). Nasilenie stresu korelowało negatywnie z różnymi formami zachowań prozdrowotnych także w badaniach Z. Juczyński i e go (1997).

Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia mogą być sposobem radzenia sobie ze stresem, szczególnie dla osób nieposiadających odpowiednich zasobów pozwalających na konstruktywne radzenie sobie z problemem. Poczucie koherencji uważane jest za metazasób, zarządzający innymi zasobami psychologicznymi, uruchamiający je, gdy są niezbędne lub prowadzący do wycofania się z sytuacji, gdy szanse powodzenia są nieznaczne (Heszen, Sęk, 2007). Przeprowadzone badania pokazują, że cechy osobowości stresowej są czynnikiem ryzyka podejmowania zachowań niekorzystnych dla zdrowia, jednak poczucie koherencji może modyfikować wpływ tych cech osobowości na styl życia. Dzieje się tak przede wszystkim w grupie chłopców, gdyż u dziewcząt to czynniki związane z negatywnymi emocjami mają dominujące znaczenie w kontekście zachowań zdrowotnych. Przypuszczalnie mężczyźni w większym stopniu opracowują poznawczo podejmowane działania (w tym zdrowotne), a szczególnie istotne jest przy tym przekonanie o sensie życia i celowości podejmowania jego wyzwań. Kobiety zaś kierują się w większym zakresie emocjami, a negatywna emocjonalność bezpośrednio ogranicza ich aktywność prozdrowotną. Ponadto powiązania zmiennych osobowościowych z aktywnością zdrowotną okazały się silniejsze u dziewcząt – przypuszczać można, iż u chłopców inne czynniki mogą w większym stopniu wpływać na styl życia, np. związane z wpływem społecznym.

Uzyskane dane warto przełożyć na język praktyki i włączyć w zakres programów profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży w celu zapobiegania zachowaniom ryzykownym i promocji zdrowego stylu życia. W programach tych powinno znaleźć się istotne miejsce dla interwencji kształtujących poczucie koherencji, a przede wszystkim przekonanie o sensowności życia. Nie może w nich także zabraknąć oddziaływań kształtuujących umiejętności radzenia sobie ze stresem, wyrażania negatywnych emocji i ćwiczeń budujących kompetencje społeczne. Programy promocji zdrowia powinny być prowadzone już na wczesnych etapach edukacji oraz obejmować także rodziców, których rola w kształtowaniu zarówno cech osobowości, jak i zachowań zdrowotnych dzieci jest kluczowa (por. Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011).

Bibliografia

- Denoellet J. (2005), *DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality*, „Psychosomatic Medicine”, 67, 89–97.
- Dolińska-Zygmont G. (2001), *Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne*, [w:] G. Dolińska-Zygmont (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław, 33–70.

- Gniazdowski A. (1990), *Zachowania zdrowotne a zdrowie. Podstawowe zależności*, [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, 59–81.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Juczyński Z. (1997), *Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych*, [w:] J. Łazowska, G. Dolińska-Zygmont (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*, Wydawnictwo AWF, Wrocław, 258–291.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Kolbowska A. (2008), *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] Raport końcowy z badań „Młodzież 2008”, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 3–28, <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf>, 20.07.2009.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993), *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego*, „Przegląd Psychologiczny”, 36, 491–502.
- Łuszczyska A. (2004), *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, GWP, Gdańsk.
- Mazur J., Woynarska B., Kołoło H. (2007), *Zdrowie subiektywnie, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/klient/files/hbsc/spis%20tresci.pdf>, 11.05.2009.
- Ng D. M., Jeffrey R. W. (2003), *Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults*, „Health Psychology”, 22 (6), 638–642.
- Oblacińska A., Woynarska B. (red.) (2006), *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, http://www.imid.med.pl/klient/file/zaklad08/zdro_01.pdf, 20.07.2009.
- Ogińska-Bulik N. (2009), *Osobowość typu D – teoria i badania*, Wydawnictwo WSHE, Łódź.
- Ogińska-Bulik N. (2010), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, Wydawnictwo AHE, Łódź.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008/2010), *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Pasikowski T. (2000), *Stres i zdrowie*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Sęk H. (2000), *Zdrowie behawioralne*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, GWP, Gdańsk, 533–553.
- Sierosławski J. (2007), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, IPiN, Warszawa, <http://www.narkomania.gov.pl/epidemiologia.htm>, 12.05.2009.
- Zadworna-Cieślak M., Gutowska-Wyka A. (2009), *Poczucie koherencji jako zasób sprzyjający zachowaniom zdrowotnym młodzieży – przesłanki dla zadań edukacyjnych i wychowawczych*, [w:] E. Przygoda, I. Chmielewska (red.), *Nauczyciele wobec wyzwań współczesności*, Wydawnictwo WSHE, Łódź, 107–120.
- Zadworna-Cieślak M., Kaflik-Pierog M. (2010), *Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 2, 140–153.

- Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N. (2011), *Podmiotowe i rodzinne uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Ziarko M. (2006), *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.

Magdalena Zadworna-Cieślak, Nina Ogińska-Bulik

Type D personality and sense of coherence as predictors of young people's health behaviour

The aim of this study was to establish whether the dimensions of type D personality – negative affectivity and social inhibition, and sense of coherence determine adolescents' health behaviours. The research was conducted on the group of 211 people – 96 boys and 115 girls aged 17–19 years ($M = 18.01$, $SD = 0.49$). The research tools were:

- Health Behaviours Inventory (IZZ), author: Z. Juczyński (2001);
- The scale to measure the type D personality DS-14, Author: J. Denollet, Polish adaptation of N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, J. Denollet (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009);
- Life Orientation Questionnaire (SOC-29), author: A. Antonovsky, Polish adaptation of J. Koniaruk, B. Dudek, Z. Makowska (1993).

In order to indentify variables that determine young people's health related behaviour regression analysis and structural modeling were used. The studies have shown that in the group of boys the direct indicator of health behaviour is the dimension of sense of coherence – a sense of meaningfulness, while in the group of girls – a type D personality dimension, which is negative affectivity.

Keywords: health behaviour, type D personality, sense of coherence (zachowania zdrowotne, osobowość typu D, poczucie koherencji).

Bogusław Borys
Zakład Psychologii Klinicznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Zasoby zdrowotne w psychice człowieka

Health resources in the human psyche

STRESZCZENIE

W każdym człowieku i w każdej z jego sfer (biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej) są zawarte określone zasoby (predyspozycje), które mogą uaktywnić się w konkretnych sytuacjach życiowych, wywołując proces w kierunku zdrowia lub choroby. W tym opracowaniu mowa będzie jedynie o zasobach, które są potencjalnymi nośnikami zdrowia i to wyłącznie w odniesieniu do sfery psychicznej człowieka. Zagadnienie psychicznych potencjałów zdrowia jawi się w kontekście zmian, które dokonały się i dokonują we współczesnej medycynie. Mowa tu przede wszystkim o holistycznym podejściu do człowieka, o aktualnie rozumianej koncepcji zdrowia oraz o pojawienniu się w medycynie salutogenetycznego modelu. Odpowiedzią psychologii na zmiany dokonujące się w medycynie jest powstanie nowego działu, jakim jest psychologia zdrowia. Problematyka psychicznych zasobów zdrowia jest jednym z istotnych zagadnień wspomnianego działu psychologii.

Forum Medycyny Rodzinnej 2010, tom 4, nr 1, 44–52

słowa kluczowe: zasoby zdrowia, psychika, psychologia zdrowia

ABSTRACT

Each person and each sphere of human life (biological, mental, social and spiritual) contains certain resources (predispositions) which may become apparent in specific life situations resulting in a process progressing towards health or illness. This paper addresses only those resources that are potential carriers of health and only those relating to the mental sphere of man. The issue of health potentials residing in our psyche appears in the context of changes that have occurred and continue to occur in modern medicine. This principally refers to the holistic approach to man, to the currently understood concept of health and the emergence of the salutogenic model in medicine. The new branch of psychology, health psychology, is the response of psychological sciences to the changes occurring in medicine. The issues of mental health resources is an essential focus of this new branch of psychology.

Forum Medycyny Rodzinnej 2010, vol. 4, no 1, 44–52

key words: health resources, psyche, health psychology

Adres do korespondencji:
dr hab. Bogusław Borys
Zakład Psychologii Klinicznej GUMed
ul. Tuwima 15, 80–210 Gdańsk
tel.: (58) 349 17 92, 0609 021 266
e-mail: b.borys@amg.gda.pl

WSTĘP

Fundamentem współczesnego pojmowania zdrowia jest definicja zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, która określa zdrowie jako „stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niedomagania”[1]. A zatem zdrowie to nie tylko brak choroby, jak często pojmowano je wcześniej, ale również „dobrostan”, czyli także, a może przede wszystkim pozytywny aspekt funkcjonowania człowieka — w różnych wymiarach. Sama definicja wymienia trzy wymiary, ale tak naprawdę chodzi o dobrostan całego człowieka, czyli jego wymiar fizyczny, umysłowy, emocjonalny, społeczny, duchowy i publiczny [2]. Nawiązując do pozytywnych aspektów zdrowia, można powiedzieć, że warunkiem zdrowia jest zaspokajanie swoich potrzeb w każdej ze wspomnianych wcześniej sfer jest osiąganie celów życiowych, rozwój w sferze organicznej i osobowościowej. Człowiek jest zdrowy, gdy może podejmować oraz wypełniać osobiste i społeczne zadania życiowe, gdy potrafi tworzyć więzi międzyludzkie i przezwyciężać trudności. W rezultacie tego wszystkiego ma poczucie fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego dobrostanu [3]. Zdrowie człowieka może być ujmowane w różnych kategoriach. Najczęściej traktuje się je jako: wartość, stan, dyspozycję i proces. W rozumieniu potocznym zdrowie traktowane jest przede wszystkim jako wartość. Ostatnio zdrowie często rozpatruje się w kategoriach procesu i nad tym warto się w tym miejscu przede wszystkim skoncentrować.

Rozumienie zdrowia jako procesu wiąże się przede wszystkim z pojawiением się we współczesnej medycynie modelu salutogenetycznego, który wiąże się z nazwiskiem Antonowsky'ego. W podejściu salutogenetycznym odchodzi się od dualizmu stanów — zdrowia i choroby. Stan bytowania człowieka jest w tym ujęciu jedną całością, swoistym kontinuum, od stanu pełnego zdrowia do

stanu głębokiej choroby kończącej się śmiercią. W ciągu całego swojego życia człowiek przesuwa się po tym kontynuum, niejako po lekko skośnej równi pochyłej ku końcowi życia (naturalny proces starzenia się), ale jednocześnie istnieje tu również inna dynamika. Nieustanne przesuwanie się w obydwiu kierunkach, czasem bardziej w kierunku pełnego zdrowia, a czasem w kierunku głębszej choroby. Takie podejście do człowieka sprawia, że medycyna jako nauka interesuje się nie tylko stanami chorobowymi człowieka, co było istotnym elementem podejścia patogenetycznego w medycynie, ale również jego zdrowiem i to od samego początku. W konsekwencji prowadzi to do bardzo poważnego traktowania szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej i różnych form promocji zdrowia. Te działania w medycynie tradycyjnej istniały, ale przede wszystkim nominalnie. Zdrowie jest więc zjawiskiem dynamicznym, którego funkcja polega na utrzymywaniu równowagi ciągle zakłócanej przez towarzyszące życiu ludzkiemu zróżnicowane sytuacje [4]. Codzienność obciąża człowieka określonymi wymaganiami, obowiązkami, rolami, które musi wypełniać. Niejednokrotnie musi stawać czoła konfliktom, rozwiązywać trudne problemy życiowe. Wszystko to są wymagania stawiane przez środowisko zewnętrzne, czyli codzienne sytuacje życiowe przeciętnego człowieka. Wiążą się jednocześnie z określonymi reakcjami środowiska wewnętrznego tej jednostki. Dotyczą zmian fizjologicznych, biochemicznych, immunologicznych, a także szeroko rozumianych reakcji psychicznych dotyczących sfery emocjonalnej, intelektualnej, motywacyjnej, osobowościowej. Człowiek, próbując utrzymać wspomnianą równowagę procesów życiowych, mimo stawianych przez codzienne życie wymagań, sięga do swoich potencjałów, czy zasobów zdrowotnych, które są w jego dyspozycji. Mowa tu o zasobach, szeroko rozumianych sfer — biologicznej, psychologicznej, spo-

łecznej i duchowej. W sferze biologicznej, od kodu genetycznego poczynając, do pełnego wyposażenia biologicznego nabytego w procesie bytowania konkretnej jednostki. W sferze psychicznej, od cech temperamentalnych do całej sfery osobowościowej, w zakresie cech intelektualnych oraz emocjonalnych, zarówno tych ukształtowanych przez środowisko społeczne, jak i tych wypracowanych przez jednostkę. Potencjały zdrowia zawarte są również w sferze społecznej w postaci określonych relacji z bliskim i szerskim kręgiem społecznym. Wreszcie zasoby zdrowotne tkwią również w sferze duchowej człowieka, dotykając pytań i odpowiedzi na temat sensu ludzkiej egzystencji, zagadnień kultury, światopoglądu, religii, moralności i tym podobnych. Przedmiotem zainteresowania tego opracowania są przede wszystkim zasoby zdrowotne zawarte w psychice człowieka.

PSYCHOLOGICZNE POTENCJAŁY ZDROWIA

W literaturze psychologicznej używa się zamiennie określeń „potencjały” lub „zasoby” zdrowia. Mówiąc najogólniej, pojęcia te wskazują na określone właściwości człowieka, jego organizmu biologicznego, psychiki, sfery duchowej, a także społecznej, którymi konkretna jednostka dysponuje lub może dysponować w celu ochrony i rozwijania zdrowia. A zatem są to pewne zasoby jednostkowe, które człowiek aktywizuje automatycznie lub w sposób świadomego, w określonych sytuacjach życiowych, w celu utrzymania równowagi organizmu, czyli zachowania lub rozwijania swojego zdrowia. Zagadnienie genetycznych czy szerzej rozumianych fizycznych zasobów zdrowia człowieka medycyna brała pod uwagę od dawna, nie budziło to najmniejszych zastrzeżeń. Natomiast pytanie o psychiczne pokłady lub potencjały zdrowia somatycznego nabralo sensu dopiero w wyniku przemian, które dokonały się i dokonują w ostatnich kilkudziesięciu latach w medycynie. Mowa tu przede

wszystkim o holistycznym podejściu do człowieka, a także pojawiению się chorób cywilizacyjnych z wyraźnymi uwarunkowaniami psychospołecznymi w ich etiologii. Okazało się, że psychika człowieka stanowi bardzo bogate źródło zasobów, czy też potencjałów zdrowia. Wśród nich ważną, chociaż nie najważniejszą, rolę odgrywają cechy osobowości związane z temperamentem. Temperament, jak wiadomo, wiąże się bezpośrednio z ośrodkowym układem nerwowym. Bazując na dotychczasowej wiedzy w tym zakresie, generalnie uważa się, że bardziej odporne na stres i wszelkiego rodzaju wyzwanie życiowe są osoby charakteryzujące się silnym, zrównoważonym typem układu nerwowego i jednocześnie małą reaktywnością. Jest to ważna, ale nie jedyna zależność. To, czy cechy temperamentalne bazujące na silnym, zrównoważonym i mało reaktywnym ośrodkowym układzie nerwowym stają się rzeczywistym potencjałem zdrowia, zależy również od kontekstu sytuacji i innych czynników psychospołecznych [5]. Na czoło osobistych potencjałów zdrowia wysuwają się jednak niewątpliwie cechy struktury Ja, które są centralnym regulatorem procesów adaptacji człowieka. Wśród nich wymienić trzeba takie cechy, jak: samoakceptacja wraz z pozytywną, ale i adekwatną samooceną, poczucie tożsamości, poczucie sprawstwa, poczucie kontroli i samokontroli, zwanej czasem wyuczoną zaradnością, poczucie własnej skuteczności, które jest wynikiem uczenia się społecznego. Istotnymi potencjałami zdrowia są też kompetencje życiowe jednostki, czyli umiejętności skutecznego rozwijywania zadań i oddziaływania na otoczenie. Do tej kategorii potencjałów zdrowia należą przede wszystkim kompetencje poznawcze, a wśród nich takie jak: inteligencja z elastycznością, refleksyjnością, nastawieniem twórczym, otwartością i abstrakcyjnością struktur poznawczych oraz kompetencje emocjonalne, zwane też inteligencją emocjonalną. Istotą inteligencji emocjonal-

nej jest zdolność do rozpoznawania, rozumienia i wyrażania emocji, ale także wykorzystywania ich oraz kierowania nimi w realizacji zadań życiowych i osiąganiu celów oraz radzeniu sobie z trudnościami.

Inną, bardzo ważną i rozbudowaną grupą potencjałów zdrowia w tym zakresie są umiejętności społeczne, szczególnie interpersonalne. Mówiąc najogólniej, kompetencje społeczne to: „złożone, niewerbalne i werbalne umiejętności, które warunkują skuteczność radzenia sobie z wieloma zadaniami życiowymi w różnych sytuacjach społecznych” [3]. Niewerbalne kompetencje interpersonalne to przede wszystkim podstawowa, prosta mimika, kontakt wzrokowy, wyrażanie intencji własnego przekazu modulacją głosu, gestu, mimiki, stosowanie odpowiedniego dystansu w kontaktach społecznych. Spośród werbalnych kompetencji komunikacyjnych należy zwrócić uwagę na stosowanie reguł jasnego, otwartego, bezpośredniego, spójnego komunikowania się, co ma szansę doprowadzić do porozumienia [3, 6]. Zasoby związane z umiejętnościami społecznymi mogą mieć charakter zarówno wrodzonych predyspozycji, jak i wyuczonych form funkcjonowania społecznego. Na pograniczu osobistych i społecznych potencjałów zdrowia znajduje się wsparcie społeczne jako zasób czy potencjał w zdrowiu lub chorobie. Wsparcie społeczne wynika z faktu przynależenia do określonych sieci społecznych charakteryzujących się jakąś bliskością, solidarnością, poczuciem przynależności, więzi i zobowiązania. Zestaw psychicznych potencjałów zdrowia, którymi dysponuje człowiek byłby niepełny, gdyby pominąć określone cechy osobowości, stanowiące istotne zasoby zdrowia. Wśród nich bardzo istotną cechą sprzyjającą utrzymaniu i rozwojowi zdrowia jest poczucie koherencji. Zdaniem Antonowsky’ego zarządza ono pozostałymi zasobami osobistymi człowieka w tym zakresie i stanowi w pewnym sensie „klucz do zdrowia”. Jest to względnie nowe

pojęcie w psychologii i w związku z tym prawdopodobnie mniej znane w kręgach osób nie zajmujących się profesjonalnie psychologią. Z tego powodu poczucie koherencji oraz inne, ważne w tej kategorii potencjały zdrowia zostaną omówione nieco szczegółowo.

Poczucie koherencji

Definicja Antonowsky’ego określa tę cechę jako: „globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1. bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wy tłumaczalny; 2. dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce oraz 3. wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [4, 7]. Mówiąc najkrócej, poczucie koherencji składa się z trzech istotnych elementów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności czy sterowalności i poczucia sensowności. Poczucie koherencji jest złożoną zmienną osobowośćiową, która posiada strukturę przekonań o świecie, wlasnej osobie i swoich relacji ze światem [3, 4].

Trudno byłoby rozpatrywać koncepcję poczucia koherencji w oderwaniu od podejścia salutogenetycznego Antonowsky’ego. Podłożem tej koncepcji jest zasadnicze pytanie: dlaczego ludzie, mimo że podlegają działaniu stresorów, pozostają zdrowi? Zdaniem Antonowsky’ego, normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest chwiejna równowaga lub jej brak. Człowiek, który w sposób naturalny narażony jest na nieustanne oddziaływanie stresorów reaguje na nie, i dostraja się do nich tak, aby zachować dynamiczną równowagę procesów życiowych na optymalnym dla siebie poziomie [7]. Poczucie koherencji — zdaniem Antonowsky’ego — wyznacza pozycję jednostki na biegunie „zdrowie–choroba”. Wynika

z tego, że jest to bardzo ważna zmienna odpowiedzialna za stan zdrowia człowieka. Poczucie koherencji u poszczególnego człowieka jest zmienną mierząną, dzięki skonstruowanym w tym celu kwestionariuszom [4]. Bazując na wynikach licznych badań okazuje się, że wysoki wynik w zakresie poczucie koherencji pełni funkcję skutecznego bufora chroniącego jednostkę przed negatywnymi dla zdrowia skutkami, mimo oddziaływaniami wielu stresorów [4].

Optymizm życiowy

Panuje dość powszechnie przekonanie, że optymizm życiowy generalnie sprzyja człowiekowi w życiu w ogóle — także w zakresie zdrowia. To popularne przekonanie, jak się okazuje, znajduje swoje uzasadnienie w wielu wynikach badań, które je jednoznacznie potwierdzają. W literaturze psychologicznej można znaleźć wiele definicji optymizmu. Niektóre bardziej eksponują skłonności jednostki do spostrzegania i wartościowania świata w kategoriach pozytywnych [2, 8]. Inne zwracają większą uwagę na oczekiwania raczej pomyślnych niż niepomyślnych zdarzeń w przyszłości [9]. Są też takie, które łączą te dwa aspekty, określając optymizm jako: „względnie trwałą tendencję do spostrzegania, wyjaśniania i oceniania świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwałą skłonność do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń jako raczej pomyślnych niż niepomyślnych” [10]. Różne są teorie dotyczące źródeł optymizmu. Jedna z nich, tak zwana regulacyjna teoria optymizmu zakłada, że ważnym motywem ludzkiej aktywności jest dążenie do osiągania wyznaczonych sobie celów, rozumianych jako pożądany dla jednostki stan rzeczy czy też istotna dla niej wartość. Jednym z mechanizmów regulacyjnych, decydującym o wyborze celów i ukierunkowaniu aktywności jest skłonność do optymizmu, którą w tym przypadku

określa się jako dyspozycyjny optymizm. Wyzwala on wiarę jednostki w to, że osiągnie wytyczony cel, a także pomaga w podjęciu decyzji o działaniu, natomiast w przypadku trudności, mobilizuje do kontynuacji podjętych wysiłków. Dyspozycyjny optymizm traktuje się jako względnie trwałą cechę osobowości, a zatem element uwarunkowany genetycznie. Większość autorów uważa jednak, że bardzo istotnym czynnikiem kształtowania dyspozycyjnego optymizmu są wczesnodziecięce doświadczenia człowieka. Jeżeli w tym okresie człowiek doświadczył przede wszystkim zdarzeń przewidywalnych i wzbudzających poczucie bezpieczeństwa, ten fakt ukształtował w nim postawę ufnosci wobec świata i ludzi oraz wiarę w możliwość poradzenia sobie w trudnych sytuacjach. Jak już wspomniano, optymizm pozytywnie koreluje z dobrym stanem zdrowia, co potwierdza wiele przeprowadzonych w tym zakresie badań. Na podstawie długofalowych badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych osoby o optymistycznym nastawieniu uzyskiwały lepsze wskaźniki w zakresie istotnych obszarów związanych ze zdrowiem. Mowa tu o takich wskaźnikach jak: aktywność i sprawność fizyczna, ogólna ocena zdrowia, witalność, mniejsze dolegliwości bólowe, pozytywne nastawienie emocjonalne, lepsze funkcjonowanie społeczne, ogólnie lepsza ocena stanu zdrowia psychicznego [10]. Optymizm sprzyja nie tylko zdrowiu, ale również wydłuża życie człowieka i sprzyja jakości życia. Badania w tym zakresie prowadzono w Holandii z udziałem grupy starszych osób w wieku 65–85 lat. Jak się okazuje, optymiści żyją dłużej, a ryzyko śmierci z powodów kardiologicznych jest u nich zdecydowanie niższe niż u pesymistów [11]. Optymizm życiowy pełni też buforową rolę dla negatywnych skutków stresu, co w efekcie przekłada się na lepszy stan zdrowia. Wiele wyników przeprowadzonych badań wskazuje na pozytywne oddziaływanie optymizmu w odniesieniu do układu immu-

nologicznego. Przykładem są między innymi badania Seligmana [12]. Optymistycznej postawie wyraźnie towarzyszył znaczący wzrost aktywności układu immunologicznego, co przejawiało się zwiększoną liczbą komórek cytotoksycznych, również u pacjentów nowotworowych. Pozytywny wpływ optymizmu na układ immunologiczny zaobserwowano również w badanych grupach osób starszych [13]. Na uwagę zasługuje również fakt, że u optymistów generalnie obserwuje się niższe stężenie kortyzonu, czyli tak zwanego hormonu stresu. Jak wynika z tych wszystkich doniesień, optymizm życiowy jest jednym z ważniejszych potencjałów zdrowia.

Poczucie własnej wartości

W literaturze psychologicznej można znaleźć różne definicje tego pojęcia. Jakubik [14] uważa, że poczucie własnej wartości to przekonanie o autonomicznej wartości własnej osoby i oczekiwanie jej potwierdzenia ze strony innych ludzi i od samego siebie. Wiąże się ono niewątpliwie z samooceną i to pozytywną. Poczucie własnej wartości jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka związanych z rozwojem struktury Ja. Samoocena odgrywa ważną rolę w regulacji zachowań człowieka. Jednostka musi uwzględnić własne możliwości, podejmując odpowiedzialnie, zwłaszcza zachowania nowe, trudne. Podstawą przewidywania skutków tych działań jest ocena własnych możliwości. Jeżeli samoocena jest pozytywna, ale adekwatna, wówczas człowiek reaguje, nawet w trudnych sytuacjach, względnie spokojnie. Jeżeli samoocena jest zawyżona lub zaniżona, wówczas jednostka wykazuje zwiększone zapotrzebowanie na informacje potwierdzające własną wartość. Informacje pozytywne wywołują emocje mobilizujące do dalszego działania. Informacje negatywne lub brak jakichkolwiek informacji wywołują lęk, przygnębienie, poczucie winy, zniechęcenie. Poczucie własnej wartości wiąże się z dobrym samopoczuciem. Jest też czyn-

nikiem niwelującym negatywne skutki stresu. W badaniach prowadzonych w tym zakresie zwraca się również uwagę nie tylko na poziom poczucia własnej wartości, ale również na jego stabilność. Wysokie, lecz niestabilne, poczucie własnej wartości powoduje często negatywne reakcje emocjonalne. Wyzwala gniew, wrogość. Jest to przejaw tak zwanego kruchego poczucia własnej wartości, co niejednokrotnie prowadzi do utraty zdrowia [15].

Poczucie własnej skuteczności

Jest to przekonanie jednostki, że jest zdolna do osiągnięcia zamierzonego celu w określonej sytuacji [16]. Przekonanie o własnej skuteczności kształtuje się zwykle na podstawie kilku sposobów. Na podstawie bezpośredniego doświadczenia własnego, doświadczenia pośredniego — poprzez obserwację innych ludzi, doświadczenia symbolicznego odwołującego się do przykładów innych osób lub poprzez określone stany fizjologiczne i wzbudzane emocje [16]. Poczucie własnej skuteczności wpływa na radzenie sobie ze stresem i w konsekwencji na zdrowie człowieka. Może mieć ono wpływ bezpośredni lub pośredni poprzez modyfikację postrzegania określonej sytuacji stresowej i wybór odpowiednich strategii radzenia sobie ze stresem, co zmniejsza negatywny wpływ stresu i w efekcie służy zdrowiu.

Umiejscowienie kontroli zdrowia

Rotter [17] wyróżnił ogólnie wewnętrzne i zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli daje podstawę do postrzegania określonego zdarzenia jako efektu własnych działań i osobistej nad tym kontroli. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli przypisuje to, co się dzieje czynom zewnętrznym, niepodlegającym kontroli konkretnej jednostki. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli kładzie nacisk na własny wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za to działanie, poszukiwanie odpo-

wiednich informacji w tym zakresie, uczenie się i podejmowanie autonomicznych decyzji. Ogólny konstrukt umiejscowienia kontroli odnosi się w szczególny sposób do umiejscowienia kontroli zdrowia. Przyjęto założenie że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wiąże się z przyjęciem większej odpowiedzialności za swoje zdrowie, co w konsekwencji dobrze służy zdrowiu. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia podzielono na dwa rodzaje. Mówiąc tu o wpływie innych na zdrowie człowieka lub też wpływie przypadku. W odniesieniu do zdrowego człowieka, tam gdzie chodzi o inicjowanie nowych zachowań zdrowotnych, wewnętrzna kontrola, bazująca na odpowiedzialności za własne zdrowie i inicjowanie określonych zachowań prozdrowotnych, jest zdecydowanie korzystniejsza dla zdrowia niż kontrola zewnętrzna, która bazuje przede wszystkim na wpływie innych i działaniu przypadku. Preferencja zewnętrznej kontroli — jak wynika z badań — zdecydowanie częściej występuje u osób przewlekłe chorych.

INTELIGENCJA EMOCJONALNA

Określenie „inteligencja emocjonalna”, autorstwa Saloveya i wsp. [18], pojawiło się w literaturze psychologicznej kilkanaście lat temu. Jest to zdolność spostrzegania, oceny i wyrażania emocji w trafny i przystosowany sposób. Jest to zdolność rozumienia emocji, ich wzbudzania i wykorzystywania do wspomagania aktywności poznawczej, a także zdolność do kontrolowania emocji własnych i innych ludzi. Składnikami inteligencji emocjonalnej są takie cechy, jak: świadomość własnych emocji, umiejętność ich nazywania, empatia, zdolność do kontroli własnych emocji, umiejętność motywowania siebie do aktywności, gotowość do współpracy i porozumiewania się z innymi, łagodzenie konfliktów interpersonalnych, a także tworzenie więzi emocjonalnych. Tak rozumiana inteligencja emocjonalna wpływa pozytywnie na skuteczność radzenia so-

bie z trudnymi sytuacjami, ze stresem, co w efekcie dobrze służy zdrowiu, nie tylko psychicznemu. Rozwijanie zdolności emocjonalnych i społecznych powinno być programem kształcania człowieka od najmłodszych lat, zarówno w domu rodzinnym, jak i środowisku szkolnym. W kontekście wspomagania własnego rozwoju i zdrowia ważna rolą przypada pozytywnym emocjom. Wyniki wielu badań wskazują na to, że właśnie takie emocje, jak radość, zadowolenie, zainteresowanie czy też sympatia i miłość są ważnym źródłem ludzkiej energii, co w efekcie służy zdrowiu człowieka, również zdrowiu somatycznemu [19].

Twardość (hardiness)

W polskiej literaturze psychologicznej używa się też niekiedy zamiennie określenia odporność. Pojęcie to wprowadzili Kobasa i wsp. [20] dla właściwości osobowościowej związanej z radzeniem sobie ze stresem. Na tę właściwość składają się trzy elementy: 1. zaangażowanie — wiara w to, że działanie podejmowane przez człowieka jest słuszne i ma sens; 2. kontrola — odpowiedzialne działanie; 3. wyzwanie — traktowanie trudnych sytuacji jako ciekawe wyzwanie, a nie w kategoriach nieszczęścia. Wymienione właściwości pozwalają człowiekowi uchronić się od choroby, nawet w sytuacjach doznawania silnego stresu. Twardość, podobnie jak inne wymienione tu potencjały zdrowia, jest cechą mierząną, stąd wiele badań w tym zakresie potwierdzających pozytywny wpływ na zdrowie człowieka również tej właściwości [21].

Prężność (resilience)

Istotą tej cechy jest zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowywania się do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. Pojęcie prężności wiąże się z podejściem zorientowanym na proces, w którym zdrowie traktuje się jako wynik równowa-

żenia wymagań i wzajemnego przeplatania się zasobów i deficytów. Prężność jest traktowana jako względnie trwały zasób jednostki, który pojawia się najczęściej w wyniku doświadczenia przez człowieka poważnych trudności i zagrożeń, w wyniku czego ta osoba jest niejako zmuszona do tworzenia i poszukiwania w sobie, a także wokół siebie, nowych zasobów czy potencjałów zdrowia. Osoby charakteryzujące się prężnością cechuje wyższy poziom optymizmu i wewnętrznego spokoju — odznaczają się one większą energią życiową [22]. Co interesujące w tym przypadku — prężność jest właściwością, którą można w sobie kształtać i rozwijać [23]. Henderson [24] podkreśla, że kształtowaniu i rozwojowi prężności służy kierowanie się wewnętrznym

mi zasadami, niezależnością, elastycznością, kreatywnością, chęcią uczenia się i zdobywania nowych doświadczeń, silną motywacją, poczuciem własnej wartości i kompetencji, a także duchowością.

PODSUMOWANIE

Na zakończenie można stwierdzić, że prodrowotna rola wszystkich wymienionych tu zasobów czy potencjałów zdrowia polega przede wszystkim na zwiększeniu skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami oraz wyzwalaniu pozytywnych emocji będących z natury swojej źródłem energii człowieka. Są to istotne elementy sprzyjające utrzymaniu równowagi wewnętrznej, a zatem zdrowia, mimo wyzwań, które stawia człowiekowi życie.

PIŚMIENNICTWO

- WHO Constitution. Geneva, WHO 1948.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2008; 17.
- Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 161: 163.
- Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia: praca zbiorowa. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1997: 21–39.
- Strelau J. Temperament. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; 683–719.
- Grzesiuk L., Trzebińska E. Jak ludzie porozumiewają się? Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.
- Antonowsky A. Rozwiązywanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Fundacja IPN, Warszawa 1995; 34.
- Czapíński J. Wartościowanie 0 — zjawisko inklinacji pozytywnej. Wydawnictwo Ossolińskich, Wrocław 1985.
- Scheier M.F., Carver C.S. Optimism, doping and health; assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 1985; 4 (3).
- Stach R. Optymizm. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Giltay E.J. Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death. *Arch. Int. Med.* 166; 206: 431–436.
- Seligman M. Optymizmu można się nauczyć. Media Rodzina, Poznań 2005.
- Kohut M., Cooper M.M., Nicolaus M.S., Russel D.R., Cunnink J.E. Exercise and psychosocial factors modulate immunity to influenza vaccine in elderly individuals. *Journal of Gerontology* 2002; 57: 557–562.
- Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
- Kernis M. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry* 2003; 14: 1–26.
- Bandura A. Self-efficacy; toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84: 191–215.
- Rotter J.B. Social learning and clinical psychology. Engelwood Cliffs. N.J. Prentice Hall 1954.
- Salovey P., Mayer J.D., Caruso D. Pozytywna psychologia inteligencji emocjonalnej. W: Czapíński J. (red.). Psychologia pozytywna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; 380–398.
- Isen A. Rola neuropsychologii w zrozumieniu korzystnego wpływu afektu pozytywnego na zachowania społeczne i procesy poznawcze. W: Cza-

- piński J. (red.). Psychologia pozytywna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; 284–302.
20. Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. Hardiness and health. A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 42: 839–850.
21. Cieślak R., Łuszczyska A. Związek twardości z dobrostanem i stresem w pracy. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 1: 79–103.
22. Fredrikson B. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden unbuild theory of positive emotions. *American Psychologist* 2001; 56: 218–226.
23. Reivich K., Shatte A. The resilience factor: 7 keys to discovering your inner strength and overcoming life's hurdles. Random House 2003.
24. Henderson N. Resiliency at school. C.A. Corvin Press 1996.

WALDEMAR ŚWIĘTOCHOWSKI, MARTYNA WAWRZKÓW

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

MOTYWACJA OSÓB DOROSŁYCH DO REALIZOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Streszczenie: Coraz częstsze występowanie chorób cywilizacyjnych sprawia, że istotnym zadaniem staje się konieczność kształcania zdrowego stylu życia oraz zachęcanie ludzi do podejmowania zachowań zdrowotnych. Badania pokazują, że sama świadomość korzyści wynikających z takiego stylu życia nie gwarantuje odpowiedniego poziomu motywacji do jego realizowania. Według koncepcji planowanego działania Isaaca Ajzena decydują o tym również normy subiektywne, postawa wobec zachowania i spostrzegany przez daną osobę poziom kontroli behawioralnej. Celem podjętych przez nas badań była weryfikacja modelu Ajzena w odniesieniu do zachowań zdrowotnych podejmowanych przez osoby dorosłe oraz odpowiedź na pytanie, czy wiek (m.in. w związku ze spadkiem wydolności organizmu, ale także specyfiką zadań rozwojowych) jest czynnikiem różnicującym poziom motywacji do zachowań zdrowotnych. W badaniu uczestniczyło 60 osób podzielonych na dwie grupy według kryterium wieku – wczesną i późniejszą dor-

słość. Zastosowaliśmy standardowe i oryginalne narzędzia badawcze: *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych*, *Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli*, *Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych* i *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych* – dwa ostatnie narzędzia w opracowaniu własnym. Wśród najistotniejszych wyników przeprowadzonych badań znajdują się dane wskazujące m.in. na to, że w grupie osób w okresie wczesnej dorosłości istotnym predyktorem podejmowania zachowań zdrowotnych są postawy wobec takich zachowań (wyjaśniają 55% wariancji wyników), natomiast w grupie starszej – postawy i wewnętrzne umiejscowienia kontroli, które wyjaśniają 35% zmienności wyników. Posiadanie takich informacji może okazać się pomocne przy tworzeniu programów zmiany nawyków zdrowotnych dla różnych grup wiekowych.

Słowa kluczowe: motywacja, zachowania zdrowotne, wczesna i późniejsza dorosłość, teoria planowanego zachowania, styl życia, zmiana zachowań.

WPROWADZENIE

Jak wynika z raportu GUS za 2015 rok, ponad 50% dorosłych Polaków uskarża się na przewlekłe dolegliwości zdrowotne. Współczesne nauki o zdrowiu dysponują szeroką wiedzą zarówno o przyczynach wielu tego rodzaju schorzeń, jak i o czynnikach im zapobiegających, a także redukujących ich niektóre następstwa. Wśród

Adres do korespondencji: Waldemar Świętochowski, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9000-0324>; Martyna Wawrzkow: martyna.wawrzkow@o2.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9816-4457>.

nich znaczącą rolę odgrywa styl życia, który kształtuje zdrowie w ponad 50%. Styl życia to strategia przejawiająca się w codziennej aktywności, której treścią mogą być zachowania zdrowotne, czyli zachowania oddziałujące w sposób bezpośredni lub pośredni na zdrowie człowieka. Wśród zachowań zdrowotnych możemy wyróżnić zarówno czynne działania prozdrowotne (np. regularne podejmowanie aktywności fizycznej), jak i bierne – niepodejmowanie i unikanie zachowań ryzykownych czy wręcz szkodliwych, jak np. palenie papierosów (Gaweł, 2003). Zaznacza się, że „promocja zdrowego stylu życia może wpływać na poprawę stanu zdrowia i spowodować ograniczenie zapotrzebowania na opiekę medyczną” (Wysocki, Miller, 2003, s. 506).

Pomimo tej wiedzy podejmowanie zachowań zdrowotnych nie jest powszechnie. Warto więc ustalić, co powoduje powściągliwość (a może niechęć) wielu ludzi do podejmowania aktywności zdrowotnej. Okazuje się bowiem, że sama wiedza o tym, co jest korzystne, nie stanowi wystarczającego motywu, aby takie zachowania realizować. W naszych badaniach wykorzystamy model Issaca Ajzena (1991), zakładający, że proces motywacyjny prowadzący do czynności realizacyjnych nie wynika tylko z wysokiego wartościowania celu, ale wymaga jeszcze spełnienia kilku dodatkowych warunków. Weryfikacja modelu Ajzena (1991) w odniesieniu do zachowań zdrowotnych jest więc pierwszym celem podjętych badań. Drugim celem jest odpowiedź na pytanie, czy wiek jest czynnikiem znaczącym dla poziomu motywacji i częstości podejmowania zachowań zdrowotnych. Uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania może okazać się pomocne przy tworzeniu modeli działań skutecznie zachęcających ludzi do realizowania w codziennej praktyce zdrowego stylu życia.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE

„Zachowania zdrowotne” to termin określający grupę zachowań związanych ze zdrowiem. W polskich publikacjach można spotkać się z takimi pojęciami, jak „działania zdrowotne”, „zachowania medyczne”, „zachowania sprzyjające zdrowiu”, „zachowania profilaktyczne” czy „praktyki zdrowotne”. Z kolei w pozycjach anglojęzycznych używa się terminów takich jak np. *health behaviour* (zachowania zdrowotne), *health related activities* (działalność związana ze zdrowiem) czy *wellness behaviour* (zachowania doskonalące zdrowie) (Ziarko, 2006). Helena Sęk (2000, s. 539) określa zachowania zdrowotne jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy o zdrowiu i subiektywnych przekonań – w istotnym związku ze zdrowiem”. Można wśród nich wyróżnić dwie grupy – zachowania prozdrowotne oraz zachowania antyzdrowotne. Pierwszą stanowią podejmowane intencjonalnie aktywności. Andrew Steptoe i wsp. (2010) wyszczególnili takie klasy zachowań prozdrowotnych, jak: unikanie używek, bezpieczeństwo komunikacyjne (używanie pasów bezpieczeństwa), zwyczaje żywieniowe (np. jedzenie odpowiedniej ilości warzyw i owoców), pozytywne praktyki zdrowotne (regularna aktywność fizyczna) i zachowania prewencyjne (badania profilaktyczne).

Do zachowań antyzdrowotnych należą m.in.: palenie tytoniu, częste korzystanie z używek, zaniedbywanie kondycji fizycznej, niezdrowe odżywianie czy zbyt mała ilość wypoczynku. Na zachowania zdrowotne składają się więc zarówno aktywne czynności (np. regularne podejmowanie aktywności fizycznej), jak i zachowania bierne – niepodejmowanie i unikanie zachowań ryzykownych czy wręcz szkodliwych.

Zachowania zdrowotne są kształtowane już od najmłodszych lat, głównie na drodze socjalizacji oraz wychowania. Ich dynamikę wyznaczają czynniki osobowościovie związane z jednostką oraz czynniki środowiskowe związane z otoczeniem, w którym człowiek żyje i funkcjonuje, m.in. wzorce występujące w środowisku rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym oraz informacje przekazywane przez mass media (Evans, 2006).

Pojęcie zachowań zdrowotnych jest złożonym konstruktem. Prowadzenie skutecznej działalności promującej zachowania zdrowotne wymaga posiadania wiedzy o wartościach zdrowotnych poszczególnych rodzajów zachowań, a także różnej motywacji do podejmowania aktywności fizycznej (Dolińska-Zygmunt, 2000).

MOTYWACJA DO PODEJMOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W TEORIACH PSYCHOLOGICZNYCH

Motywacją określamy gotowość do zachowania się w konkretny sposób (Franken, 2013; Rheinberg, 2006), która zaczyna się od pewnego rodzaju pobudek do danego działania, czyli motywów. W psychologii zdrowia obecnie wyróżnia się trzy typy modeli teoretycznych, które wyjaśniają przyczyny zainicjowania podjęcia zachowań zdrowotnych. Są to modele motywacyjne (skupiące się na zmiennych poznawczych prowadzących do sformułowania intencji), modele postintencjonalne (objaśniające czynniki, dzięki którym wzrasta prawdopodobieństwo wcielenia w życie podjętej sformułowanej intencji) oraz modele wyjaśniające czynniki wspierające utrzymanie podjętego zachowania zdrowotnego (Armitage, Conner, 2000). Podjęte i przedstawione w artykule badania oparto o model motywacyjny. Według Bandury o podjęciu konkretnego zachowania decyduje subiektywne przekonanie o tym, że „środki, jakimi podmiot dysponuje, umożliwiają przeprowadzenie zamierzonych zadań”, czyli poczucie skuteczności (Juczyński, 1998, s. 55). Wyksztalca się ono na podstawie bezpośrednich doświadczeń osoby (spostrzegania związków pomiędzy własnym postępowaniem i jego konsekwencjami), zarówno zakończonych sukcesem, jak i porażką. Jego źródłem bywają też doświadczenia związane z obserwacją innych, podobnych ludzi i wyciągane na tej podstawie wnioski, a także zachęty, perswazja i informacje zwrotne od innych osób oraz ocena własnego stanu fizjologicznego (Tavris, Wade, 1999). W odniesieniu do zachowań zdrowotnych poczucie skuteczności jest związane z przekonaniem osoby, że jest ona wystarczająco przygotowana do tego, by podjąć zachowanie prozdrowotne lub zrezygnować z jakiegoś zachowania antyzdrowotnego. Oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności jest więc czynnikiem pośredniczącym – wyznacza wybór danego zachowania oraz zainwestowanie wysiłku w podtrzymanie go (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara, 2009).

Wielu autorów uważa jednak, że samo poczucie skuteczności nie wystarcza do podjęcia zachowania. Ralf Schwarzer (1999) zakłada, że zachowania zdrowotne są wdrażane w wyniku bardziej złożonego procesu. W swoim procesualnym modelu podejścia do zachowań zdrowotnych wyróżnia dwie fazy działania zdrowotnego: fazę motywacyjną i fazę kontynuacji działania. Tę pierwszą stanowią czynniki oddziałujące na kształtowanie się intencji działania: spostrzegane zagrożenie zdrowia, oczekiwania odnoszące się do wyników działania oraz właśnie oczekiwana własna skuteczność w podjęciu danego działania zdrowotnego (Schwarzer, 2008). Podobnego zdania jest Grażyna Dolińska-Zygmunt (2000); ludzie najpierw zastanawiają się nad znaczeniem i ważnością jakiegoś zachowania, a dopiero następ-

nie analizują własne możliwości podjęcia go i kontynuowania. W fazie kontynuacji działania, określonej jako wolicjonalna, wyróżnia się trzy poziomy: poznawczy (związany z planowaniem i kontrolą działania), społeczny (charakteryzujący się doznawaniem wsparcia ze strony innych osób) oraz behawioralny (dotyczący wykonywanej czynności). W tej fazie centralne znaczenie w ułatwianiu realizacji stworzonego celu odgrywają plany działania, kontrola działania oraz wsparcie społeczne (Ziarko, 2006).

Problem motywacji do zachowań zdrowotnych podejmuje teoria uzasadnionego działania (*Theory of Reasoned Action*, TRA) Martina Fishbeina i Isaaca Ajzena (Ajzen, 1991). Zgodnie z nią realność podjęcia zachowania zorientowanego na cele zdrowotne w największym stopniu jest określona przez siłę intencji, czyli zamiaru wprowadzenia działania zdrowotnego. Podstawą teorii jest założenie, że przeważająca część zachowań człowieka jest pod jego wolicjonalną kontrolą a wykonanie bądź nie danego działania to tylko sprawa wyboru. Intencja jest wynikiem działania dwóch zmiennych: indywidualnej postawy wobec zachowania oraz spostrzeganych norm społecznych. Postawa wobec danego zachowania to nic innego jak pozytywne lub negatywne wartościowanie go. Jest ona wypadkową przekonania dotyczącego wyniku zachowania oraz jego oceny. W drugiej kolejności intencja zależy od norm subiektywnych, czyli przekonań danego człowieka o tym, co inni ludzie sądzą o konkretnym zachowaniu, a także od ich oceny możliwości wykonania tego zachowania. Można więc powiedzieć, że norma subiektywna jest pewnego rodzaju siłą społecznego nacisku, by urzeczywistnić dane zachowanie lub też zrezygnować z niego. Realność ukształtowania się intencji podjęcia zachowania będzie znikoma, jeżeli otoczenie społeczne jednostki (rodzina, przyjaciele) uzna, że nie warto takiego zachowania podejmować lub stwierdzi, że dana osoba nie ma do tego wystarczających kompetencji (Ziarko, 2006). Intencja jest więc wynikiem postawy człowieka wobec danego zachowania i istotnych norm subiektywnych. Przy wystąpieniu optymalnych okoliczności intencja zostaje wcielona w życie i zmieniona na zachowanie (Heszen, Sęk, 2007).

Teorię uzasadnionego działania uznano jednak za niewystarczająco wyjaśniającą zachowania, nad którymi ludzie nie mają wolicjonalnej kontroli. Przyczyniło się to do rozbudowania modelu o czynnik spostrzeganej przez daną osobę kontroli behawioralnej i stworzenia w ten sposób teorii planowanego zachowania (*Theory of Planned Behavior*, TPB) (Ajzen, 1991). Czynnik kontroli behawioralnej jest bardzo istotny, a jego rola rośnie w przypadku, gdy zmniejsza się rola kontroli wolicjonalnej. Co więcej, spostrzegana kontrola behawioralna oddziałyuje na podjęcie zachowania zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio poprzez kształtowanie intencji podjęcia zachowania. Zmienna ta wskazuje, jak silnie dana osoba uważa, że jest w posiadaniu zasobów wystarczających do realizacji danego zachowania. Spostrzegana kontrola określa, na ile człowiek uważa siebie za osobę dysponującą zasobami niezbędnymi do poradzenia sobie z napotykanymi przeszkodami zewnętrznymi (np. działania innych osób, zewnętrzne ograniczenia) czy wewnętrznymi (osobiste ograniczenia, przeżywane emocje, brak umiejętności) (Ajzen, 1991). Te przekonania jednostki co do posiadania kontroli i własnych kompetencji są wypadkową jej przeszłych doświadczeń dotyczących zachowania, doświadczeń innych osób oraz spostrzeganej trudności zachowania (Doll, Ajzen, 1992).

Teoria planowanego zachowania z powodzeniem jest stosowana w psychologii zdrowia. Wykorzystywana jest w odniesieniu do zachowań, takich jak wykonywanie ćwiczeń fizycznych, stosowanie diety prozdrowotnej, ograniczenie używek (alkohol,

papierosy) czy zachowania prewencyjne. Autorzy podkreślają jednak, że nie należy przewidywać konkretnego zachowania zdrowotnego, jak np. uprawiania ćwiczeń fizycznych, tylko na podstawie ogólnej postawy wobec prozdrowotnego stylu życia (Heszen, Sęk, 2007).

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A ETAPY DOROSŁOŚCI

Rozwój psychiczny człowieka trwa przez całe życie. Przejście z etapu adolescencji w dorosłość nie oznacza końca nauki, zdobywania nowych doświadczeń i modyfikacji poglądów.

Dorosłość jest rozumiana jako „ta część cyklu życia, która następuje po zakończeniu wzrastania i biologicznego dojrzewania organizmu do pełnienia wszystkich istotnych funkcji życiowych. Okres ten obejmuje lata 18–22 do późnej starości włącznie” (Tyszkowa, 1987, s. 65). W ciągu całego życia człowiek przechodzi kolejno przez wiele stadiów rozwoju, które różnią się przyjętymi granicami wiekowymi, obszarami rozwoju i zadaniami rozwojowymi warunkującymi przejście do kolejnego stadium. Trudno o jednoznaczne wskazanie granic wiekowych oddzielających poszczególne okresy rozwoju człowieka (Gurba, 2004). Wczesna dorosłość trwająca od około 18.–22. do 30.–35. roku życia to czas największej aktywności, spiętrzenia zadań i obowiązków wynikających z ambicji i „projektu na siebie”. Środkowa dorosłość, trwająca około trzydziestu lat, to czas poświęcanego na analizowanie swoich dotychczasowych osiągnięć, nierzaz przepelniony poczuciem, że wcześniejsze lata minęły zbyt szybko. Pojawiają się biologiczne zmiany świadczące o spadku wydajności organizmu, a zadaniami osób w tej grupie w odniesieniu do zdrowia jest umiejętne radzenie sobie ze zmianami w zakresie przemian fizjologicznych. Późna faza dorosłości rozpoczyna się przeważnie przełomowym momentem przejścia na emeryturę i łączy się z istotną zmianą trybu życia i percepcji własnej osoby. Okres senioralny, powyżej 61. roku życia, to zwykle czas sytuacji trudnych – przewlekła choroba, wielość schorzeń, śmierć współmałżonka, ale i nadających życiu nowy sens, takich jak angażowanie się w nowe role babci i dziadka czy rozwijanie nowych zainteresowań (Brzezińska, Appelt, Ziolkowska, 2006).

Między osobami reprezentującymi odmienne kategorie wiekowe mogą istnieć znaczne różnice w zakresie troski o zdrowie i jej przejawiania (Garncarek, 2017). Krystyna Dzwonkowska-Godula (2016) sugeruje, że w przypadku kobiet wiek różnicuje zarówno rozumienie zdrowia, jak i działania służące umacnianiu go; kobiety w wieku 20–37 lat pod pojęciem „zdrowego człowieka” rozumieją kogoś, kto nie cierpi na żadne poważne dolegliwości somatyczne i dodatkowo charakteryzuje się pozytywnym stanem psychicznym. Dla osób w średnim wieku (38–62 lata) zdrowie to również brak choroby i raczej dobre samopoczucie, a dla osób najstarszych (powyżej 63. roku życia) bycie zdrowym jest tożsame z diagnozą lekarską stwierdzającą brak choroby. W badaniu tej autorki najmłodsza grupa wiekowa deklarowała m.in. uprawianie różnych aktywności sportowych w trosce zarówno o swoje zdrowie, jak i wygląd ciała. W przypadku osób w wieku średnim do najczęściej praktykowanych zachowań zdrowotnych zaliczano leczenie zaistniałych chorób, korzystanie ze specjalistycznych porad, a także unikanie szkodliwych używek jak papierosy czy alkohol, natomiast najstarsi respondenci za najważniejsze zachowania zdrowotne uważały regularne wizyty u lekarza, częste badania i stosowanie się do zaleceń lekarskich (Dzwonkowska-Godula, 2016).

Można ogólnie stwierdzić, że wszystko to, co wyraźnie łączy się z wiekiem – zadaniami wynikającymi z roli społecznej, oczekiwania innego osoby, aktualnie podejmowane czynności, a także możliwości organizmu są ważnymi determinantami podejmowania zachowań zdrowotnych. Warto dodać, że w przytoczonych wcześniej badaniach osoby w wieku średnim najczęściej przyznawały się do niesystematyczności w podejmowanych zachowaniach zdrowotnych, którą tłumaczyły koniecznością łączenia wielu obowiązków (Garncarek, 2017). Osoby z tej grupy wiekowej, a zwłaszcza kobiety, zaliczane są do tzw. *sandwich generation* (ang. pokolenie kanapkowe). Pojęcie to wprowadziła Dorothy Miller (1981) dla określenia kobiet trzydziesto- i czterdziestoletnich, które poza dbaniem o swoje dorastające dzieci zajmują się również sprawowaniem opieki nad starzejącymi się rodzicami. W ten sposób osoby będące „pośrodku” zostają niejako oddelegowane do zajmowania się swoimi dziećmi, rodzicami i na końcu sobą – przeważnie w czasie, który został im po spełnieniu obowiązku opieki wobec najbliższych osób z rodziny.

PROBLEMATYKA BADAŃ

Zasadniczym celem podjętych badań była weryfikacja modelu Ajzena w odniesieniu do zachowań zdrowotnych podejmowanych przez osoby dorosłe oraz odpowiedź na pytanie, czy wiek (m.in. w związku ze spadkiem wydolności organizmu, ale także specyfiką zadań rozwojowych), jest czynnikiem różnicującym poziom motywacji do zachowań zdrowotnych. Przytoczone dalej badania dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem ujawniają ich wieloczynnikowe podłożę i zróżnicowanie, co pozwala na odnotowanie kilku ważnych kwestii.

Dolińska-Zygmunt (2000) stwierdziła, że zachowania zdrowotne częściej są podejmowane przez kobiety, które także częściej podejmują praktyki medycyny niekonwencjonalnej, dbają o zdrowe odżywianie i unikają używek. Mężczyźni zaś częściej dbają o zdrowie poprzez uprawianie sportu. Izabela Łukasik (2003) w badaniach dotyczących predyktorów zachowań zdrowotnych odnotowała wyraźny związek ($r = 0,66$) pomiędzy wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych, którym wykazuje się dana osoba, a jej poczuciem skuteczności. Bogusław Borys (2010) wskazuje na wewnętrzne poczucie kontroli, zaliczane do zasobów zdrowotnych w psychice człowieka, jako konstrukt związany z wzięciem na siebie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji i systematyczniej angażują się w aktywności prozdrowotne (Allison, 1991; Norman, Bennett, 1996, za: Juczyński, 2001). Do podobnych rezultatów nawiązuje w swoich badaniach Zygfryd Juczyński (2001), wykazując, że wymiar wewnętrznej kontroli zdrowia w grupie osób dorosłych sprzyja częstszemu angażowaniu się w zachowania zdrowotne.

Sęk (2000) dokonuje podziału zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem sytuacji zdrowotnej, w jakiej aktualnie znajduje się człowiek. Wyodrębnia zachowania w sytuacji zdrowia jak np. przyjmowanie szczepionek oraz zachowania w sytuacji choroby, takie jak np. pełnienie roli chorego i wypełnianie zaleceń lekarza. Zachowania z pierwszej grupy wydają się częściej praktykowane we wcześniejszych latach życia niż w późniejszych. Również ze względu na zachowania wynikające z pełnionej roli społecznej w różnych okresach wiekowych mogą pojawiać się inne zadania i inne wartości. Przykładowo rola matki czy ojca obligująca do opieki nad dzieckiem może aktywizować się w przejawianiu bardziej prozdrowotnych zachowań, np. karmieniu piersią, zaprzestaniu palenia, dbaniu o właściwie odżywianie siebie i dziecka (Sęk,

2000). Antonina Ostrowska (1997) stwierdziła, że wraz z wiekiem wzrasta u ludzi liczba kontaktów ze służbą zdrowia. Osoby starsze, będące w gorszej sytuacji zdrowotnej, kierują się w stronę leczenia pojawiających się chorób, sporadycznie raczej skupiając się na wzmacnianiu potencjałów zdrowia.

Cytowane wcześniej badania Dolińskie-Zygmunt (2000) wskazują, że wiek nie jest istotnym czynnikiem dla kształtowania nasilenia zachowań zdrowotnych, ani ogólnie, ani z uwzględnieniem poszczególnych ich rodzajów. Autorka wykazała również, że wiek nie różnicuje ocen samoskuteczności w podejmowaniu zachowań promujących zdrowie (samoskuteczność rozumieć należy jako przekonanie człowieka, że może on osiągnąć założony cel w danej sytuacji). Ponadto wykazano, że wiek nie rzuca na zróżnicowanie poczucia kontroli w obszarze zdrowia; owo poczucie kontroli jest jedną z trzech składowych oddziałujących na powstanie intencji podjęcia zachowania według koncepcji Ajzena (1991).

Wykorzystując zmienne zawarte w teorii planowanego zachowania sprawdzono, które z nich najsilniej oddziałują na podejmowanie zachowań zdrowotnych w dwóch grupach wiekowych – wczesnej dorosłości (przyjęto, że są to osoby w wieku 20–30 lat) oraz późniejszej dorosłości (osoby w wieku 40–65 lat). Czynniki, które zostały uwzględnione, to:

- postawa wobec danego zachowania (negatywne lub pozytywne wartościowanie go);
- normy subiektywne (przekonanie jednostki o tym, co inni ludzie sądzą o danym zachowaniu oraz jak oceniają możliwości sprostania mu);
- spostrzegana kontrola behawioralna (przekonanie jednostki, że ma wpływ na dane zachowanie oraz dysponuje odpowiednimi zasobami do jego realizacji).

Dokonany przegląd literatury pozwala na wysnucie następujących hipotez:

- H1: Zachowania zdrowotne współwystępują z czynnikami różnymi dla wieku: w grupie osób w okresie wczesnej dorosłości wzrost częstości podejmowania zachowań zdrowotnych zachodzi wraz ze wzrostem wartości subiektywnych norm dotyczących zachowań zdrowotnych; w grupie osób w okresie późniejszej dorosłości wzrost częstości podejmowania zachowań zdrowotnych zachodzi wraz ze wzrostem wartości postaw wobec zachowań zdrowotnych.
- H2: W obu badanych grupach czynnik wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia jest najsilniej związany z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych.
- H3: Częstość podejmowanych zachowań zdrowotnych jest większa u osób w okresie późniejszej dorosłości niż u osób w okresie wczesnej dorosłości.

PROCEDURA

Badanie miało charakter badania praktycznego z celowo-losowym doborem próby. Objęto nim osoby, które odpowiedziały twierdząco na pytanie: „Czy podejmuję Pan/Pani zachowania prozdrowotne?”, mieściły się w przedziale wiekowym 20–30 lub 40–65 lat oraz wyraziły zgodę na udział w badaniu. Badanie odbyło się na terenie miasta Łodzi, choć nie wszystkie osoby biorące w nim udział przebywały w tej miejscowości na stałe. Badanie przeprowadzono za pomocą metody papier–ołówek. Każda osoba, która wyraziła zgodę na wzięcie udziału w badaniu, otrzymała zestaw arkuszy, składający się ze strony powitalnej, wyjaśniającej cel badania, ankiety demograficznej oraz opisanych dalej kwestionariuszy. Czas badania to ok. 20–25 minut.

UCZESTNICY BADANIA

W badaniu wzięło udział 60 osób, odpowiednio po 30 osób w każdej z dwóch grup wyodrębnionych na podstawie wieku (20–30 i 40–65 lat). Grupę pierwszą, nazywaną grupą osób w okresie wczesnej dorosłości (lub młodszymi dorosłymi), stanowiły osoby w wieku 20–25 lat (21 osób) oraz 26–30 lat (9 osób). W grupie tej znalazło się 21 kobiet i dziewięciu mężczyzn. Biorąc pod uwagę wykształcenie, w trakcie edukacji było 11 osób, wykształcenie wyższe magisterskie zadeklarowało osiem osób, pięć osób odebrało wykształcenie wyższe zawodowe, po trzy osoby: wykształcenie średnie oraz inne, niewymienione w ankiecie, np. inżynierskie. Uwzględniając stan cywilny w grupie pierwszej uczestnicy badania zaznaczali następujące odpowiedzi: singiel (16 osób), związek niesformalizowany (12 osób) oraz związek małżeński (dwie osoby). Z grupy pierwszej 19 osób mieszka w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców, a 11 osób w mieście od 10 do 100 tys. Grupa druga to osoby będące w okresie średniej oraz późnej dorosłości, nazywane tutaj łącznie osobami w okresie późniejszej dorosłości (lub starszymi dorosłymi). Badani w tej grupie to osoby w wieku 40–45 lat (17 osób), 46–50 lat (osiem osób) oraz 51–65 lat (pięć osób). W grupie tej znalazło się 17 kobiet i 13 mężczyzn. Najliczniej były reprezentowane osoby z wykształceniem wyższym magisterskim (16) oraz średnim (10). Wykształcenie wyższe zawodowe zadeklarowały trzy osoby, a zasadnicze zawodowe jedna osoba. W związku małżeńskim pozostało 19 badanych z tej grupy, pięć osób w związku niesformalizowanym, cztery osoby są po rozwodzie, jedna osoba jest singlem i jedna osoba utraciła partnera/partnerkę. Większość grupy to mieszkańcy dużego miasta, 10 osób mieszka w mieście do 100 tys. mieszkańców, trzy osoby zamieszkują na wsi.

NARZĘDZIA

W badaniach zastosowano następujące metody kwestionariuszowe: *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych* (IZZ) Juczyńskiego (2009), badający stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne) w okresie ostatniego roku, *Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia* (MHLC), służący do badania przekonania dotyczącego zgeneralizowanych oczekiwów w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.: wewnętrznym (W), wpływu innych, np. personelu medycznego (I) oraz przypadku (P), *Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych KP-w-ZZ* oraz *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych T-NS-ZZ* (dwie ostatnie to metody własnej konstrukcji). Te dwie ostatnie metody zostaną opisane dokładniej.

Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych został stworzony w celu oszacowania siły postawy, rozumianej jako trwała, utrzymująca się przez dłuższy czas, ocena – pozytywna lub negatywna – ludzi, obiektów i idei (Eagly, Chaiken, 1993; Olson, Zanna, 1993, za: Aronson, Wilson, Akert, 1997). Od dawna przyjmuje się, że postawa składa się z kilku części (Breckler, 1984). Ten złożony konstrukt zawiera w sobie komponent emocjonalny, czyli reakcje emocjonalne wobec danego obiektu postawy, komponent poznawczy – myśli i przekonania o przedmiocie postawy oraz komponent behawioralny – dające się zaobserwować działania i zachowania wobec obiektu postawy (Aronson i in., 1997). Zgodnie z tym rozumieniem w *Kwestionariuszu Postaw*

wobec Zachowań Zdrowotnych znalazły się odpowiednio trzy podskale, po pięć pytań w każdej. Przeprowadzenie badań pilotażowych, w których umieszczone odpowiednio dopasowane treściowo twierdzenia, umożliwiło, za pomocą analizy czynnikowej, usunięcie ze zbioru itemów pytań najsłabiej powiązanych z pozostałymi, mierzącymi tę samą właściwość. Aby określić wewnętrzną strukturę skali, wykonano eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych.

Przystępując do określenia liczby składowych (wiązek pytań silnie korelujących ze sobą) wykonano Testy Kaisera-Mayera-Olkina i Bartletta. Miara K-M-O uzyskała satysfakcyjującą wartość 0,627. Za pomocą kryterium Kaisera wyodrębniono trzy czynniki, odpowiadające treściowo poszczególnym komponentom postawy: poznawczemu, behawioralnemu oraz emocjonalnemu. Analiza rzetelności narzędzia została przeprowadzona metodą α Cronbacha. Wartość tego współczynnika dla poszczególnych czynników postaw wyniosła: 0,729 dla komponentu poznawczego, 0,703 dla komponentu behawioralnego oraz 0,685 dla komponentu emocjonalnego. Po usunięciu odrzuconych pozycji wartość statystyki α Cronbacha dla całej skali wyniosła 0,782, co pozwoliło uznać tę wartość za dobrą, a samą skalę za wystarczająco rzetelne narzędzie pomiarowe. Kwestionariusz przewiduje udzielanie odpowiedzi na 5-stopniowej skali Likerta.

W analogiczny sposób stworzono *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych* – narzędzie do analizy norm subiektywnych dotyczących zachowań zdrowotnych osób dorosłych. Konceptualizacja pojęcia norm subiektywnych została oparta na teorii uzasadnionego działania (*Theory of Resoned Action*, TRA) oraz Teorii Planowanego Zachowania (*Theory of Planned Behavior*, TPB). Autorzy obu teorii uznają normy subiektywne za odzwierciedlenie wpływu społecznego. Jako wyznaczniki normy subiektywnej wskazują przekonania dotyczące oczekiwani osób znaczących oraz motywację do podporządkowania się tym oczekiwaniom (Doll, Ajzen, 1992).

Wyjściowa pula itemów została stworzona po zapoznaniu się z literaturą związaną z zachowaniami zdrowotnymi; poprawiona po konsultacjach z sędziami kompetentnymi, a po przeprowadzeniu badań pilotażowych wyselekcjonowano pytania najtrafniejsze. Odchylenia standardowe zmiennych mieściły się w zakresie od 1,13 do ok. 1,81. Za pomocą współczynnika „wyznacznik” oraz Miary Adekwatności Doboru Próby K-M-O testowano właściwości macierzy korelacji. Wartość wskaźnika wyniosła 0, co uznano za wynik znakomity. Z kolei miara K-M-O wyniosła 0,702, co uznano za bardzo dobry. Wewnętrzna struktura skali określono za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej głównych składowych. Wyróżniono dwa najsilniejsze czynniki wyjaśniające łącznie ponad 38% wariancji. Pierwszy czynnik dotyczący aktywności i zachowań charakteryzuje się współczynnikiem α Cronbacha równym 0,844, a czynnik drugi dotyczący odżywiania 0,678. Analiza rzetelności α Cronbacha dla całej skali wyniosła 0,795, co pozwoliło uznać *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych* za wystarczająco rzetelne narzędzie pomiarowe. Test przewiduje udzielanie odpowiedzi na 7-stopniowej skali kontinuum na zasadzie „suwaka” – wstawiają znak „x” w odpowiednie pole, wskazujące na natężenie którejs ze skrajnych odpowiedzi. Końce skali są wyznaczane przez skrajne odpowiedzi, np. „należy–nie należy”, „pomagają–nie pomagają”, do których osoba badana ma się ustosunkować, wybierając liczbę z przedziału od 1 do 7 (por. Wawrzków, 2018).

WYNIKI

Zasadniczym celem naszych badań była analiza motywacyjnych determinant podejmowania zachowań zdrowotnych.

Pierwsza seria analiz służyła weryfikacji hipotezy o różnicach w występującej współzależności pomiędzy częstością podejmowania zachowań zdrowotnych a normami subiektywnymi dotyczącymi tych zachowań oraz postawami wobec nich w dwóch grupach wiekowych. W tym celu posłużono się współczynnikiem korelacji *rho Spearmana*, którego wartość świadczy o sile związku pomiędzy badanymi zmiennymi.

TABELA 1

Analiza korelacji między postawami wobec zachowań zdrowotnych, subiektywnymi normami zachowań zdrowotnych a podejmowaniem zachowań zdrowotnych

Współczynnik korelacji <i>rho Spearmana</i>	Grupa osób w okresie wczesnej dorosłości	Grupa osób w okresie późniejszej dorosłości
	ZZ – Wynik ogólny	
KP-w-ZZ (Wynik ogólny)	0,74**	0,53**
KP-w-ZZ (Przekonania)	0,57**	0,00
KP-w-ZZ (Zachowania)	0,63**	0,49**
KP-w-ZZ (Uczucia)	0,66**	0,47 **
T-NS-ZZ (Wynik ogólny)	0,32	-0,20
T-NS-ZZ (Odżywianie)	0,27	-0,22
T-NS-ZZ (Aktywność)	0,20	-0,10

Adnotacja. KP-w-ZZ – Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych; KP-w-ZZ (Przekonania/Zachowania/Uczucia) – podskale Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych; T-NS-ZZ – Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych; T-NS-ZZ (Odżywianie/Aktywność) – podskale Testu Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych; ZZ – Zachowania Zdrowotne.

** Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Źródło: opracowanie własne.

W obu badanych grupach najbardziej znaczący związek zachowań zdrowotnych zaobserwowano z siłą postaw wobec tego rodzaju zachowań. Z badanych siedmiu współczynników istotne są aż cztery, każdy związany z postawami wobec zachowań zdrowotnych. Dotyczy to zarówno ogólnego wskaźnika siły postawy wobec zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych jej komponentów. Uzyskane współczynniki korelacji mają wartość dodatnią, co oznacza, że bardziej pozytywnym postawom wobec zachowań zdrowotnych towarzyszy częstsze ich podejmowanie. W grupie osób w okresie wcześniej dorosłości najwyższą istotność ma ogólna siła postawy wobec zachowań zdrowotnych oraz jedna z jej podskal – KP-w-ZZ (Uczucia), czyli komponent emocjonalny postawy. W grupie osób w okresie późniejszej dorosłości zaobserwowano słabszy związek między postawami wobec zachowań zdrowotnych, a ich podejmowaniem niż w grupie osób młodszych, co więcej nie wszystkie korelacje okazały się istotne statystycznie. W tej grupie najwyższą istotność również ma ogólna siła postawy wobec zachowań zdrowotnych oraz jedna z jej podskal – KP-w-ZZ (Zachowania), czyli komponent behawioralny postawy.

Normy subiektywne dotyczące zachowań zdrowotnych w obu badanych grupach wykazują słabą zależność z podejmowaniem zachowań zdrowotnych.

Kolejna analiza służyła weryfikacji hipotezy o występującym związku między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w obu badanych grupach.

*TABELA 2
Analiza korelacji między wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a podejmowaniem zachowań zdrowotnych*

	IZZ – wynik ogólny	Grupa osób w okresie wczesnej dorosłości (<i>N</i> = 30)			Grupa osób w okresie późniejszej dorosłości (<i>N</i> = 30)		
		MHLC-W	MHLC-I	MHLC-P	MHLC-W	MHLC-I	MHLC-P
Korelacja Pearsona		0,12	-0,11	0,04	0,27	-0,46	-0,11
Istotność (dwustronna)		0,531	0,548	0,824	0,148	0,812	0,556

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości nie zaobserwowano istotnego związku między wymiarami umiejscowienia kontroli nad zdrowiem a częstością podejmowania zachowań zdrowotnych; podobnie w grupie osób w okresie późniejszej dorosłości także nie stwierdzono istotnych korelacji między wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a podejmowaniem zachowań zdrowotnych.

Kolejna hipoteza dotyczyła porównania badanych grup pod względem częstości podejmowanych zachowań zdrowotnych. Wyniki uzyskane za pomocą *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych* zaprezentowano w tabeli 3.

*TABELA 3
Porównanie średnich wartości wybranych zmennych między badanymi grupami*

Zmienne	Grupa osób w okresie wczesnej dorosłości (<i>N</i> = 30)		Grupa osób w okresie późniejszej dorosłości (<i>N</i> = 30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Zachowania zdrowotne – wynik ogólny	82,27	9,71	84,87	10,73	-0,984	0,329
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,45	0,78	3,73	0,58	-1,611	0,113
Zachowania profilaktyczne	3,39	0,54	3,39	0,55	0,007	0,994
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,55	0,51	3,67	0,57	-0,875	0,385
Praktyki zdrowotne	3,49	1,04	3,35	0,65	0,624	0,535

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że między osobami w okresie wczesnej dorosłości i osobami w okresie późniejszej dorosłości nie występują istotne statystycznie różnice w zakresie podejmowania zachowań zdrowotnych. Brak różnic między grupa-

mi stwierdzono zarówno w ogólnym poziomie stosowanych zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, podejmowania zachowań profilaktycznych, posiadania pozytywnego nastawienia psychicznego oraz stosowanych praktyk zdrowotnych.

PODSUMOWANIE I DYSKUSJA

Przeprowadzone badania w odpowiedzi na postawione pytanie o główne czynniki motywujące ludzi dorosłych do podejmowania zachowań zdrowotnych dostarczyły informacji o kilku ważnych kwestiach.

W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości (20–30 lat) bardzo silnie związane z podejmowaniem zachowań zdrowotnych są postawy wobec takich zachowań. Dotyczy to zarówno ogólnego wskaźnika siły postawy, jak i poszczególnych jej komponentów. Uzyskane wartości korelacji mają wartość dodatnią, co wskazuje na współwystępowanie pozytywnych postaw wobec zachowań zdrowotnych i częstsze, aktywne podejmowanie tych zachowań. W grupie osób w okresie późniejszej dorosłości zaobserwowano także związek między postawami wobec zachowań zdrowotnych a ich podejmowaniem, jednak nie wszystkie korelacje okazały się istotne statystycznie. Umiarkowane korelacje dodatnie stwierdzono między ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych a siłą postawy oraz dwoma jej komponentami: behawioralnym i emocjonalnym. Natomiast bez znaczenia dla podejmowania zachowań zdrowotnych przez starszych dorosłych okazał się komponent poznawczy postawy. Przedstawione wyniki sugerują, że istnieją pewne różnice w postawach wobec zachowań zdrowotnych w badanych grupach osób. Informacja ta jest ważna, ponieważ ujawnienie takiego związku może okazać się istotne przy tworzeniu programów modyfikacji zachowań – zarówno indywidualnych, jak i grupowych. Ponadto z wiedzy tej skorzystać może wielu specjalistów: psycholog, pedagog, nauczyciel, lekarz, dietetyk, fizjoterapeuta i inni.

W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości za bardziej znaczący czynnik uznano subiektywne normy dotyczące zachowań zdrowotnych, w grupie osób w okresie późniejszej dorosłości – rolę taką miały pełnić postawy wobec zachowań zdrowotnych. Jednak postawa wobec zachowań zdrowotnych okazała się najważniejszą zmienną, pozwalającą przewidywać częstość praktyk zdrowotnych w obydwu grupach osób badanych.

Oznacza to, że pozytywne postawy wobec zachowań zdrowotnych sprzyjają podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Na podstawie tych wyników można wnioskować, że postawy wobec zachowań zdrowotnych pełnią decydującą rolę. Warto więc kształtować takie postawy u dzieci już od najmłodszych lat, by w okresie dorosłym każda osoba była świadoma i brała na siebie odpowiedzialność za swoje zdrowie, a utrzymanie go było samo w sobie pozytywną gratyfikacją. Edukacja prozdrowotna docenia już tę ważną kwestię, jaką jest kształtowanie odpowiedzialnych postaw wobec zdrowia, nie tylko własnego, lecz także społecznego (Böhner, Wänke, 2004).

Badając normy subiektywne jako czynnik współzależny z podejmowaniem zachowań prozdrowotnych dodatkowo postanowiono sprawdzić, czyje oceny w tej kwestii są dla osób badanych najważniejsze. Otrzymane wyniki ankiety wypełnionej przez uczestników badania wskazują, że istnieją istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami pod względem znaczenia, jakie wywierają konkretne osoby na posiadanie i siłę owych norm. Na osoby w okresie wczesnej dorosłości najsilniej oddziałuje

zdanie i opinia rodziców, rodzeństwa, partnera/partnerki oraz najbliższego przyjaciela/przyjaciółki. Z kolei osoby będące w okresie późniejszej dorosłości najsilniej motywują opinia współmałżonka/współmałżonki oraz swojego potomstwa. Wiedza ta pozwala na poszerzenie zakresu działań promujących podejmowanie zachowań prozdrowotnych przez włączenie osób ze środowiska domowego i najbliższego otoczenia, z uwzględnieniem konkretnych osób mogących wspomóc jednostkę w realizacji tych zadań.

W zakresie wymiarów kontroli zdrowia obie grupy wskazywały najczęściej na wewnętrzne umiejscowienie kontroli nad zdrowiem, najrzadziej zaś na przypadek czy los jako główną determinantę zdrowia. Uzyskane wyniki istotnie nie potwierdziły wyników badań cytowanych wcześniej (Dzwonkowska-Godula, 2016; Garncarek, 2017), w których to uwidocznioło się zróżnicowanie w zakresie troski o zdrowie i przejawianych zachowań ze względu na wiek. Jedynie wyniki surowe pozwalają zauważać minimalne różnice przede wszystkim w częstości podejmowanych zachowań zdrowotnych należących do różnych kategorii. Przykładowo osoby w okresie wczesnej dorosłości częściej stosują w codziennym życiu praktyki zdrowotne, a osoby w okresie późniejszej dorosłości mają bardziej pozytywne nastawienie psychicznie i nieco mocniej dbają o prawidłowe nawyki żywieniowe. Ciekawym faktem jest wynik o jednakowo częstych zachowaniach profilaktycznych w obu badanych grupach. Niewykluczone, że wyniki mogłyby okazać się inne przy większej liczebności próby. Dlatego też pod rozwagę poddać należy przeprowadzenie podobnych badań na większej liczbie osób badanych oraz uwzględnienie różnych etapów życia człowieka. W badaniach takich należałoby też kontrolować więcej zmiennych socjodemograficznych, takich jak zawód wykonywany przez uczestników badania, ich stan zdrowia oraz ewentualne przebyte poważne urazy lub kontuzje. Wydaje się jednak, że relacjonowane badania, pomimo ich dość ograniczonego zasięgu, mogą dostarczyć znaczących informacji osobom zawodowo związanym z ochroną zdrowia i mogą wspomóc specjalistów przy programowaniu działań profilaktycznych czy ustalaniu planów modyfikacji zachowań, ponieważ zdrowie każdego z nas jest uwarunkowane głównie indywidualnymi zachowaniami, które pozwalają je utrzymać, wzmacnić i przywrócić.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Armitage, C.J., Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15, 173–189. doi: 10.1080/08870440008400299.
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Böhner, G., Wänke, M. (2004). *Postawy i zmiana postaw*. Gdańsk: GWP.
- Borys, B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4(1), 44–52. https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/10105.
- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191–1205. doi: 10.1037//0022-3514-47.6.1191.
- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziolkowska, B. (2006). *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: GWP.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Doll, J., Ajzen, I. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of

- planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 754–765. doi: 10.1037/0022-3514.63.5.754.
- Dzwonkowska-Godula K. (2016). Postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swojego wyglądu i zdrowia (s. 231–337). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Evans, W.D. (2006). How social marketing works in health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7551), 1207–1210. doi:10.1136/bmj.332.7551.1207-a.
- Franken, R.E. (2013). *Psychologia motywacji*. Gdańsk: GWP.
- Gaweł, A. (2003). *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Garncarek, E. (2017). Zachowania prozdrowotne kobiet młodych, w średnim wieku i starszych. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 60, 201–217. doi: 10.18778/0208-600X.60.13.
- Gromulska, L., Piotrowicz, M., Cianciara, D. (2009). Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63, 427–432. <http://www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl/wlasna-skutecznosc-w-modelach-zachowan-zdrowotnych-oraz-w-edukacji-zdrowotnej?lang=pl>.
- Główny Urząd Statystyczny (2015). *Notatka informacyjna, Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancowpolski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>.
- Gurba, E. (2004). Wczesna dorosłość. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2. Warszawa: WN PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54–63.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Łukasik, I.M. (2003). *Predykatory zachowań zdrowotnych*, Ann UMCS Sect D, Lublin – Polonia 2003, vol. LVIII, supl. XIII: 154, 273–278. http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/styl_zycia/tom2/lukasik.doc.
- Miller, D.A. (1981). The ‘sandwich’ generation: adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419–423. <https://www.jstor.org/stable/23712207>.
- Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 4, 7–24.
- Rheinberg, F. (2006). *Psychologia motywacji*. Kraków: WAM.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 115–127. doi: 10.1177/135910539900400208.
- Schwarzer, R. (2008). modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
- Steptoe, A., Gardner, B., Wardle, J. (2010). The role of behaviour in health. W: D. French, A. Kaptein, K. Vedhara i in. (red.), *Health psychology* (s. 12–32). Oxford: BPS Blackwell.
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (t. 3, s. 533–553). Gdańsk: GWP.
- Tavris, C., Wade, C. (1999). *Psychologia. Podejście oraz koncepcje*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Tyszkowa, M. (1987). Rozwój człowieka dorosłego w świetle wybranych koncepcji teoretycznych psychologii. *Oświata Dorosłych*, 2, 65–73.
- Wawrzków, M. (2018). Motywacja do podejmowania zachowań zdrowotnych w okresie wczesnej i późniejszej dorosłości. Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, praca niepublikowana.

- Wysocki, M.J., Miller, M. (2003). Paradymat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505–512. <http://www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl/pobierz-artykul?id=566>.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

ADULTS' MOTIVATION TO IMPLEMENT HEALTH BEHAVIORS

Abstract: More and more frequent occurrence of civilisational diseases has made it necessary to shape healthy lifestyle as well as to encourage people to practice health behaviors. Studies show that awareness of the benefits of such lifestyle itself does not guarantee the adequate level of motivation to pursue it. According to Isaac Ajzen's theory of planned behavior it is subjective norms, an attitude towards behavior and a perceived behavioral control that affect motivation. The aim of our research was to verify the Aizen's model in relation to health behaviors undertaken by adults, and to answer the question whether age (e.g. due to the decrease of body condition, but also the specificity of developmental tasks) is a factor which differentiates the level of motivation for health behaviors. The study included 60 people divided into two groups – early and late adulthood. We used conventional and

original research tools: *Health Behaviors Inventory*, *Multidimensional Health Locus of Control*, *Questionnaire for Attitudes towards Health Behaviors* and *Test of Subjective Norm for Health Behaviors* – the latter two methods are of our own authorship. Among the most important results of the conducted research are the data indicating that an important predictor of health behaviors in the group of early adulthood are attitudes towards such behaviors (they explain 55% of the variability). At the same time, in the older group the significant variables are both attitudes and internal locus of control, which explain 35% of the variability of results. This information can be helpful when creating programs for changing health habits in different age groups.

Keywords: motivation, health behavior, early and late adulthood, theory of planned behavior, lifestyle, behavior change.

Magdalena Chodak (1), Łukasz Barwiński (2)

AUTOAGRESJA JAKO FORMA RADZENIA SOBIE ZE STRESEM - PRZEGŁĄD ZAGADNIEŃ

SELF-AGGRESSION AS A FORM OF COPING WITH STRESS - A REVIEW OF ISSUES

(1) Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ, Kraków

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

(2) Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Dyrektor Instytutu: dr hab. Małgorzata Kossowska, prof. UJ

Streszczenie

Niniejszy przegląd ma za zadanie spojrzenie na zjawisko autoagresji jako możliwą formę radzenia sobie ze stresem psychologicznym. Model salutogenezy sformułowany przez Antonowskiego stał się punktem wyjścia do analizy zachowań tradycyjnie uznawanych za autodestrukcyjne z nieco innej perspektywy. Dokonano próby integracji zagadnień związanych z rozumieniem i funkcjami zachowań o charakterze autoagresji oraz zjawiskiem stresu psychologicznego i sposobami radzenia sobie z nim. Autoagresja została potraktowana jako specyficzna forma radzenia sobie ze stresem i na takiej funkcji zachowań autoagresywnych się skoncentrowano. Analizy dokonano w oparciu o podejście funkcjonalne, eksponując pytanie „po co osoba angażuje się w zachowanie o charakterze autoagresji”. Rozważania niniejsze stały się punktem wyjścia do stworzenia modelu badawczego, w ramach którego dokonano próby empirycznej weryfikacji założeń przedstawionych poniżej.

Abstract

In this report a review of self-aggression as a possible form of coping with stress was made. Salutogenic model formulated by Antonovsky became a basis for the analysis of the behavior, traditionally described as an auto-destructive one, from a different perspective. It was tried to integrate issues concerning understanding and functions of self-aggressive behavior with issues of psychological stress and coping forms. Self – aggression was conceptualized as a specific form of coping. The analysis was focused on a functional approach which emphasizes the question “why do people self-mutilate”. Moreover, current review become a starting point to create a research model for an empirical verification of assumptions made below.

Słowa klucze: autoagresja, radzenie sobie, poczucie koherencji, zachowanie impulsywne

Keywords: self-aggression, coping, sense of coherence, impulsive behavior

Wprowadzenie

Zjawisko autoagresji, jakkolwiek przyjmuje rozmaite formy, jest problemem od dawna interesującym zarówno badaczy jak i klinicystów. Charakter zachowań noszących znamiona samouszkodzeń stanowi bowiem dość poważny problem ze względu na ryzyko związane z powstaniem nierzadko głębokich szkód dla zdrowia u dokonujących je osób. Co więcej, problem ten rodzi wśród zajmujących się nim profesjonalistów liczne kontrowersje związane jest bowiem z celowym i świadomym zadawaniem sobie przez jednostkę ran i okaleczaniem

ciała. Często niezrozumiałe wydawać się mogą motywy kierujące postępowaniem osób autoagresywnych. Szkodliwość dokonywanych samouszkodzeń przybiera tym bardziej na znaczeniu, gdy weźmie się pod uwagę doniesienia o tym, iż co najmniej 5% osób dokonujących samookaleczeń popełnia w końcu samobójstwo [1]. Czynienie wysiłków w stronę dokładnego opisu oraz zrozumienia zjawiska autoagresji staje się zatem jedyną drogą umożliwiającą poznanie specyfiki funkcjonowania psychospołecznego osób dotkniętych omawianym problemem. Jednocześnie jest to jedyny sposób aby wdrażać skuteczne programy oddziaływań terapeutycznych.

Autoagresja może być rozpatrywana z perspektywy skutków jakie ze sobą niesie z pominięciem możliwych intencji osoby jej dokonującej i funkcji jakie spełnia takie właśnie zachowanie. Jednakże podejście skoncentrowane wyłącznie na szkodliwych konsekwencjach samouszkodzeń nie pozwala na pełne zrozumienie tego problemu. Okazuje się bowiem, że samouszkodzenia poza oczywistymi negatywnymi skutkami w postaci ran, blizn czy innych zniszczeń organizmu mogą pełnić swoiste pozytywne funkcje. Niejednokrotnie bowiem autoagresja staje się sposobem na redukcję napięcia, walkę z trudnymi sytuacjami, radzeniem sobie z różnymi stresorami czy komunikowaniem innym przeżywanych przez osobę problemów i cierpienia psychicznego (np. [2, 3, 4, 5]). Z całą pewnością zidentyfikowanie wszystkich możliwych funkcji jakie pełnić mogą zachowania o charakterze samouszkodzeń oraz ich poznanie stanowi poważne wyzwanie dla badaczy i specjalistów zajmujących się udzielaniem pomocy w takich sytuacjach. Tym bardziej zasadne wydaje się dokładanie starań aby dotrzeć do jak najbardziej podstawowych, pierwotnych źródeł tego typu zachowań. Zadanie to jest trudne między innymi z powodu konieczności przełamania schematu myślenia o zdrowiu i prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Autoagresja może być bowiem pojmowana z jednej strony jako zachowanie jawnie destrukcyjne, z drugiej zaś okazuje się, że można spojrzeć na zjawisko to jako niezwykle specyficzną próbę utrzymania wewnętrznej spójności czy integralności osoby [5]. Niewątpliwie przełamanie paradygmatu patogenetycznego i rezygnacja z niego znacznie ułatwia dostrzeżenie w autoagresji wszystkich jej aspektów. Jednocześnie wydaje się, iż perspektywa salutogenetyczna sformułowana przez Aarona Antonowskiego [6] może otworzyć przed badaczami możliwość na zupełnie inne spojrzenie na samouszkodzenia, ich mechanizmy i funkcje niż dotychczas. Koncentracja na czynnikach ochronnych zdrowia oraz analiza autoagresji przez ich pryzmat ukazać może zupełnie odmienne oblicze samouszkodzeń. I chociaż nie sposób zapomnieć, iż osoba dokonująca samookaleczeń niewątpliwie krzywdzi swoje ciało zadając sobie ból oraz rany, łatwiej będzie dzięki temu szukać źródeł, motywów oraz funkcji tych i innych zachowań o charakterze autodestrukcyjnym.

Autoagresja – prezentacja zjawiska

W pracach poświęconych problematyce autoagresji występuje 27 różnych nazw odnoszących się do omawianego zjawiska a określenia, takie jak samouszkodzenia, samookaleczenia czy samoniszczenie są właśnie tymi, które pojawiają się najczęściej [7]. Co prawda, poszczególni autorzy pod nazwami tymi często rozumieją nieco odmienne przejawy zachowań autodestruktynych, tym niemniej, przyjęto za Babiker i Arnold [8] zamienne ich stosowanie zachowując jednak świadomość subtelnych różnic. Również pojęcie autoagresji, skądinąd termin o bardzo szerokim zakresie znaczeniowym, traktowane będzie zamiennie na określenie omawianych zachowań autodestruktynnych.

Pojęcie samouszkodzeń jako kategorii psychopatologicznej odmiennej i odrębnej od samobójstwa po raz pierwszy wprowadził Karl Menninger w latach trzydziestych XX wieku [9]. Badacz ten definiował celowe okaleczanie własnego ciała jako „częściową” formę samobójstwa, swoisty kompromis pomiędzy wzajemnie wykluczającymi się popędami życia i śmierci ostatecznie umożliwiający przetrwanie jednostki. Pisał on wręcz, iż zachowania o

charakterze autoagresji stanowią swoją „ocenzurowaną” formę samobójstwa [3]. Na przestrzeni lat postrzeganie autoagresji ewoluowało jednak w kierunku bardziej stanowczego i wyraźnego odróżnienia tej formy zachowania od samobójstwa. Rozróżnienie to wynika bowiem z fundamentalnej odmienności pomiędzy samouszkodzeniem a zamachem samobójczym. Wyraża się ona w tym, że samouszkodzenie stanowi kontynuację zmagań jednostki z cierpieniem i problemami, których doświadcza, podczas gdy samobójstwo jest niczym innym jak desperacką próbą definitywnego odcięcia się od dotychczasowej linii życiowej. Dodatkowo zwraca się uwagę na negatywny charakter aktów samobójczych, podczas gdy samouszkodzenia, w specyficznych warunkach, mogą być rozpatrywane jako zachowania o walencji pozytywnej, samozachowawcze czy obronne [2]. Taki sposób pojmowania autoagresji stanowi punkt wyjścia dla omawiania tego zjawiska w niniejszym artykule. Autoagresja zostanie przedstawiona z perspektywy podkreślającej polimotywacyjny charakter zachowań realizowanych przez jednostkę, jako obronny środek radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz sposób redukcji powstającego napięcia.

Trudno o jednoznaczną i ostateczną definicję autoagresji. Babiker i Arnold [8] proponują aby za samouszkodzenia uznawać każdy akt polegający na intencjonalnym zadawaniu bólu albo ran swemu ciału nie mający jednak doprowadzić do śmierci (jak to jest w przypadku samobójstwa). Suchańska [9, 10], z kolei, formułując definicję autoagresji kładzie nacisk na jej charakterystykę behawioralną pisząc, iż za autoagresję uznać możemy zachowania dobrowolne i celowe, podejmowane mniej lub bardziej refleksyjnie, doprowadzające do powstania zagrożenia dla zdrowia jednostki. Są to zatem zachowania o wyraźnie autodestrukcyjnym charakterze. Zachowania autodestruktywne z bardziej ogólnej perspektywy definiuje Kubacka-Jasiecka [3] podkreślając, iż są to zachowania dobrowolne (dowolne) pośrednio lub bezpośrednio stanowiące zagrożenie dla zdrowia emocjonalnego, społecznego bądź fizycznego jednostki. Widać zatem wyraźnie, iż do kluczowych kryteriów autodestruktywności aktów autoagresji należy po pierwsze *intencja* powiązana z dobrowolnością oraz świadomością podejmowanych działań. Przyjmować ona może różne formy zawarte pomiędzy biegunami autoagresji intencjonalnej do nieintencjonalnej. Drugie kryterium stanowi *stopień szkodliwości* danego zachowania, mieszczący się w zakresie od bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia do aktów jedynie pośrednio lub nawet potencjalnie zagrażających. Szkodliwość może być zatem wyrażana w postaci natychmiastowych i wprost zagrażających skutków zachowania autodestruktynego aż do odległych, potencjalnych zagrożeń.

Zachowania autodestruktywne można podzielić na dwie podstawowe grupy: kulturowe oraz dewiacyjne [7]. Do zachowań kulturowo usankcjonowanych należeć będą między innymi takie jak przekłuwanie uszu, rytualne uszkodzenia skóry, tatuowanie ciała, i inne. Cechą wspólną tej kategorii zachowań jest cywilizacyjny czy kulturowy kontekst ich podejmowania [11]. Wiele z takich czynności ma swoje silnie zakorzenione podłożę kulturowe czy symboliczne i stanowi nieodłączny element życia społecznego danej zbiorowości ludzi [12]. Takie formy autoagresji nie będą przedmiotem niniejszego artykułu – są one bowiem społecznie akceptowane a wręcz kulturowo wymuszane. Samouszkodzenia tego typu bywają ściśle powiązane z ustaloną strukturą społeczną i są dokonywane jako realizacje atrybutów przypisanych do konkretnych ról społecznych. Szczególnie interesujące z punktu widzenia psychiatrii i psychologii są samookaleczenia o charakterze dewiacyjnym. Favazza [13] pisze, iż są to akty intencjonalnego wyrządzania krzywdy własnemu ciału pozbawione jednak intencji samobójczej. Podobnie definiują samouszkodzenia dewiacyjne Winchel i Stanley stwierdzając, że są to czyny podejmowane przez jednostkę bez udziału i pomocy ze strony innych ludzi, uszkadzające lub zagrażające zdrowiu z wykluczeniem czynów o intencji samobójczej lub związanych z pobudzeniem seksualnym [7]. Analizując charakter zachowań autoagresywnych Favazza dokonał podziału samouszkodzeń o

charakterze dewiacyjnym na kolejne trzy podkategorie: samouszkodzenia wielkie, stereotypowe oraz umiarkowane. Samouszkodzenia wielkie występują rzadko i związane są z poważnymi i często rozległymi uszkodzeniami ciała. Przykładami zachowań takich są m.in. dokonywanie autokastracji, amputacje palców lub kończyn, wykluwanie oczu, powodowanie rozległych i głębokich oparzeń, inne. Często związane są one ze współwystępującą chorobą psychiczną bądź intoksycacją substancjami psychoaktywnymi. Samouszkodzenia stereotypowe natomiast cechują się powtarzalnymi wzorcami zachowania przyjmującego często formę symboliczną bądź rytmiczną. Najbardziej powszechnymi przykładami są uderzanie głową w ścianę, wyłamywanie palców lub wbijanie sobie palców do oczu. Znacznie częściej niż pozostałe formy autoagresji współwystępują z zaburzeniami o charakterze organicznym w szczególności z zaburzeniami z kręgu autyzmu oraz upośledzeniem umysłowym. Ostatnią podkategorią są samouszkodzenia umiarkowane. Występują one najczęściej i dotyczą pojedynczych lub powtarzających się zachowań w formie dokonywania płytowych nacięć ostrymi narzędziami, przypalania skóry, rozdrapywania ran, zadawaniu sobie ciosów czy wyrywaniu włosów. Są to samouszkodzenia stwarzające relatywnie niewielkie zagrożenie dla powstania poważnych obrażeń ciała, często występują jednak przewlekle.

W tym miejscu, kiedy przedstawiono już podstawowe definicje zjawiska autoagresji należy zatrzymać się nieco nad wspomnianymi wcześniej *umiarkowanymi (moderate)* przejawami autoagresji. Zostały podzielone one na dwie podstawowe podkategorie – samouszkodzenia kompulsywne oraz samouszkodzenia impulsywne [13, 14]. Te ostatnie zaś również podzielono na kolejne dwie formy: epizodyczną oraz nawracającą. Samouszkodzenia umiarkowane należą do tych przejawów zachowań autodestruktywnych, które spotyka się najczęściej i które budzą relatywnie duże zainteresowanie badaczy oraz terapeutów. Z uwagi na największączęstość ich występowania stanowią bowiem problem wymagający refleksji, adekwatnego opisu oraz stworzenia narzędzi badawczych umożliwiających jak najpełniejsze ich zrozumienie oraz wyjaśnienie ich źródeł. Kategoria *samouszkodzeń kompulsywnych* dotyczy zachowań, które polegać będą na wielokrotnym, powtarzającym się i występującym codziennie lub niemal codziennie wyrywaniu włosów (trichotillomania), rozdrapywaniu skóry oraz powstałych ran czy też wyciskaniu skóry. Przyjmują one formę działań zrytualizowanych lub zautomatyzowanych, podejmowanych zwykle bez większej refleksji w sposób nawykowy, nawracający. Samouszkodzenia kompulsywne, mające u podłożu rozładowanie lub obniżenie napięcia czy też ochronę przed zagrażającymi z punktu widzenia jednostki wydarzeniami, podejmowane są często jako wyuczona, przymusowa reakcja organizmu na stresory dnia codziennego [7]. Jednostka angażująca się w tego typu działania nie ma pełnej kontroli nad ich inicjacją oraz przebiegiem, a ich nie wykonanie rodzi uczucie lęku i niepewności stając się dodatkowym źródłem napięcia wewnętrznego. Wyróżniającą cechą wydaje się więc samonapędzający charakter tej formy autoagresji. Zablokowanie czynności lub nawet próba powstrzymania się wzmagana napięcie wzmacniając przymus dokonania aktu autoagresji. Samouszkodzenia kompulsywne współwystępują często z zaburzeniami obsesyjno – kompulsywnymi [14]. Przeciwnie, *samouszkodzenia impulsywne* dokonywane są na skutek zadziałania określonego bodźca lub bodźców, mogących przyjmować często charakter stresowy. Nie obserwuje się tu jednak przymusowego i automatycznego przebiegu zachowania. W dużo większym stopniu działania te są świadomie i celowo inicjowane przez jednostkę, ma ona również większą kontrolę nad podejmowanymi czynnościami. W zależności od formy jaką przyjmują samouszkodzenia impulsywne, dzieli się je na zachowania epizodyczne, jednorazowe, specyficzne dla konkretnej sytuacji oraz nawracające, w których wyodrębnić można pewien schemat działania, sekwencje czynności etc. Niejednokrotnie epizody, pojawiając się coraz częściej, przeradzają się w ukształtowany wzorzec zachowania zmieniając swoją postać na nawracającą, chroniczną. Najbardziej

niebezpiecznym zjawiskiem towarzyszącym samouszkodzeniom nawracającym jest swoiste wpisanie tych zachowań w tożsamość jednostki, w jej naturalne działanie [14]. Postrzega ona wtedy akty autoagresji jako oczywisty i skuteczny sposób na walkę z napotykanyimi trudnościami, który dodatkowo zinternalizowała i w pełni zaakceptowała. Warto zaznaczyć, iż osoba dokonująca samouszkodzeń epizodycznych, nie postrzega siebie jako „agresora” wobec samej siebie [15]. Dopiero samouszkodzenia nawracające związane są z uzyskaniem przez jednostkę wglądu w podejmowane działania i identyfikację siebie jako osoby autoagresywnej [13]. Do przejawów samouszkodzeń impulsywnych zalicza się na przykład płytkie przecinanie skóry ostrymi narzędziami, przypalanie, bicie się lub zadawanie ciosów.

Brak jest jednoznacznie stwierdzonych wielkości i zasięgu występowania zjawiska autoagresji w populacji ogólnej. Comer [15] pisze o rozpowszechnieniu pomiędzy 750-1400 na 100000 mając na myśli samouszkodzenia umiarkowane. Favazza [13] podaje wartości 400-1400 na 100000, z kolei, Babiker i Arnold [8] przytaczają badania Tantama i Whittakera mówiące, iż co najmniej 1 na 600 osób autoagresywnych wymaga interwencji lekarskiej oraz hospitalizacji spowodowanych przez wynikłe z samookaleczeń uszkodzenia ciała. Briere i in. stwierdzili, że 11% studentów choć raz w życiu miało epizod związany z autoagresją, mianowicie z zadawaniem sobie ran ciętych [8]. Skegg [1] podaje, że 5-9% nastolatków z krajów rozwiniętych przejawia zachowania o charakterze samouszkodzeń. Wreszcie Carr [16] donosi, że w populacji generalnej osób w wieku 19-32 lat ponad 15% osób choć raz dokonało jakiegoś samookaleczenia. Choć zatem podanie ostatecznej liczby osób uwikłanych w zachowania autodestruktywne nie jest możliwe można spodziewać się, iż 1-10% przejawia tego typu zachowania w ciągu życia. Interesujących obserwacji dokonał Whalen [7] odnośnie autoagresji impulsywnej (głównie epizodycznej). Podaje on, że, poza metodami mieszanymi (78%), najczęściej występują cięcia – 72%, kolejno pojawiają się przypalanie, oparzenia 35%, uderzanie się, bicie siebie 30%, rozdrapywanie ran, ingerowanie w proces gojenia uprzednich obrażeń 22%, wyrywanie włosów 10%, łamanie kości 8%. Co więcej, osoba autoagresywna dokonująca samouszkodzeń przeciętnie dokonuje co najmniej 50 aktów samoakaleczeń od pierwszego tego typu epizodu do czasu gdy tendencje autoagresywne zaczynają słabnąć wraz z wiekiem.

Warto w tym miejscu przybliżyć też sylwetkę typowej osoby zaangażowanej w samouszkodzenia. Określenie typowego przedstawiciela jest rzecz jasna uproszczeniem i swoistym uogólnieniem, z którym niekoniecznie musimy mieć do czynienia stykając się z problemem autoagresji [15]. Tym niemniej, można wyodrębnić pewne cechy najczęściej powiązane z występowaniem samookaleczeń. Whalen [7] powołując się na Favazzę i Conterio przedstawił taką „zbiorową” sylwetkę osoby autoagresywnej opierając się o najczęściej pojawiające się cechy. Pisze, iż najczęściej jest to kobieta pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, posiadająca pewną, kilkuletnią już historię tego typu zachowań, należąca do klasy średniej lub wyższej, najczęściej inteligentna oraz wykształcona. Prawdopodobnie jest to osoba, która w dzieciństwie doświadczyła ze strony swojego otoczenia fizycznej bądź seksualnej przemocy, wielokrotnie była świadkiem nadużywania alkoholu, zaniedbywana wychowawczo. Ponadto często jako dziecko chorowała, być może była hospitalizowana oraz poddawana różnym interwencjom medycznym. Charakterystyczne wydaje się również, iż osoba taka bywa i/lub była niezadowolona z siebie, miała trudności w kontroli emocji oraz ich adekwatnej ekspresji. Co ważne, wśród osób autoagresywnych zazwyczaj występuje dość wysokie podobieństwo profilu osobowości przyjmującego cechy histeryczne, socjopatyczne oraz elementy osobowości z pogranicza [3]. Pomimo jednak, iż autoagresja częściej obserwowana jest u kobiet – 60-97% osób autoagresywnych to kobiety [np. 13,17] – nie należy zapominać, że dotyczy również mężczyzn. Wśród tej części populacji znacznie częściej samouszkodzenia występują wśród więźniów, gdzie czynniki subkulturowe związane z gloryfikacją odporności na ból, „męskością” wywierają ogromny wpływ na osadzonych

mężczyzn [8]. Występowanie samouszkodzeń wśród więźniów związane jest też z próbami manipulowania personelem penitencjarnym oraz długością i trybem odbywania kary pozbawienia wolności. Ponadto warto zwrócić uwagę, iż chociaż u mężczyzn autoagresja pojawia się rzadziej niż u kobiet, przyjmuje w ich przypadku znacznie poważniejsze formy a obrażenia, jakie sobie oni zadają cechują się zazwyczaj stwarzaniem wyższego poziomu zagrożenia dla zdrowia jednostki.

Źródła i funkcje autoagresji

Autoagresja jest zjawiskiem o zdecydowanie polimotywacyjnym charakterze. Wśród podstawowych motywów leżących u źródeł podejmowania przez jednostkę samouszkodzeń Kubacka-Jasiecka wymienia: regulowanie poziomu napięcia wewnętrznego poprzez jego obniżanie, gdy jest postrzegane przez jednostkę jako zagrożenie lub podnoszenie poziomu pobudzenia (stymulowanie); radzenie sobie z trudnymi stanami emocjonalnymi jak lęk, złość czy niepokój; przywracanie poczucia kontroli i panowania nad sytuacją; wzmacnianie poczucia tożsamości; komunikowanie otoczeniu odczuwanego odrzucenia i wyobcowania; zagłuszanie cierpienia psychicznego tzn. zamiana bólu i cierpienia psychicznego na nieprzyjemne doznania fizyczne [3].

Badania Wycisk [18] pokazują, że motywami podawanymi przez osoby dokonujące samookaleczeń są najczęściej dążenie do rozładowania napięcia oraz radzenie sobie z silnymi i/lub trudnymi emocjami: radzenie sobie z przytłaczającymi „negatywnymi” emocjami (20%); pokonywanie napięcia wewnętrznego (18%); radzenie sobie ze złością skierowaną na siebie (9%) oraz na innych (9%). Dodatkowo badani podawali m.in. dostarczanie sobie intensywnych bodźców i pokonywanie nudy (11%), komunikowanie innym swojego cierpienia (9%), próba zaimponowania otoczeniu (9%), ciekawość, poczucie kontroli nad własnym ciałem i inne (5-6%).

Rozważając psychologiczne funkcje autoagresji, zasadnym wydaje się rozdzielenie ich na dwie podstawowe grupy: funkcje społeczne oraz osobiste [19]. Społeczne funkcje samouszkodzeń związane są z relacjami jednostki z innymi ludźmi i dotyczą wszystkich możliwych dla niej korzyści płynących z tychże relacji. Jednocześnie, aby korzyści takie mogły się pojawić, autoagresja niosąca owe funkcje musi być widoczna dla otoczenia, np. w postaci blizn. Funkcje osobiste, z kolei, dotyczą korzyści psychologicznych niezależnych od otoczenia społecznego. Najczęściej wiążą się one z poprawą samopoczucia, rozładowaniem napięcia, podniesieniem komfortu psychicznego – jakkolwiek dziwnie może to zabrzmieć. Rzecz jasna uzyskanie gratyfikacji w postaci lepszego samopoczucia nie musi być tożsame z samym aktem autoagresji ale z pojawiającymi się po jego dokonaniu emocjami czy subiektywnym poczuciem odprężenia.

Mechanizmy psychologiczne autoagresji

Poszukując psychologicznych wyjaśnień zjawiska autoagresji można odwołać się niemalże do każdego z funkcjonujących w ramach psychologii paradygmatów – od psychodynamicznego zaczynając a na fenomenologicznym kończąc. Można szukać wyjaśnień zachowań autodestruktywnych w klasycznej teorii „frustracji–agresji” Dollarda – Millera, która zakłada, iż agresja jest zawsze poprzedzona frustracją a każda frustracja prowadzi do agresji [20]. W wypadku zaś samouszkodzeń mamy do czynienia z odwróceniem kierunku bodźców agresywnych z otoczenia na samego siebie. Ponieważ jednak autoagresja powoduje oczywiste negatywne konsekwencje dla podejmującego ją podmiotu jest w ujęciu tej koncepcji zjawiskiem szczególnym i wyjątkowym. Z zachowaniem samoniszącym będziemy mieć do czynienia jeśli zostanie spełniony jeden z dwóch warunków [14]: 1) autoagresja będzie zachowaniem przemieszczonym, które pierwotnie skierowane było na zewnątrz ale z powodu przeszkód (np. zagrożenia poważną karą) uległo zahamowaniu lub 2) źródło frustracji

jednostka subiektywnie widzieć będzie w samej sobie. Odwołując się do powyższej koncepcji należy zwrócić jednak uwagę na pewien istotny element. Klasyczna teoria agresji Dollarda – Millera będzie zakładać w tym wypadku, iż każde zachowanie autodestruktywne ma podłożę agresywne. Tym samym należałoby stwierdzić, że każdy akt autoagresji ma na celu skrzywdzenie się albo ukaranie się. Suchańska [9] podkreśla jednak, iż nie należy mylić celu ze skutkiem zachowania autoagresywnego, dlatego też krzywda wyrządzana sobie podczas danego zachowania nie jest jednoznaczna z wystąpieniem intencji skrzywdzenia siebie. Przeciwnie, skutek ten wielokrotnie jest „produktem ubocznym” a nie podstawowym i na pewno nie jedynym motywem podejmowania tego typu działań. Tym samym wyjaśnienie, jakie proponuje koncepcja „frustracji–agresji” – skądinąd całkiem użyteczna w odniesieniu do agresji w ogóle – w przypadku zachowań autodestrukcyjnych nie jest wystarczające.

Warto wspomnieć o koncepcjach eksponujących mechanizm regulacji emocji jako kluczowy dla powstawania autoagresji. Funkcjonowanie emocji wydaje się bowiem dość specyficzne dla osób samookaleczających się, szczególnie jeśli chodzi o zmniejszenie lub brak umiejętności radzenia sobie z emocjonalnym napięciem. Favazza [13], na przykład, traktuje samouszkodzenia jako formę uwolnienia się od przeżywanego gniewu. Gniew ten może mieć źródło zarówno w jednostce jak i w otoczeniu, tym niemniej rodząca się razem z nim agresja skierowana jest na siebie jako „bezpieczna” forma wyrażenia silnych emocji. Dzięki temu jednostka nie musi podejmować potencjalnie zagrażającej konfrontacji z otoczeniem społecznym. Podejście to kładzie dość duży nacisk na brak typowych umiejętności kontroli impulsów emocjonalnych u osoby autoagresywnej, ściśle związanej ze swoistymi niedostatkami, niepozwalającymi na konstruktywne oraz adekwatne rozładowanie gniewu. Podobnie działał będzie inny mechanizm wymieniany przez Favazzę – mechanizm rozładowania napięcia oraz lęku [13]. W tym wyjaśnieniu, z kolei, kluczowe jest przywrócenie równowagi funkcjonowania systemu ciało-umysł, które nie następuje w sposób naturalny, a jedynie poprzez zachowania autodestrukcyjne (np. nacinanie skóry).

Wycisk [14] wymienia jeszcze mechanizmy przerwania stanu dysocjacji oraz unikania bólu psychicznego. Obcość oraz nierealność zarówno otoczenia jak i własnego ciała stają się istotnymi czynnikami sprzyjającymi samouszkodzeniom. Ponadto doznawanie bólu fizycznego zamiast cierpienia psychicznego występuje tu jako zastępca formy przeżyć jednostki. Kolejny raz jednak okazuje się, iż osobie autoagresywnej brakuje umiejętności radzenia sobie z lękiem, żalem albo bezradnością – łatwiej wtedy o decyzję aby właśnie za pomocą samookaleczeń zmienić przedmiot postrzeganego cierpienia, albo wręcz przywrócić je do stanu przeciwnego. Umiejscowienie bólu w obrębie własnego ciała daje taką możliwość. Kubacka-Jasiecka [3], z kolei, wymienia takie mechanizmy zachowań autodestruktywnych jak deficyty siły ego - brak lub niedostatek umiejętności albo cech stanowiących stabilizatory bezpiecznego zachowania oraz przetrwania; zaburzony wzorzec dbania o siebie; pragnienie ucieczki od samoświadomości - redukcja emocji negatywnych powstających na skutek poczucia małej wartości; chęć ucieczki od sytuacji symbolizującej odrzucenie; ograniczenie przeżywania do „tu i teraz” - stosowanie doraźnych strategii w celu uzyskania satysfakcji lub redukcji bólu psychicznego oraz niedostrzeganie bardziej odległej perspektywy.

Pojęcie stresu psychologicznego i radzenia sobie – aktywność jednostki wobec stresu

Pojęcie stresu w znaczeniu, jakim posługuje się nim psychologia nie stanowi obecnie określenia jedynie naukowego – wyraz „stres” na dobre zdominował się w języku potocznym. Pomimo tego trudno oczekwać, aby zjawisko to mogło mieć jednolite i sprecyzowane znaczenie, co obserwuje się zarówno na gruncie psychologii jak i w rozumieniu nienaukowym.

Niezwykle interesująca wydaje się koncepcja stresu Stevana Hobfolla, która zalicza się do tzw. relacyjnych koncepcji stresu. Przedstawił on ją w swojej teorii zachowania

zasobów [21]. Przyjął za punkt wyjścia, iż najbardziej podstawowym i ogólnym celem działań jednostki jest zdobywanie, utrzymywanie oraz ochrona różnych, atrakcyjnych z jej punktu widzenia obiektów, zwanych przez Hobfolla zasobami. Stresory będą zatem wpływać na działania ludzi zmierzające w kierunku zdobywania lub ochrony owych zasobów. Co więcej, ludzie cechują się właściwością „kultywowania” zasobów nawet wtedy, gdy w danym momencie nie doświadczają stresu [21]. Wydaje się zatem, że kluczem do zrozumienia strategii reagowania na stres jest antycypacyjne działanie zaradcze, polegające na przewidywaniu przez jednostkę możliwych zagrożeń związanych z potencjalną utratą zasobów.

Radzenie sobie (*coping*) dotyczy tych wszystkich działań jednostki, jakie uruchamiane są w celu pokonania trudności związanych ze zjawiskiem stresu psychologicznego. Tradycyjne ujęcie radzenia sobie Lazarusa i Folkman definiuje proces ten jako pewien całokształt wysiłków poznawczych i behawioralnych, jakie podejmuje jednostka w celu przywrócenia zaburzonej równowagi pomiędzy jej zasobami a wymaganiami zewnętrznymi [22]. Istotą takiego relacyjnego podejścia jest pojawienie się wymagań otoczenia będących na granicy możliwości przystosowawczych człowieka albo nawet te możliwości przekraczających [23]. W przypadku wystąpienia tego typu sytuacji jednostka dokonuje jej poznawczej analizy dochodząc do wniosku, iż wystąpiło zachwianie równowagi adaptacyjnej niosące realne albo potencjalne zagrożenia. Dodatkowo uruchamiane zostają przeżycia emocjonalne, często niezwykle intensywne i nieprzyjemne - napięcie emocjonalne. Staje się to następnie punktem wyjścia do uruchomienia przez jednostkę działań zmierzających do zmiany takiego stanu rzeczy (zmiana sytuacji stresowej) oraz poprawy dokuczliwego stanu emocjonalnego. To właśnie ocena poznawcza dokonywana subiektywnie przez podmiot ma kluczowe i najważniejsze znaczenie dla rozpoznania sytuacji jako zagrażającej oraz uruchomienia i kontynuowania strategii zaradczych – obiektywne właściwości sytuacji pozostają zaś odsunięte daleko w cień [21].

Chociaż koncepcji radzenia sobie sformułowanej przez Lazarusa i Folkman można wiele zarzucić i rzeczywiście była ona wielokrotnie krytykowana nikt, jak dotąd, nie przedstawił żadnej poważnej propozycji konkurencyjnej. Wraz z pionierskimi badaniami Lazarusa zaczęto przyjmować dość powszechnie podstawowe rozróżnienie działań zaradczych na dwa kluczowe typy: radzenie sobie skoncentrowane na problemie (strategie zadaniowe, instrumentalne) oraz radzenie sobie skoncentrowane na emocjach (samoregulacja emocji). Zadaniowe strategie radzenia sobie związane są z podejmowaniem przez jednostkę bezpośrednich wysiłków zmierzających do usunięcia problemu odpowiedzialnego za ocenę zdarzenia jako stresowego [24]. Są to zatem te wszystkie działania skoncentrowane na zadaniu, jakim jest redukcja stresowego charakteru sytuacji. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, dotyczy zniwelowania napięcia emocjonalnego, jakie powstaje na skutek zadziałania bodźców stresowych i subiektywnej oceny sytuacji jako zagrażającej. Uważa się jednak, że większość sytuacji stresowych aktywizuje obie formy radzenia sobie, a granica między nimi nie musi być całkowicie ostra i jednoznaczna [25].

Jako uzupełnienie opisanych powyżej strategii radzenia sobie Endler i Parker wprowadzają pojęcie radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu [23]. Dotyczyłoby ono albo podejmowania działań niezwiązanych bezpośrednio z aktualną sytuacją stresową, np. działań zastępczych czy odwracających uwagę jednostki od zagrożenia albo nie podejmowania żadnych działań i bierne czekanie na zakończenie działania stresora. Ta druga sytuacja wiąże się z czymś w rodzaju przeczekania czy ścierpienia niedogodności i uciążliwości związanych z sytuacją stresową. Ponadto strategie unikowe mogą przejawiać się w zaprzeczaniu, utracie nadziei na poprawę albo dystansowaniu się od problemu, co najczęściej związane jest z obniżoną samoregulacją emocji [26].

Park i Folkman wprowadzają jeszcze kategorie radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu [23]. Dotyczy ono obróbki poznawczej, dzięki której jednostka nadaje nowe znaczenia sytujom chronicznego stresu, które nie dają się kontrolować i jako niekontrolowalne sie jawnią. Nie zaskakuje też wyodrębnienie strategii związanych z poszukiwaniem wsparcia społecznego - liczne analizy procesu radzenia sobie pokazują, bowiem, iż nie należy lekceważyć współwystępującego w nich aspektu społecznego.

Wielościowy model radzenia sobie

Tradycyjne modele radzenia sobie ze stresem w dużej mierze ograniczają możliwości faktycznego zróżnicowania możliwych zachowań adaptacyjnych człowieka. Często są statyczne i nie uwzględniają interakcji jednostki z otoczeniem społecznym [21]. Stało się to dla Hobfolla i jego zespołu punktem wyjścia do sformułowania wielościowego modelu radzenia sobie ze stresem, który z założenia miał ujmować zjawisko radzenia sobie z szerokiej perspektywy akcentując jego interakcyjny charakter. Pierwotnie opisywany model dotyczył dwóch ortogonalnych (niezależnych) wymiarów (osi) oddzielających w sposób wyraźny i jednoznaczny aktywność jednostki jako takiej od społecznego kontekstu radzenia sobie [21]. Pierwsza oś modelu dotyczyła zachowań rozpiętych pomiędzy **aktywnością a biernością** jednostki. Aktywność zaradcza związana jest z orientacją na działanie w przeciwnieństwie do radzenia sobie w obszarze wzajemnych relacji osoby z otoczeniem. Aktywność tak rozumiana może przejawiać się w uruchamianiu działań zaradczych w odpowiedzi na przewidywanie pojawiienia się stresu albo w czasie rzeczywistego zagrożenia oraz na gromadzeniu zasobów „na zapas” lub podczas odbudowywania środków już utraconych. Hobfoll [21] wyraźnie podkreśla, iż aktywność nie jest tożsama z zadaniową strategią radzenia sobie rozumianą tradycyjnie, tak jak to było w modelu Lazarusa. Strategie skoncentrowane na problemie implikują bowiem konieczność zindywidualizowanego działania, samodzielnosci a nawet kontrolowania innych podczas realizacji zadania. Pojęcie aktywności nie jest obarczone takimi ograniczeniami. Druga oś modelu związana jest ze wspomnianym **społecznym** wymiarem radzenia sobie. Na osi tej umieścić można każde działanie zaradcze ze względu na stopień, w jakim uwzględnia ono wzajemne oddziaływanie pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. W tym sensie powstaje wymiar o trzystopniowym zabarwieniu – działanie niezależne od innych ma charakter *aspoleczny*, działanie skierowane przeciwko innym dla osiągnięcia własnych celów jest *antyspołeczne*, i wreszcie działania związane ze współpracą jednostki z otoczeniem na rzecz wspólnych korzyści określa się mianem *prospołecznych*. Nałożenie tych dwóch osi na siebie tworzy dwuwymiarowy układ odniesienia czy układ współrzędnych, na którym możemy umiejscowić działania zaradcze jednostki i określić tym samym ich charakter. Pomimo tego Hobfoll wraz ze współpracownikami uznali, iż model dwuwymiarowy jest modelem niewystarczającym do pełnego opisu zjawiska radzenia sobie. W ten sposób skonstruowano trzecią oś – **oś bezpośredniości działania**. Bezpośredniość nie ma żadnego związku z aktywnością, podobnie jak jej drugi biegun – działania „nie wprost” – nie ma nic wspólnego z pasywnością czy brakiem działania [21]. Wymiar bezpośredniości ma bowiem ścisły związek z koletywistycznym pojmowaniem radzenia sobie. Zachowania mieszczące się w pobliżu bieguna „nie wprost” często dotyczą działań nie ukierunkowanych bezpośrednio na rozwiązanie problemowej sytuacji ale na pośrednie „przygotowanie gruntu” pod dalsze działania. W szczególności są one nastawione na utrzymanie harmonii jednostki z innymi zamiast natychmiastowego zaspokojenia jej potrzeb. Obrazowo można powiedzieć, że osoba działająca „nie wprost” pokazuje innym jedno a robi drugie – pozostając wierna swoim „ideałom” jest gotowa godzić się na chwilowe odroczenie ich realizacji, sprawiając wrażenie zatroskanej szczególnie o dobro innych zamiast swojego. W tym samym czasie tworzy przyjazny grunt pod kolejne, bardziej bezpośrednie środki zaradcze.

Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem

Opisane zjawisko stresu psychologicznego oraz strategie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi mogą zostać zrozumiane i wyjaśnione jeszcze dokładniej jeśli przeanalizuje się je pod kątem salutogenetycznego modelu zdrowia oraz jego kluczowego składnika – poczucia koherencji. W przeciwieństwie do paradygmatu patogenetycznego koncepcja salutogenezy kieruje się w stronę wymagań zewnętrznych czy sytuacji trudnych, które mogą być wyzwaniem albo szansą na rozwój [6]. W centrum zainteresowania pozostają zasoby indywidualne oraz czynniki ochronne, strategie radzenia sobie oraz zasoby ekologiczne i społeczne. Model patogenezy koncentruje się jedynie na czynnikach ryzyka, usposabiających jednostkę między innymi do załamania zdrowia albo pojawiения się jakichś zaburzeń. Traci jednocześnie z pola widzenia właśnie te elementy, które bezpośrednio wpływają mogą na zdolność zachowania przez jednostkę dobrostanu, pomimo obecności nawet bardzo silnego stresu. Tym niemniej wydaje się, iż najprawdopodobniej dopiero łączna analiza czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, zasobów oraz patogenów daje wystarczająco szerokie ramy myślenia o procesach zdrowia i choroby a więc także o mechanizmach pojawiania się zachowań o szkodliwym, dysfunkcyjnym charakterze. Interesujące podejście o takim zintegrowanym charakterze proponuje na przykład koncepcja resilience (por. [27, 28]).

Zachowania autoagresywne rozpatrywane z perspektywy funkcjonalnej niejednokrotnie łączone bywają z procesem radzenia sobie ze stresem. Z jednej strony samouszkodzenia ujmować można bowiem jako uogólniony ubytek w strategiach zaradczych, z drugiej zaś jako swoiste strategie radzenia, skądinąd świadczące o pewnym niedostosowaniu [5]. Można jednak dokonać próby analizy samookaleczeń nieco inaczej, korzystając ze sformułowanej przez Becka zasady „psychologicznego hedonizmu” [19]. Mówi ona między innymi, że ludzie zawsze dążą do maksymalizowania przyjemności i minimalizowania dyskomfortu. Ponieważ zasada ta ma charakter uniwersalny i dotyczy wszelkiej aktywności człowieka zasadne wydaje się zatem zastosowanie jej również w odniesieniu do zachowań autoagresywnych. W tym kontekście działania o charakterze samouszkodzeń, na kontynuum „przyjemność – przykrość”, muszą być oceniane przez podejmujący je podmiot jako przyjemne (Warto zaznaczyć, że fakt czy jednostka na poziomie świadomym postrzega samouszkodzenia jako zachowanie przyjemne będące formą radzenia sobie nie ma większego znaczenia [5]). Rzecz jasna wspomniana pozytywna ocena samookaleczeń jakiej jednostka dokonuje subiektywnie będzie związana z określonymi funkcjami zachowań tego typu. Powyższy tok rozumowania ma zatem sens jeśli wziąć pod uwagę takie funkcje autoagresji jak obrona, przystosowanie czy odnoszenie przez Ja bezpośrednich korzyści [3]. Podstawową kwestią jest zatem znalezienie odpowiedzi na pytanie: „Po co dana osoba podejmuje zachowania o charakterze autoagresji?” Coraz częściej bowiem badacze zjawiska autoagresji są zgodni co do faktu, że zachowania tego typu nie są podejmowane z uwagi na ich negatywne następstwa – przeciwnie samookaleczanie ma miejsce **pomimo** szkodliwych konsekwencji jakie ze sobą niesie [3]. W niniejszym artykule skoncentrowano się na specyficznej funkcji samouszkodzeń poszukując w nich właśnie cech działań zaradczych.

Jak już wspomniano najczęściej wymienianą funkcją samouszkodzeń, związaną nierozerwalnie z odczuwanym poziomem stresu psychologicznego, jest redukcja napięcia [29]. Autoagresja pojawia się jako zautomatyzowana reakcja organizmu, mająca na celu obniżenie napięcia wewnętrznego albo zniwelowanie innych negatywnych stanów emocjonalnych (*automatic – negative reinforcement*; [30]). W sposób niezwykle przekonywujący pokazują powyższą zależność badania przeprowadzone przez Haines i in. [26]. Uzyskane tam wyniki dowodzą, że w grupie samookaleczających się badanych (więźniów) obserwuje się bardzo wyraźny spadek napięcia fizjologicznego (m.in. napięcie

mięśni, tępno, ciśnienie krwi) już w momencie podjęcia decyzji o dokonaniu kolejnego aktu autoagresji. Zadanie, jakie wykonywali badani dotyczyło jedynie operacji wyobrażeniowych, tym bardziej zatem widać jak silny wpływ na redukcję napięcia mogą mieć samouszkodzenia. W grupie kontrolnej poziom napięcia w trakcie wykonywania zadania stopniowo wzrastał i utrzymywał się na tym samym poziomie po zakończeniu zadania, pomimo zastosowania technik relaksacyjnych. Samouszkodzenia istotnie zatem mogą stanowić formę radzenia sobie z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi towarzyszącymi sytuacjom stresowym. Relacje osób dokonujących samookaleczeń potwierdzają zresztą występowanie tego typu zależności [8, 17]. Analizując wzorce regulacji emocji u osób autoagresywnych Kinecka [31] zauważa, iż kształtuje się u nich specyficzny mechanizm intrapsychiczny odpowiedzialny za stosowanie właśnie samookaleczeń jako sposobu na odzyskanie kontroli nad afektem oraz zniwelowanie odczuć silnie negatywnych na rzecz doznań przyjemnych. Pisze ona, że osoby autoagresywne cechują się od urodzenia zaburzoną (upośledzoną) globalną umiejętnością przeżywania i kontrolowania emocji. Brak kompetencji w tym zakresie prowadzi do narastającej frustracji, irytacji, które z czasem przeradzają się w przewlekłą złość, wściekłość czy wreszcie rozpacz i rezygnację. Labilność emocjonalna jest najsilniejszym przejawem dysregulacji emocji u takich osób. Pojawiający się na skutek osiągającej niewyobrażalne rozmiary frustracji nieprzyjemny stan napięcia psychofizjologicznego staje się pierwszym i zasadniczym impulsem do samookaleczenia. W tej skrajnej formie działania jednostka znajduje ulgę i doprowadza poziom pobudzenia emocjonalnego do pewnego poziomu optymalnego. Kluczowe jednak jest to, że ów impuls nie może zostać zahamowany a jego rozładowanie (realizacja) znajduje ujście jedynie poprzez akt autoagresji. Powstawanie wzrastającego napięcia, nazywa Kinecka *mechanizmem strumienia*, z kolei pojawienie się niezwykle silnego pragnienia obniżenia przeżywanego napięcia (organizm generuje impuls do działania) wiąże z *mechanizmem włacznika* [31]. Z czasem jednostka „uczy się”, że tego typu działanie w sposób skuteczny i natychmiastowy przynosi ulgę a dokonanie asocjacji pomiędzy oboma mechanizmami stanowi klucz do zrozumienia autoagresji. Osoba autoagresywna zaczyna stosować w sposób zautomatyzowany właśnie taką formę radzenia sobie z dystresem emocjonalnym.

Traktowanie zachowań autoagresywnych w kategoriach specyficznej formy radzenia sobie ze stresem pociąga za sobą pewne konsekwencje. Jakkolwiek bowiem nie ujmować samouszkodzeń jako formy działań zaradczych wydaje się, iż osoby autoagresywne prezentować będą dość wyraźne deficyty w stosowaniu typowych dla osób nieautoagresywnych strategii radzenia [5]. Siła kompetencji pokonywania stresu nie wynika z pojedynczych działań adaptacyjnych a raczej z umiejętności elastycznego stosowania różnych strategii w zależności od specyfiki sytuacji stresowej [21]. Choć natura wspomnianych ubytków w repertuarze strategii radzenia sobie nie jest do końca znana, badania empiryczne zdają się wskazywać, iż jednostki dokonujące samookaleczeń zbyt często polegają na strategiach skoncentrowanych na emocjach, rzadziej zaś stosują strategie zadaniowe w porównaniu z osobami, które się nie okaleczają [5]. Powodem takiej różnicy może być między innymi specyficzny próg stresu dla osób autoagresywnych, który uniemożliwia im skuteczne wykorzystywanie strategii skoncentrowanych na zadaniu do rozwiązywania pojawiających się sytuacji problemowych. Tym samym prawdopodobne jest, iż u osób takich dostępność strategii zadaniowych jest zależna od aktualnego poziomu stresu i wraz z nim ulega wahaniom. Jednocześnie obserwuje się zmniejszoną pulę zasobów zaradczych u osób autoagresywnych, toteż są one bardziej skłonne do wyboru działań o mniejszej wartości adaptacyjnej. Co więcej, tendencja ta ulega z czasem pewnemu utrwaleniu, skutkując chronicznym deficytem w subiektywnej ocenie dostępnych sposobów rozwiązania problemów i tym samym sztywnym wykorzystywaniem takiej ograniczonej puli strategii radzenia sobie.

Adres do korespondencji:

mgr Magdalena Chodak, magdalena.chodak@gmail.com

Piśmiennictwo:

1. Skegg K. Self harm. Lancet. 1995; 366: 1471-1483.
2. Andover MS, Pepper C M, Gibb B E. Self-Mutilation and coping strategies in a college sample. Suicide and life-threatening behavior. 2007; 37, 2: 238-243.
3. Kubacka-Jasiecka D. Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno – adaptacyjnych dążeń Ja. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
4. Yip KS. A Multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. Child Adolesc. Mental Health, 2005; 10, 2: 80-86.
5. Haines J, Williams C L. Coping and problem solving of self-mutilators. J. Clin. Psychol. 2003; 59, 10: 1097-1106.
6. Antonovsky A. Rozwiązywanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 1995.
7. Whalen M. Self Mutilation. <http://www.psyke.org/articles/en/selfmutilation/>, 2002.
8. Babiker G, Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: GWP; 2002.
9. Suchańska A. Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
10. Suchańska A. W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze. Forum oświatowe, 2001; 2, 25: 61-73.
11. Tworek-Wrońska B. Samookaleczanie jako zjawisko społeczne. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia, 2001; XXVI, 18: 233-238.
12. Clarke L, Whittaker M. Self – mutilation: culture, contexts and nursing responses. J. Clin. Nursing, 1998; 7: 129-137.
13. Favazza A R. Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry (2nd ed), Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1996.
14. Wycisk J. Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2004.
15. Comer W. Self-Injury: A search for understanding. <http://www.psyke.org/articles/en/understanding>, 2002.
16. Carr E G. The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. Psychological Bulletin, 1977; 84, 4: 800-816.
17. Eckhardt A. Autoagresja. Warszawa: Wydawnictwo WAB, 1998.
18. Wycisk J. Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: Suchańska A, Wycisk J. red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.
19. Wycisk J. Psychologiczne funkcje samouszkodzeń umiarkowanych W: Suchańska A, Wycisk J. red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.
20. Frączek A. Modyfikacje koncepcji frustracji. Psychologia Wychowawcza. 1966; 1: 41-55.
21. Hobfoll S E. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. Gdańsk: GWP, 2006.
22. Gruszczyńska E. Poczucie koherencji (SOC) a proces radzenia sobie ze stresem: w poszukiwaniu mechanizmów działania SOC. Przegląd Psychol. 2004; 47: 77-91.
23. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
24. Kariv D, Heiman T. Task – oriented versus emotion – oriented coping strategies: the case of college students. College Student J. 2005; 39, 1: 72-84.
25. Basińska B. Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. Przegląd Psychol.. 2004; 47, 1: 77-91.
26. Haines J, Williams C L, Brain K, Wilson G. The psychophysiology of self-mutilation. J. Abnormal psychol. 1995; 104, 3: 471-489.
27. Borucka A, Ostaszewski K. Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. Medycyna Wieku Rozwojowego. 2008; 12, 2/1: 587-597.
28. Luthar S S, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child Development. 2000; 71, 3: 543-562.
29. Gratz K L, Dukes C S, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. Am. J. Orthopsychiatry, 2002; 72, 1: 128-140.
30. Nock M K, Prinstein M J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. J. Cons. Clin. Psychol. 2004; 72, 5: 885-890.
31. Kinecka J. W labiryncie emocji. O samouszkodzeniach, regulacji emocji i psychoanalizie W: Suchańska A, Wycisk J red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/332174313>

Choroba jako źródło stresu. Wybrane koncepcje stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem.

Chapter · December 2018

CITATIONS

0

READS

86

1 author:



Sebastian Skalski

Polish Academy of Sciences

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

HUMANISTYKA I NAUKI SPOŁECZNE

DOŚWIADCZENIA KONTEKSTY WYZWANIA

TOM 8

Praca zbiorowa pod redakcją
Klaudii Pujer

Exante
Wrocław 2018

1. CHOROBA JAKO ŹRÓDŁO STRESU. WYBRANE KONCEPCJE STRESU PSYCHOLOGICZNEGO I RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Sebastian Skalski

Słowa kluczowe: choroba, stres, radzenie sobie, potraumatyczny wzrost.

Wprowadzenie

Zdrowie i problemy zdrowotne stanowią dwa nieodłączne elementy w cyklu życia człowieka. Są one wynikiem zasadniczego schematu percepcji, który opiera się na wrażeniach cielesnych. Już od 4 roku życia dziecko zwraca uwagę na poszczególne części i funkcje swojego ciała, a towarzyszy temu zaintrygowanie własnym zdrowiem¹. Nieco później, bo w okresie adolescencji, jednostka utożsamia wspomniane zdrowie ze zdolnością do funkcjonowania w środowisku oraz swoim wyglądem. Wtedy też zaczyna je doceniać i dbać o nie.

Pomimo szerokiego zainteresowania specjalistów problematyką zdrowia, nie udało się dotąd opracować koncepcji psychologicznej, która ukazywałaby złożony charakter choroby w cyklu życia człowieka. W związku z powyższym, zagadnienie to jest postrzegane w oparciu o poszczególne aspekty, tj. węższe koncepcje.

Fenomenologiczno-poznawcza, transakcyjna teoria w ujęciu Lazarusa i Folkman jako pierwsza nadała charakter relacyjny dla sytuacji stresowej. Powyższe spowodowało, iż współczesna psychologia postrzega problemy zdrowotne najczęściej w kategoriach stresu psychologicznego.

Celem opracowania jest przedstawienie dominujących konceptualizacji w zakresie stresu, a także opisanie zjawiska oceny poznawczej choroby i potraumatycznego wzrostu.

¹ Z. Juczyński, *Pojęcie zdrowia w świadomości dzieci i młodzieży* [w:] D. Bilski (red.), *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo WSEZiNS, Łódź 2010, ss. 9-20.

Transakcyjna teoria stresu Lazarusa i Folkman

Obecnie najpopularniejszą teorią stresu w psychologii, która stanowi standard w tym obszarze badań, jest transakcyjne ujęcie Lazarusa i Folkman². Według tej koncepcji, sytuacja stresowa stanowi konkretną, określoną relację jednostki z otoczeniem, która została oceniona za obciążającą lub przekraczającą dostępne zasoby i stanowi zagrożenie dla jej dobrostanu. Teoria różni się od dotychczasowych konceptualizacji, które definiowały stres w kategorii bodźca lub reakcji.

Lazarus i Folkman³ uważają, że skutki sytuacji stresowej oraz jej nasilenie są uzależnione od oceny poznawczej i sposobów radzenia sobie. Ocena poznawcza składa się z trzech etapów, tj. oceny pierwotnej, oceny wtórnej oraz oceny powtórnej. Pierwsza z nich decyduje o znaczeniu sytuacji dla człowieka. Ocena pierwotna ma charakter subiektywny i nie musi być adekwatna do sytuacji. Ponadto jest punktem krytycznym dla pojawięcia się relacji stresowej. Uznanie wydarzenia w kategoriach niemających znaczenia dla dobrostanu lub sprzyjająco-pozytywnych nie zaburza bowiem równowagi w relacjach jednostki z otoczeniem i co za tym idzie, nie stanowi źródła stresu. W przypadku uznania sytuacji za stresującą, zostaje ona oceniona jako:

- a) krzywda/strata – dotyczy zaistniałej szkody, w konsekwencji której jednostka utraciła cenne obiekty, mogą towarzyszyć temu: złość, żal, smutek i krzywda;
- b) zagrożenie – obawa przed utratą obiektów ze względu na potencjalne wystąpienie krzywdy, mogą towarzyszyć temu: lęk, strach oraz zamartwianie się;
- c) wyzwanie – oprócz poniesienia szkody, istnieje możliwość otrzymania pewnych korzyści, mogą towarzyszyć temu emocje negatywne, jak i pozytywne.

Ocena wtórną⁴ stanowi natomiast oszacowanie własnych zdolności do uporania się z wydarzeniem. Jest procesem złożonym, gdzie jednostka bierze pod uwagę dostępne jej strategie zaradcze, ich skuteczność oraz konsekwencje.

Pomiędzy oceną pierwotną a oceną wtórną występuje sprzężenie zwrotne⁵, które decyduje o sile odczuwanego stresu i towarzyszących temu reakcjach emocjonalnych.

Jednostka na podstawie własnych odczuć lub nowych informacji ze śro-

² R. Lazarus, S. Folkman, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, Nowy Jork 1984, p. 30.

³ *Ibidem*, p. 31.

⁴ *Ibidem*, p. 35.

⁵ *Ibidem*, p. 37.

dowiska może dokonać także oceny powtórnej⁶. Jej zadaniem jest korekta (modyfikacja) dotychczasowego obrazu wydarzenia.

Kluczowym znaczeniem oceny poznawczej jest wyznaczenie przez nią sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową.

Teoria zachowania zasobów Hobfolla

Drugą, nie mniej popularną konceptualizacją stresu we współczesnej psychologii jest teoria zachowania zasobów COR (ang. *Conservation of Resources*) według Hobfolla⁷. W ujęciu tego autora, celem działalności każdego człowieka jest poszukiwanie, uzyskiwanie oraz ochrona ważnych dla niego zasobów (inaczej: obiektów).

Sytuacja stresowa stanowi relację z otoczeniem i pojawia się w przypadkach: obawy przed utratą zasobów, utraty zasobów lub braku wzrostu zasobów w przypadku ich zainwestowania. Źródło stresu może stanowić subiektywna ocena straty zasobów a także obiektywna utrata zasobów⁸.

Hobfoll uważa, że jednostki nie zostały obdarzone zasobami równomiernie⁹. Przyczynę takiego zjawiska stanowią różnice społeczne, ekonomiczne i biologiczne. Powyższe powoduje z kolei różnice indywidualne w efektywnościowym wykorzystywaniu zasobów, a co za tym idzie wpływa na skuteczność radzenia sobie ze stresem.

Hobfoll przedstawia cztery rodzaje zasobów¹⁰. Pierwszy z nich określa przedmioty, których posiadanie lub brak posiadania mówi o statusie materialnym i społecznym (np. samochód czy dom). Kolejny stanowią warunki, czyli zasoby okolicznościowe. Są ograniczone i cenne (np. małżeństwo, awans czy spadek). Następny rodzaj tworzą zasoby osobiste. Określają cechy temperamentu i osobowości (np. punktualność i odporność na stres). Ostatni rodzaj stanowią zasoby energetyczne. Są to pochodne własnej energii i doświadczeń, które można wykorzystywać w namnażaniu kolejnych zasobów (np. pieniądze).

Hobfoll w swojej koncepcji określa dwie zasady zachowania zasobów¹¹. Według pierwszej reguły, utrata zasobów jest niewspółmierna i bardziej odczuwalna od zysku. Osoby, które mają do dyspozycji więcej zasobów, mają też większe szanse na zysk. Ponadto w mniejszym stopniu są narażo-

⁶ *Ibidem*, p. 38.

⁷ S. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, ss. 21-25.

⁸ *Ibidem*, s. 27.

⁹ *Ibidem*, s. 27.

¹⁰ *Ibidem*, s. 61.

¹¹ *Ibidem*, ss. 71-78.

ne na utratę zasobów. Według drugiej zasady, by zapobiec stracie zasobów, należy regularnie inwestować swoje zasoby, zyskiwać nowe oraz rekompensować sobie wcześniejsze utraty zasobów. Ograniczana liczba zasobów zwiększa ryzyko ich straty. Strata początkowa generuje ryzyko wystąpienia kolejnych.

Autor teorii zachowania zasobów zwraca uwagę na rolę kultury w powstawaniu zjawiska stresu¹². Natura ludzka została zdeterminowana biologicznie i kulturowo. Według Hobfolla tak samo uwarunkowane są zasoby, którymi dysponuje jednostka. Jeżeli więc zagrożone są pewne wartości kulturowe, człowiek odruchowo podejmuje określone wzorce zachowania. Hobfoll uważa, że stres związany ze stratą zasobów lub obawą przed utratą tychże zasobów nie musi być uświadomiony. Aktywność człowieka może automatycznie przybierać schemat reakcji adaptacyjnej.

W swojej konceptualizacji Hobfoll podważa rangę pierwotnej oceny poznawczej według Lazarusa i Folkman¹³. Hobfoll twierdzi, iż autorzy transakcyjnej teorii stresu położyli w ten sposób akcent na rolę jednostki w powstawaniu reakcji stresowej. Lazarus i Folkman ulegli tym samym kultowi centralnego miejsca *Ja* w środowisku, co było popularne w czasach powstawania ich koncepcji. Na potwierdzenie swojej tezy Hobfoll przywołuje pracę LeDouxa z 1966 roku pt. *The emotional brain*. LeDoux zmierzył czas reakcji pomiędzy oceną pierwotną a wtórną. Okazało się, że ocena wtórna może pojawić się już po 24 milisekundach. Hobfoll uważa więc, że tak momentalna ocena wtórna podlega uwarunkowaniu w kulturze, jest wyuczona i może przebiegać nieświadomie.

Ocena poznawcza choroby

Transakcyjna teoria Lazarusa i Folkman wpłynęła na uznanie oceny poznawczej za element nieodzowny w opisie zjawiska stresu psychologicznego. Niemniej jednak rola czynników poznawczych w adaptacji do sytuacji stresowej, jeszcze bez ugruntowanych podstawa teoretycznych, była zauważana na wiele lat przed opublikowaniem wspomnianej teorii. Co więcej, mimo upowszechnienia się konceptualizacji w ujęciu Lazarusa i Folkman i uznania jej za standard w tym obszarze zainteresowania, ocena poznawcza nadal rozwija się w dwóch aspektach. Pierwszy z nich dotyczy subiektywnej oceny znaczeń, jaką jednostka nadaje problemom zdrowotnym dla swojego życia i odnosi się bezpośrednio do transakcyjnej teorii stresu.

¹² *Ibidem*, s. 61.

¹³ S. Hobfoll, *Been down so long, it looks like up*, „Palestine-Israel Journal of Politics, Economics and Culture” 2003, no. 10, pp. 17-23.

Drugi natomiast stanowi zbiór wiedzy i przekonań na temat samego schorzenia lub dolegliwości. Ocena poznawcza w odniesieniu do subiektywnych znaczeń dla jednostki została już pokrótce opisana w niniejszym opracowaniu. Pojęcie oceny poznawczej, które rozwija się w nurcie wiedzy o problemach zdrowotnych, stanowi natomiast pewną strukturę o zorganizowanym charakterze. Wiedza ta tworzy się bowiem pod wpływem doświadczeń i przeżyć jednostki, szczególnie w odniesieniu do dotychczasowych jej kontaktów z medycyną¹⁴. Jej źródłem mogą być informacje od lekarza, innych pacjentów, a także dane z przekazów medialnych i opinie społeczności na temat danego schorzenia. Przekonania te mogą być również stworzone przez samą jednostkę i nie opierać się na żadnych źródłach, przez co poznawcza ocena dolegliwości zdrowotnych może znaczco odbiegać od zasobów wiedzy medycznej.

Koncepcja oceny poznawczej w odniesieniu do subiektywnych znaczeń dla jednostki w ujęciu Lazarusa i Folkman okazuje się problematyczna dla sytuacji stresowej o podłożu zdrowotnym. Schorzenie jednostki może być bowiem postrzegane w tym samym czasie zarówno jako przeszkoła/strata, jak i w charakterze wyzwania¹⁵. Przykładem powyższego jest uznanie przez jednostkę utraty swojej atrakcyjności i jednocośnie chęć do walki o życie lub zdrowie. Co więcej, trudności dotyczą również samej liczby kategorii, w jakich pacjenci mogą postrzegać swoją dolegliwość. Wielu autorów, m.in. L. Keltikangas-Järvinen¹⁶ czy K. Janowski i in.¹⁷, ze względu na specyfikę sytuacji zdrowotnej, proponuje przyjęcie większej liczby takich kategorii niż trzy. Podobnego zdania był m.in. Lipowski¹⁸, i to jeszcze przed upowszechnieniem się transakcyjnej teorii stresu. Lipowski proponuje bowiem osiem kategorii do opisu znaczeń dla dolegliwości i zaburzeń ustrojowych: wyzwanie, wrogość, karę, słabość, ulgę, korzyść, stratę i wartość.

Autor podkreśla też znaczenie oceny poznawczej dla sposobów adaptacyjnych do nowych okoliczności w wyniku schorzenia.

Niezależnie od przyjętych aspektów, cechą charakterystyczną w poznawczej ocenie dolegliwości zdrowotnych jest jej wpływ na funkcjonowa-

¹⁴ I. Heszen, *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 13.

¹⁵ G. Schüssler, *Coping strategies and individual meanings of illness*, „Social Science and Medicine” 1992, no. 34, pp. 427-432.

¹⁶ L. Keltikangas-Järvinen, *Psychological meaning of illness and coping with disease*, „Psychotherapy and Psychosomatics” 1986, no. 45, pp. 84-90.

¹⁷ K. Janowski, S. Steuden, J. Kuryłowicz, M. Nieśpiąłowska-Steuden, *The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation* [in:] K. Janowski, S. Steuden (eds.), *Biopsychosocial aspects of health and disease. Vol. 1*, CPPP Scientific Press, Lublin 2009, pp. 108-125.

¹⁸ Z. Lipowski, *Physical illness, the individual and the coping process*, „Psychiatry in Medicine” 1970, no. 1, pp. 91-102.

nie jednostki w wielu dziedzinach życia, tj. reakcji emocjonalnych, zachowywania się w sposób prozdrowotny (lub antyprozdrowotny), a także w przestrzeganiu samych zaleceń lekarza.

Radzenie sobie ze stresem

Zarówno Lazarus i Folkman, jak i Hobfoll w swoich koncepcjach zakładają, iż stres inicjuje pewną aktywność człowieka, której celem jest ograniczenie skutków lub uporanie się z sytuacją stresową.

Sposobów takich reakcji może być wiele, jednak badacze poszukują pewnych podobieństw wśród stosowanych metod, by następnie móc je klasyfikować i odróżnić od siebie. Te podobieństwa nazywane są strategiami radzenia sobie.

Początkowo pojęcie radzenia sobie zostało wprowadzone, by podkreślić jego różnicę od mechanizmów adaptacyjnych (mechanizmów obronnych). Te drugie uznawane były za obligatoryjne, sztywne, jednorakie i zniekształcające rzeczywistość. Radzenie sobie miało więc być celowym i elastycznym działaniem człowieka, które jest zróżnicowane i zorientowane na przyszłość¹⁹.

Według Lazarausa i Folkman²⁰ zjawisko radzenia sobie ma charakter dynamiczny a strategie mogą być dowolnie zmieniane i zastępowane innymi. Jednostka może w tym samym czasie stosować kilka różnych metod. Według autorów transakcyjnej teorii stresu, radzenie sobie jest uzależnione od oceny pierwotnej sytuacji, która nie musi być realistyczna, a cel aktywności nie musi być uświadomiony. Powyższe założenie pozwoliło Lazarusowi i Folkman ponownie zaliczyć mechanizmy obronne do form radzenia sobie, a następnie wyróżnić dwie kluczowe funkcje zjawiska: instrumentalną oraz ekspresywną. Pierwsza dotyczy działalności człowieka opartej na problemie a jej celem jest ograniczenie oddziaływanego stresora (funkcja główna). Druga skupia się na emocjach związanych ze zdrowiem i pełni funkcje adaptacyjne.

Zdaniem Hobfolla²¹ przez radzenie sobie ze stresem należy postrzegać proces dysponowania zasobami w kategoriach zysków (utrzymanie zasobów) oraz strat (utrata zasobów). Działalność jednostki może dotyczyć zmiany, przemieszczenia lub inwestowania zasobów. Tylko skuteczne stra-

¹⁹ N. Haan, *Coping and defense mechanisms related to personality inventories*, „Journal of Consulting Psychology” 1965, no. 29, pp. 373-378.

²⁰ R. Lazarus, S. Folkman, *op. cit.*, s. 141.

²¹ S. Hobfoll, *Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress*, „American Psychologist” 1989, no. 44, pp. 513-524.

tegie radzenia sobie mogą zmniejszyć odczuwanie stresu. Nieskuteczne dysponowanie zasobami prowadzi natomiast do nasilenia się stresu. Teoria Hobfolla, w odróżnieniu od transakcyjnej teorii stresu, zakłada istnienie automatycznych i wyuczonych reakcji na stres, tj. mechanizmów bezpośredniego reagowania na stresor (bez oceny zjawiska).

Przykładem radzenia sobie opartego na mechanizmach obronnych jest reakcja zaprzeczenia²². W takiej sytuacji jednostka odrzuca informacje związane ze stanem zdrowia i ukrywa je przed swoją świadomością. Reakcja ma charakter nieświadomy i stanowi odpowiedź obronną organizmu na zagrożenie, w wyniku odczuwania lęku. Jest pokrewna znanemu mechanizmowi wyparcia. Zaprzeczenie ma negatywne skutki dla rekonalisencji jednostki, ponieważ nie pozwala na przyjęcie roli pacjenta.

Alternatywnym sposobem radzenia sobie jest orientacja na unikanie. W takiej sytuacji jednostka stara się odwrócić swoją uwagę od problemu zdrowotnego, który stanowi źródło stresu i podejmuje w tym celu nową aktywność. Mogą to być czynności zastępcze (podjęcie innego zadania) lub poszukiwanie kontaktów społecznych²³.

Radzenie sobie może też być ukierunkowane na cel (nazywane zastępco: skoncentrowane na problemie lub zadaniach). Polega na podjęciu przez jednostkę działań, które mają na celu rozwiązywanie sytuacji stresowej przez przekształcenia poznawcze bądź próbę zmiany sytuacji. W przypadku nieuleczalnych dolegliwości zdrowotnych wydaje się, że zakres strategii jest ograniczony, niemniej wspomnianym celem mogą być także: ograniczenie cierpienia jednostki czy uporanie się ze sprawami rodzinnymi bądź zawodowymi²⁴.

Emocjonalne radzenie sobie ma na celu rozładowanie (redukcję) napięcia, które towarzyszy człowiekowi w wyniku sytuacji stresowej. Koncentruje się na własnych przeżyciach jednostki, które dotyczą odczuwanej złości bądź poczucia winy. Polega na zewnętrznej ekspresji emocji związanych ze zdrowiem²⁵.

Strategią alternatywną jest radzenie sobie oparte na znaczeniu, które również wywodzi się z emocjonalnych funkcji radzenia sobie, jednak odnosi się bezpośrednio do koncepcji stresu według Lazarusa i Folkman. W ujęciu sytuacyjnym polega na przewartościowaniu oceny stresu względem aktualnego dobrostanu jednostki i jej bliskich celów. W ujęciu globalnym

²² M. Hollender, *Psychologia w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1975, s. 24.

²³ N. Endler, J. Parker, *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies*, „Psychological Assessment” 1994, no. 6, pp. 50-60.

²⁴ N. Endler, J. Parker, *Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, no. 58, pp. 844-854.

²⁵ I. Janis, *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*, Wiley, Nowy Jork 1958, pp. 381-409.

dotyczy natomiast zmian w odniesieniu do własnej osoby, świata, wyższych celów i wartości²⁶. Zmiany te powinny prowadzić do korzystniejszej, poznawczej oceny i mogą wzbudzać pozytywne emocje.

Wsparcie społeczne jest jedną z najczęściej stosowanych strategii zaradczych. Stanowi wszelkie grupy wzajemnej pomocy, które gromadzą jednostki o tych samych problemach. Co ciekawe, wsparcie społeczne może okazać się bardziej skuteczne niż praca ze specjalistą, gdyż wynika z bezpośrednich doświadczeń grupy, a nie wyłącznie z wiedzy teoretycznej. Ponadto jednostki, oprócz korzyści z uzyskanego wsparcia społecznego, otrzymują kolejne zyski (niekiedy większe) z udzielonej pomocy na rzecz innych osób²⁷. Wtórne korzyści mogą dotyczyć zwiększenia poziomu samooceny bądź poczucia własnej skuteczności.

Współcześnie wśród strategii zaradczych wyróżnia się osobno uzyskiwanie wsparcia duchowego²⁸. W ramach tej kategorii należy wyodrębnić dwie formy radzenia sobie, tj. adaptacyjne i nieadaptacyjne. Adaptacyjne pozwala na akceptację sytuacji przez jednostkę w wyniku przewartościania postaw na gruncie religijnym, np. podążanie za duchownym guru. Nieadaptacyjne radzenie sobie dotyczy natomiast przeniesienia odpowiedzialności za sytuację stresową na rzecz wspomnianego guru i przyjęcia biernej postawy względem sytuacji stresowej.

Ukierunkowane na przyszłość jest jednym z najmłodszych ujęć w strategiach zaradczych. Schwarzer i Knoll²⁹ podzieliли je na trzy kategorie: antycypacyjne, prewencyjne oraz proaktywne radzenie sobie. Antycypacyjne jest ukierunkowane na wydarzenia nieuchronne (z dużą dozą prawdopodobieństwa), które mają nastąpić w bliskiej przyszłości. Prewencyjne dotyczą wydarzeń mniej prawdopodobnych i bardziej odległych. Radzenie sobie proaktywne ma równie ogólny zakres jak prewencyjne, jednak polega na gromadzeniu zasobów, które ułatwiają wykorzystywanie przyszłych (potencjalnych) szans³⁰.

²⁶ S. Folkman, J. Moskowitz, *Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress* [in:] H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos (eds.), *The scope of social psychology: Theory and application*, Psychology Press, Londyn 2006, pp. 193-208.

²⁷ N. Knoll, R. Kienle, K. Bauer, B. Pfüller, A. Luszczynska, *Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving*, „Social Science & Medicine” 2007, no. 64, pp. 1789-1801.

²⁸ S. Folkman, J. Moskowitz, *Coping: Pitfalls and promise*, „Annual Review of Psychology” 2004, no. 55, pp. 745-774.

²⁹ R. Schwarzer, N. Knoll, *Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview*, „International Journal of Psychology” 2007, no. 42, pp. 243-252.

³⁰ H. Sęk, T. Pasikowski, *Proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym a subiektywne wskaźniki zdrowia*, „Studia Psychologiczne” 2003, vol. 41, ss. 105-126.

Potraumatyczny wzrost

Doświadczenie silnego stresu w wyniku traumatycznego wydarzenia może prowadzić do pozytywnych następstw w strukturze osobowości człowieka. Takie zjawisko jest opisywane pojęciem potraumatycznego wzrostu (PTG, ang. *posttraumatic growth*). Rozwój ten może dotyczyć zmian w postrzeganiu siebie, kontaktów interpersonalnych czy filozofii życiowej i jest rezultatem podejmowanych przez jednostkę strategii zaradczych.

W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele koncepcjonalizacji w temacie pozytywnych następstw dla wydarzeń traumatycznych. Początkowo autorzy dla opisu zjawiska posługiwali się odmienną terminologią, jednak wszystkie konstrukty reprezentowały te same założenia teoretyczne. Należy jednak nadmienić, iż badania empiryczne, jeszcze bez ugruntowanych założeń naukowych, były prowadzone znacznie wcześniej, szczególnie w obszarze psychologii klinicznej, psychiatrii oraz pracy społecznej.

Tedcschi, Park i Calhoun³¹ w swojej publikacji wspólnie opisali zjawisko przy wykorzystaniu metafory trzęsienia ziemi. Zgodnie z alegorią, znaczące oraz traumatyczne wydarzenia dezorganizują ład i porządek w życiu człowieka. Zaburzają też wcześniejsze przekonania względem świata oraz funkcjonowania w nim. W wyniku wspomnianego trzęsienia ziemi, jednostka tworzy nową reprezentację poznawczą dla otaczającej rzeczywistości, a także może doświadczyć pozytywnych zmian rozwojowych.

Autorzy wyróżnili również trzy główne aspekty funkcjonowania jednostki jako charakterystyczne dla wzrostu potraumatycznego: zmiany w percepции siebie, poprawy relacji interpersonalnych oraz zmiany w filozofii życiowej.

Pojawienie się PTG jest charakterystyczne dla sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia jednostki. Zjawisko może być jednak następstwem dla wszystkich wydarzeń, które wymagają przystosowania (adaptacji) jednostki i nie musi się odnosić wyłącznie do okoliczności traumatycznych. Rozwój ten następuje w charakterze odległym, w każdej grupie wiekowej i dotyczy około 40-70% osób³².

Wystąpienie PTG jest uzależnione od przyjmowanych przez jednostkę strategii zaradczych. Wśród tych sprzyjających wyróżnia się: wsparcie społeczne, radzenie sobie oparte na znaczeniu, a także radzenie sobie ukie-

³¹ R. Tedeschi, C. Park, L. Calhoun, *Posttraumatic growth: conceptual issues* [in:] R. Tedeschi, C. Park, L. Calhoun (eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, New Jersey 1998, pp. 99-125.

³² L. Calhoun, R. Tedeschi, *The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework* [in:] L. Calhoun, R. Tedeschi (eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, Mahwah, New Jersey 2006, pp. 3-23.

runkowane na cel³³. Wsparcia społeczne pozwala m.in. na ekspresję emocji, wyjawienie myśli oraz dzielenie się swoimi odczuciami, co w konsekwencji sprzyja przepracowaniu traumy. Radzenie sobie oparte na znaczeniu pozwala natomiast na zrewidowanie (pozytywne przewartościowanie) w psychice człowieka. W przypadku radzenia sobie ukierunkowanego na cel, dochodzi do przekształceń poznawczych, kreowania pozytywnych wydarzeń, a także nadawania pozytywnego wymiaru dla zwykłych wydarzeń. Ponadto istotne dla wystąpienia PTG są również cechy osobowościowe jednostki, a także charakter samej sytuacji stresowej³⁴.

Podsumowanie

Doświadczenie choroby można uznać niewątpliwie za źródło stresu, gdyż stanowi bezpośrednie zagrożenie dla funkcjonowania człowieka w aspektach: biologicznych, psychicznych oraz społecznych. Stres jest zjawiskiem niepożądany i niesie za sobą wiele następstw dla osobowości człowieka. Ponadto choroba, jako sytuacja stresowa, zaburza dotychczasowe relacje jednostki z otoczeniem i wybiega poza znane jej schematy adaptacyjne. Może być źródłem cierpienia, deprywacji potrzeb, stanowi też ograniczenia w dotychczasowym pełnieniu ról społecznych.

Współczesna psychologia traktuje problemy zdrowotne w kategoriach stresu psychologicznego. W tym nurcie dominują dwie torujące się ze sobą konceptualizacje stresu. Pierwsza z nich to transakcyjna teoria stresu w ujęciu Lazarusa i Folkman. Jej autorzy podkreślają rolę oceny poznawczej, która decyduje o uznaniu transakcji za stresową. Druga to teoria zachowania zasobów według Hobfolla. Według tejże koncepcji doświadczenie stresu jest uzależnione od obiektywnej zmiany posiadanych zasobów (faktycznej utraty lub obawy przed utratą). Oba konstruktury zakładają, iż stres niesie za sobą pewne konsekwencje dla psychiki człowieka i inicjuje jego aktywność w celu szeroko rozumianego radzenie sobie. Radzenie sobie może być skoncentrowane na problemach lub na emocjach jednostki. Co ciekawe, oprócz radzenia sobie z zaistniałym sytuacjami stresowymi, coraz większe zainteresowanie naukowców budzi radzenie sobie proaktywne, które dotyczy gromadzenia zasobów przed potencjalnymi zdarzeniami w przyszłości.

Pomimo wielu negatywnych doświadczeń, silny stres psychologiczny związany z chorobą może prowadzić do potraumatycznego wzrostu. Zjawisko dotyczy zmian w następstwie prób radzenia sobie z traumatycznym

³³ S. Folkman, J. Moskowitz, *op. cit.*, pp. 193-194.

³⁴ *Ibidem*, p. 195.

przeżyciem. Jest to rezultat przekształceń założeń życiowych i świadczy o poziomie dojrzałości jednostki. Należy jednak pamiętać, że doświadczenie choroby nie jest dobre ani potrzebne do dokonania takiej zmiany. Nie należy jej utożsamiać z poczuciem szczęścia.

Piśmiennictwo

- Calhoun L., Tedeschi R., *The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework* [in:] L Calhoun, R. Tedeschi (eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, Mahwah, New Jersey 2006.
- Endler N., Parker J., *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies*, „Psychological Assessment” 1994, no. 6.
- Endler N., Parker J., *Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, no. 58.
- Folkman S., Moskowitz J., *Coping: Pitfalls and promise*, „Annual Review of Psychology” 2004, no. 55.
- Folkman S., Moskowitz J., *Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress* [in:] H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos (eds.), *The scope of social psychology: Theory and application*, Psychology Press, Londyn 2006.
- Haan N., *Coping and defense mechanisms related to personality inventories*, „Journal of Consulting Psychology” 1965, no. 29.
- Heszen I., *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Hobfoll S., *Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress*, „American Psychologist” 1989, no. 44.
- Hobfoll S., *Been down so long, it looks like up*, „Palestine-Israel Journal of Politics, Economics and Culture” 2003, no. 10.
- Hobfoll S., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Hollender M., *Psychologia w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1975.
- Janis I., *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*, Wiley, Nowy Jork 1958.
- Janowski K., Steuden S., Kuryłowicz J., Nieśpiąłowska-Steuden M., *The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation* [in:] K. Janowski, S. Steuden (eds.), *Biopsychosocial aspects of health and disease. Vol. 1*, CPPP Scientific Press, Lublin 2009.
- Juczyński Z., *Pojęcie zdrowia w świadomości dzieci i młodzieży* [w:] D. Bilski (red.), *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo WSEZiNS, Łódź 2010.
- Keltikangas-Järvinen L., *Psychological meaning of illness and coping with disease*, „Psychotherapy and Psychosomatics” 1986, no. 45.
- Knoll N., Kienle R., Bauer K., Pfüller B., Luszczynska A., *Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving*, „Social Science & Medicine” 2007, no. 64.
- Lazarus R., Folkman S., *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, Nowy Jork 1984.
- Lipowski Z., *Physical illness, the individual and the coping process*, „Psychiatry in Medicine” 1970, no. 1.
- Schüssler G., *Coping strategies and individual meanings of illness*, „Social Science and Medicine” 1992, no. 34.
- Schwarzer R., Knoll N., *Functional roles of social support within the stress and coping pro-*

- cess: A theoretical and empirical overview*, „International Journal of Psychology” 2007,
no. 42.
- Sęk H., Pasikowski T., *Proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym a subiektywne wskaźniki zdrowia*, „Studia Psychologiczne” 2003, nr 41.
- Tedeschi R., Park C., Calhoun L., *Posttraumatic growth: conceptual issues* [in:] R. Tedeschi, C. Park, L. Calhoun (eds.) *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, New Jersey 1998.

Autor

mgr Sebastian Skalski
Polska Akademia Nauk
Instytut Psychologii PAN

Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna

Coping with stress as a health behavior – psychological perspectives

EWA SYGIT-KOWALKOWSKA

Katedra Społecznej Psychologii Zdrowia, Rehabilitacji i Zarządzania, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Współczesne koncepcje psychologiczne człowieka mówią o istotnej roli środowiska dla kształtowania samopoczucia i sposobu funkcjonowania jednostki. W centrum rozważań naukowych znalazło się zagadnienie potencjalnych działań, jakie pozwalają uchronić jednostkę przed niekorzystnym wpływem otoczenia, pełnym stresowych sytuacji. Niniejsza praca koncentruje się wokół zagadnienia radzenia sobie ze stresem, przyjmując za literaturą przedmiotu, że jest to jedno z zachowań zdrowotnych człowieka, które wpływają na psychofizyczne samopoczucie człowieka.

Celem pracy jest zaprezentowanie doniesień naukowych z zakresu badań nad zależnościami między sposobami radzenia sobie z trudnościami a dobrostanem psychofizycznym człowieka. Omówione zostały zarówno korzystne efekty dla zdrowia, jak i negatywne konsekwencje indywidualnych wyborów człowieka dokonywanych w obliczu stresu.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, stres, radzenie sobie ze stresem

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 202-208

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.12.2013

Zakwalifikowano do druku: 19.03.2014

Contemporary psychological theories emphasize the role of environment in human health. They also focus on activities that can protect against disadvantages of stress in a human body and mind in the world of stressful situations. The article presents the aspects of coping with stress as one of human health behaviors that affect health.

The aim of the work is to describe the relation between a specific response to stress and keeping psychophysical health. The author described benefits and negative consequences of individual activity in stressful situations.

Key words: health behaviors, stress, coping with stress

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Ewa Sygit-Kowalkowska
Katedra Społecznej Psychologii Zdrowia, Rehabilitacji
i Zarządzania, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
ul. Staffa 1, 85 867 Bydgoszcz
tel. 52 3708447, e-mail: ewasygit@gmail.com

Wstęp

Zachowania człowieka przejawiane w obliczu sytuacji trudnych, oddziałujące na jego stan zdrowia i samopoczucie są obiektem zainteresowań ze strony psychologów. Ludzie odmiennie spostrzegają sytuacje stresowe i tym samym reagują na nie w zindywidualizowany sposób [1]. Radzenie sobie ze stresem stanowi nie tylko o potencjalnych możliwościach jednostki w rozwiązywaniu problemów. W znaczającej mierze rozstrzyga o prowadzeniu pro- bądź antystrodowotnego stylu życia. Wiele problemów zdrowotnych jest związanych z doświadczaniem przewlekłego stresu. Istotne jest jednak jakie działania i wysiłki podejmuje jednostka w jego obliczu.

Celem niniejszej pracy jest zaprezentowanie i omówienie zagadnienia radzenia sobie ze stresem jako zachowania mającego wpływ na stan zdrowia jednostki. Po uwagę wzięty został zarówno zindywidua-

lowany styl radzenia sobie, jak i strategie przejawiane w obliczu konkretnych trudności. W celu szczegółowego omówienia tematu, postanowiono przyjrzeć się poszczególnym formom radzenia sobie z trudnościami w relacji do konsekwencji zdrowotnych. Analiza piśmiennictwa w tym zakresie pozwoli odpowiedzieć na pytanie: w jakim stopniu radzenie sobie ze stresem jest aktywnością człowieka oddziałującą na jego dobrostan psychofizyczny.

Radzenie sobie ze stresem

Stres jest czynnikiem, który zakłóca równowagę organizmu i wpływa pośrednio na zdrowie i chorobę jednostki [2, 3]. Definiowany jako obciążenie, presja, napięcie, współcześnie określany jest trojako: jako bodziec, który przeszkadza i odrywa od aktywności, jako reakcja na taki bodziec ze środowiska zewnętrznego i jako dynamiczna relacja między człowiekiem

i otoczeniem [4]. Pomimo wieloznaczności ujęć, problematyka stresu sprowadza się do prostej zależności: w środowisku zewnętrznym i wewnętrznym człowieka występują pewne czynniki oceniane przez jednostkę jako stresogenne. Mogą powodować znaczące zmiany w funkcjonowaniu człowieka, których wpływ jest modyfikowany przez właściwości człowieka [5, 6]. Przedłużające się sytuacje stresowe mogą potencjalnie powodować stany lękowe, nerwice, zachowania agresywne oraz szereg objawów fizjologicznych jak wzrost ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca czy spadek poziomu wapnia i magnezu. To jednak od predyspozycji jednostki zależy, czy stres wpływa korzystnie, mobilizując (eustres) bądź negatywnie, w sposób szkodliwy (distres). Zależy to od indywidualnej reakcji na sytuację, dane wydarzenie [7, 8].

Tematyka działań zaradczych podejmowanych w sytuacjach trudnych jest ściśle powiązana z zagadnieniem stresu [9]. O ile wystąpią mechanizmy radzenia sobie, organizm człowieka nie jest narażony na wyczerpanie i osłabienie. Ma to na celu przywrócenie zakłóconej równowagi pomiędzy wymogami sytuacyjnymi a własnymi możliwościami sprostania im [10]. Odpowiedź na stres zależy od przyjętych działań zaradczych. K. Claus i J. Bailey (1980) jako indywidualne sposoby radzenia sobie opisali piętnaście wzorców zaradczych [11]. Do nich zaliczyli m.in.: ēwiczenia fizyczne, relaksację, masaż, integrację ciała, rozumu i ducha, rozładowywane konfliktów czy rozwijanie umiejętności komunikowania się z innymi. W niniejszej pracy skoncentrowano się głównie wokół pojęć związanych z indywidualnymi strategiami radzenia sobie i stylami radzenia sobie jednostek. Te dwa pojęcia to nadzędne elementy problematyki radzenia sobie ze stresem. Ponadto, stanowią bazę przytoczonych w pracy badań empirycznych. Jest to istotne z punktu widzenia prezentacji ich zdrowotnej roli.

Według definicji R. Lazarusa i S. Folkman (1984) strategie radzenia sobie ze stresem są to stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby [12]. Autorzy wskazują na dwie funkcje takiego wysiłku: by obniżyć przykro napięcie oraz by działać w celu rozwiązania problemu [13]. Kryterium wystąpienia stresu stanowi ocena poznawcza dokonana przez podmiot. Proces poznawczej oceny według R. Lazarusa dokonuje się na dwóch poziomach [14]:

- a. pierwotnej oceny zagrożenia czyli rozpoznania znaczenia sytuacji dla podmiotu;
- b. wtórnej oceny zagrożenia tj. oceny stopnia zagrożenia, własnych możliwości i wybór sposobu radzenia sobie.

Radzenie sobie ze stresem jest procesem dynamicznym i stanowi odpowiedź na określoną sytuację [15]. To, czy podjęta zostanie dana strategia rozstrzygają m.in. indywidualne właściwości. Każda jednostka przejawia pewien specyficzny sposób reagowania na sytuacje stresowe, czyli styl radzenia sobie. Z uwagi na fakt, że jest ono uruchamiane po wzbudzeniu emocji, to winno być uważane za integralną część procesów emocjonalnych [16]. Ujmując radzenie sobie z perspektywy ogólnej dyspozycji jest to względnie stała tendencja wyznaczająca przebieg radzenia sobie ze stresem. N. S. Endler i J. D. A. Parker wymienili następujące style radzenia sobie ze stresem:

- a. styl skoncentrowany na zadaniu;
- b. styl skoncentrowany na emocjach;
- c. styl skoncentrowany na unikaniu [17, 18].

Za kryterium powyższego podziału przyjęto funkcje działań zaradczych, które w procesie radzenia sobie obejmują ukierunkowanie na rozwiązanie problemu oraz obniżenie wysokiego napięcia [19]. Przejawianie stylu skoncentrowanego na zadaniu to podejmowanie w obliczu stresu wysiłku, by rozwiązać problem. Możliwe jest to poprzez zmianę trudnej sytuacji lub przez przekształcenia poznawcze. Jednostka o dominującym stylu emocjonalnym koncentruje się na sobie oraz na własnych reakcjach. Jeżeli strategie, jakie przyjmuje – pobudzają i podtrzymują emocje pozytywne, to można im przypisać analogiczną funkcję. Z kolei styl unikowy powoduje, że jednostka doświadczająca sytuacji trudnych, stresowych, nie myśli o problemie. Jej działania ukierunkowane są na odwrócenie uwagi od źródła stresu lub poszukiwanie wsparcia społecznego [19].

Z zagadnieniem sposobów radzenia sobie ze stresem wiąże się problematyka doboru odpowiednich działań przez jednostkę. Efektywność rozwiązania sytuacji stresowej wynika z dostosowania procesu radzenia sobie do wymagań sytuacyjnych. Dzięki adekwatnej ocenie pierwotnej (odpowiednia kwalifikacja okoliczności) oraz ocenie wtórnej (analiza możliwości) możliwy jest dobór określonych strategii radzenia sobie [10]. Jak wskazują wyniki badań A. Kuczyńskiej i B. Jandy-Dębek (2002) przejawianie danego sposobu radzenia sobie ze stresem jest ściśle powiązane z kategorialnym odbiorem sytuacji [19]. Zinterpretowanie sytuacji jako bezpiecznej lub jako wyzwania wpływa na podejmowanie zadaniowego stylu radzenia. Dla emocjonalnego stylu radzenia sobie, istotne było spostrzeganie sytuacji jako zagrożenia. Kategorialny odbiór sytuacji nie stanowił predyktora dla unikowego stylu radzenia sobie ze stresem.

Zachowania zdrowotne i ich klasyfikacja

Funkcjonowanie człowieka w sytuacjach wyzwań i zagrożeń naraża go na straty zdrowotne. Znaczącą

rolę w utrzymaniu zdrowia jednostki pełnią zachowania zdrowotne. Jest to jedno z czołowych pojęć z zakresu psychologii zdrowia i choroby. Próbę ich zdefiniowania podejmowano wielokrotnie. Ogólnie rzecz ujmując zachowania zdrowotne to działania jednostki podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają udokumentowany wpływ na zdrowie [20]. Wąskie ujęcie tego terminu zaproponowali M. Harris i S. Guten (1979), którzy określili zachowania zdrowotne jako aktywności prozdrowotne, które jednostka podejmuje celem ochrony, utrzymania i rozwoju zdrowia [21]. I. Helen-Klemens w definicji zachowań zdrowotnych podkreśla również celowość aktywności jednostki. Według autorki, zachowania te mają status czynności, ukierunkowanej na cele zdrowotne [22]. W literaturze przedmiotu przyjmują one zróżnicowane nazwy: zachowania zdrowotne, zachowania medyczne, praktyki zdrowotne, działania profilaktyczne, praktyki zdrowotne [23].

Szeroka definicja zachowań zdrowotnych zaprezentowana przez D. Gochmana (1988) zakłada, że do tego pojęcia zalicza się takie osobiste atrybuty, jak przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenie i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościo- we, włączając stany i cechy uczuciowe i emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia [15, 24]. Jest to złożona koncepcja, która akcentuje znaczenie mechanizmów psychologicznych dla kształtowania się zachowań zdrowotnych. Odwołuje się nie tylko do płaszczyzny poznawczej funkcjonowania człowieka (jego myśli, opinii), ale podkreśla rolę codziennych aktywności przejawianych w formie świadomych, celowych bądź zautomatyzowanych zachowań. Istotne jest również, że akcentuje emocjonalne motywy jako czynniki współdecydujące o praktykach zdrowotnych. Z uwagi na kompleksowość ujęcia procesu kształtowania się zachowań zdrowotnych autorstwa D. Gochmana, w niniejszej pracy stanie się ona koncepcją podstawową.

Zachowania zdrowotne mogą wywoływać zarówno korzystny, jak i niekorzystny skutek dla dobrostanu psychofizycznego jednostki. Z tej przyczyny należy wyodrębnić podział na klasy zachowań zdrowotnych:

- prozdrowotne (takie jak np. przestrzeganie zasad zdrowej diety, uprawianie ćwiczeń fizycznych, radzenie sobie ze stresem);
- antyzdrowotne (przykładowo nadużywanie alkoholu, narkotyków, dieta wysokotłuszcza, zachowania agresywne) [25].

Zachowania o korzystnych skutkach dla zdrowia mogą promować zdrowie, zwiększać jego potencjał,

zapobiegać chorobie i sprzyjać procesowi zdrowienia. Z kolei zachowania niekorzystne dla zdrowia mogą powodować bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne oraz mogą utrudniać proces zdrowienia [26]. Uwzględniając rozwój wiedzy na temat zdrowia i choroby, można dokonać szerszego podziału, przy uwzględnieniu m.in. behawioralnych, motywacyjnych i społecznych determinantów zachowań odnoszących się do zdrowia. Analiza zachowań zdrowotnych i ich związku ze zdrowiem pozwoliła I. Heszen i H. Sęk, (2008) określić bardziej szczegółowe kryteria klasyfikacji tych zachowań, mianowicie:

- a. zachowania korzystne albo niekorzystne – z punktu widzenia zachowań względem zdrowia;
- b. zachowania nawykowe bądź jako celowa czynność – według kryterium organizacji behawioralnej;
- c. z punktu widzenia poziomu świadomości i celowości (intencjonalności) zachowania;
- d. z uwagi na poziom zdrowia;
- e. związane z wypełnianiem roli społecznej;
- f. z uwagi na treść zachowania, sferę życia i aktywności [25].

Autorki tej klasyfikacji szczególną uwagę zwracają na podział zachowań zdrowotnych z uwagi na nawyki i celowe czynności zdrowotne. Podkreślają znaczącą rolę procesów socjalizacyjnych oraz wpływów kulturowych w kształtowaniu się stabilnych wzorów zachowań. Najprawdopodobniej stanowią one najstarszą kategorię zachowań istotnych dla zdrowia. Intencjonalność czynności zdrowotnych łączona jest z indywidualną świadomością. Autokreacja zdrowego stylu życia najczęściej pojawia się w sytuacji, gdy podjęcie nowych ról wyznacza nowe zadania. Zmiana zachowania w tym przypadku implikować może zmianę w aspekcie rozwojowym. W zależności od sytuacji zdrowotnej, może mieć ona charakter zarówno promocyjny, profilaktyczny bądź leczniczy.

Inni autorzy – J. O. Prochaska, C. C. DiClemente (1983) – proponują sześć wymiarów klasyfikacji zachowań zdrowotnych:

- a. przyswojenie – zaprzestanie (przykładowo: treningi fizyczne *versus* rezygnacja z wysokokalorycznej diety);
- b. uzależniające – nieuzależniające (zażywanie narkotyków *versus* zapinanie pasów bezpieczeństwa, ubiór odpowiedni do warunków atmosferycznych);
- c. częste – rzadkie (przykładowo: dbanie o higienę osobistą *versus* poddawanie się szczepieniom, badaniom lekarskim);
- d. dozwolone prawnie – prawnie zakazane (konsumpcja alkoholu *versus* prowadzenie pojazdu po spożyciu alkoholu);
- e. publiczne – prywatne (przykładowo: palenie papierosów *versus* zachowania seksualne);

f. społecznie akceptowane – nieakceptowane (gdy przykładowo spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków będzie nie do przyjęcia z uwagi na dane społeczeństwo czy grupę społeczną) [27].

Przedstawiona klasyfikacja odnosi się do zachowań, które zarówno zaspokajają potrzeby związane ze zdrowiem, jak i wynikają ze statusu indywidualno – społecznego jednostki. Koncepcja J. Prochaski i C. DiClemente może posłużyć wyjaśnieniu motywacji do przyswojenia, wygaszenia bądź zmiany zachowań w obszarze zdrowia jednostki. Jednak co istotne – nie uwzględnia rozwoju technologicznego i naukowego dzięki któremu zachowania prozdrowotne mogą być rozpowszechniane. Przykładowo, w polskich warunkach badania kontrolne piersi – będące elementem profilaktyki nowotworowej – są w dalszym ciągu aktywnością mało rozpowszechnioną w grupach wykluczonych społecznie. Wyjaśnieniem tego zjawiska mogą być podmiotowe uwarunkowania podejmowania zachowań zdrowotnych. Pośród zmiennych indywidualnych wymienia się m.in.: zmienne demograficzne (np. wykształcenie, dochód) i osobowościowo-temperamentalne (np. przekonania zdrowotne), zmienne życiorysowe, które mają istotny wpływ na aktywność zdrowotną jednostki [27]. Podkreślić należy, że procesy kształtowania się zachowań zdrowotnych charakteryzują się heterogenicznością – są regulowane poprzez liczne zmienne i mechanizmy. Motywacją do działań na płaszczyźnie zdrowia mogą być lepsze relacje społeczne, bezpośrednia gratyfikacja czyniąca wzmacnianie własnej samooceny.

Podsumowując, należy wskazać, że zachowania zdrowotne obejmują szereg aktywności człowieka, zdeterminowanych własnymi przeżyciami i przekonaniami. Klasyfikacja zachowań zdrowotnych może być rozpatrywana zarówno z perspektywy konsekwencji (zachowania pro- i antyzdrowotne) czy właściwości społecznych i psychofizycznych jednostki (konsepcja I. Heszen i H. Sęk). To indywidualne cechy każdego człowieka stanowią o jego motywacji do aktywności zdrowotnej.

Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne jednostki

Stan zdrowia jednostki oraz jego kondycja psychiczna zależą od charakteru zdarzeń stresowych oraz od wysiłków podejmowanych w celu ich korzystnego przekształcenia [28]. Panowanie nad samym sobą jest fundamentem zdrowia psychicznego [29]. Stąd radzenie sobie ze stresem można wpisać w grupę zachowań, mających wpływ na dobrostan człowieka [21]. S. Folkman, R. S. Lazarus i wsp. (1986) ukazują trzy możliwe drogi wpływu procesu radzenia sobie na zdrowie:

- a. radzenie sobie ze stresem może wpływać na reakcje neurochemiczne (ich częstotliwość, intensywność, czas trwania);
- b. radzenie sobie ze stresem może wiązać się z podejmowaniem zachowań antyzdrowotnych, np. używaniem substancji potencjalnie uzależniających;
- c. pewne formy radzenia sobie, np. zaprzeczanie, mogą mieć wpływ na niepodejmowanie adaptacyjnych zachowań zaradczych [30].

Proces zmagania się ze stresem ma swoje odpowiedniki fizjologiczne. Interpretacje rzeczywistości dokonywane w ośrodkowym układzie nerwowym przekazywane są do układu limbicznego. Wzrost pobudzenia emocjonalnego to aktywacja wzorców zachowań, wzorców odpowiadających ze strony układu nerwowego i hormonalnego. Hormony wydzielane pod wpływem stresu silnie oddziałują na komórki odpornościowe [31, 32]. Stres zmniejsza opór ze strony układu immunologicznego a jeśli jest silny i utrzymuje się stale – może długotrwale obniżyć jego sprawność. Zaoszczędzoną energię z komórek odpornościowych organizm może wykorzystać w potencjalnie zagrażającej sytuacji. Behawioralne i neurochemiczne wzorce emocji stanowią osiowy proces, który kształtuje nasze zdrowie. Stres może działać na rozwój choroby niedokrwiennej poprzez aktywację układu sympathycznego i wzrost poziomu tłuszczu we krwi. Dlatego indywidualna zdolność do radzenia sobie ze stresem może przyczyniać się do zmiany w długoterminowej obecności stanu stresu [33, 34]. Stres psychologiczny moduluje funkcjonowanie układu odpornościowego. Badania interdyscyplinarne pokazują, że przewlekłe doświadczanie stresu działa hamującą na jego funkcjonowanie [31]. Doświadczanie stresów życiowych odgrywa znaczącą rolę w etiologii zaburzeń depresyjnych. Badania pokazują, że depresja kliniczna jest związana ze zmianami odporności na poziomie komórkowym, wzrostem ilości białych krvinek.

Jak wskazali S. Folkman, R. S. Lazarus i wsp. (1986) radzenie sobie ze stresem może wiązać się z podejmowaniem zachowań antyzdrowotnych [30]. Taki sposób radzenia sobie obejmuje m.in. stosowanie środków psychoaktywnych. Używanie substancji odurzających w celu radzenia sobie ze stresem realizuje głównie funkcje regulacji stanu emocjonalnego. Efekty ich oddziaływania to redukowanie bądź pobudzanie napięcia, wzmaganie poczucia osobistej mocy [10, 28]. Używanie tych substancji zaliczane jest do strategii ucieczkowo-unikowych. Środki odurzające (alkohol, leki uspokajające i przeciwbiotowe, narkotyki) znoszą racjonalny ogląd rzeczywistości. Swoje działanie antystresowe wypełniają poprzez działanie uspokajające, zanik zmęczenia czy otwartość w kontaktach towarzyskich. W konsekwencji zasoby radze-

nia sobie ulegają zubożeniu, trwałemu zablokowaniu. Zanika osobista gotowość do angażowania się w inne sposoby zaradcze. Stąd przyjęte zostało określenie autodestruktynych strategii radzenia sobie. Analogicznie oceniane jest uprawianie gier hazardowych, kompulsywne objadanie się, długotrwałe oglądanie telewizji [13, 28].

Twórcy koncepcji S. Folkman i R. S. Lazarus (1986) uznali aktywne rozwiązywanie problemów jako te o charakterze prozdrowotnym [30]. Stwarzają one możliwość doświadczania emocji pozytywnych, przy jednoczesnej koncentracji nad przebiegiem stresowej sytuacji. Zaprzeczanie stanowi z kolei ucieczkę od stresora. Powoduje odsunięcie od siebie nieprzyjemnych myśli, doznań.

Jak pisze G. Chojnacka-Szawłowska (2009) indywidualne zdolności do radzenia sobie mogą przyczyniać się do podwyższania bądź ograniczania obecności stanu stresu. Możliwość unikania doświadczania przykrych napięć zapoczątkowuje i podrzuca nieprawidłowe zachowania żywieniowe [33]. Jak podaje K.B. Matheeny i wsp. (1986) dzięki przejadaniu się, możliwa jest ucieczka od uczucia złości, zmartwienia czy samotności [18]. To, jakie człowiek spożywa pokarmy i jak to robi jest ściśle powiązane z jego emocjami. Nadmierne spożywanie żywności, w szczególności tłuszczu, cukru i alkoholu może być spowodowane nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem. Nadmierne jedzenie jest formą zmagania się z kłopotami. Zwiększa potrzeba jedzenia jest bowiem wynikiem przeżywanych negatywnych emocji i pozwala na odwracanie od nich uwagi [35]. Nadmierne jedzenie może być formą zwrotienia na siebie uwagi, usprawiedliwieniem doznawanych porażek. Czynniki psychologiczne w określonych przypadkach są powodem wystąpienia nadwagi a sama otyłość stwarza osobom chorym problemy emocjonalne. Wzmożone łaknienie i wtórna nadwaga może być reakcją psychiczną na ostrą sytuację stresową. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe mają u swojego podłożą braki w odpowiednim radzeniu sobie ze stresem. Badania A. Brytek-Matery (2009) wykazały, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym rzadziej niż zdrowe kobiety podejmują działania polegające na pokonywaniu danego zdarzenia oraz pozytywnie przewartościowią własną sytuację [36]. Natomiast częściej zaprzeczają, że dana sytuacja miała miejsce. Z kolei kobiety z bulimią częściej zaprzestają działań w celu pokonania źródła stresu oraz piją alkohol lub zażywają inne środki. Oznacza to stosowanie przez nie strategii skoncentrowanych na emocjach. Etiologia zaburzeń odżywiania typu anoreksja wskazuje również na czynniki chorobotwórcze związane z relacjami rodzinnymi. Badania na rodzinach, w których któryś z członków był dotknięty anoreksją, przeprowadziła H. Bruch (1987). Wyniki wskazują, że osoby chore

nie były zachęcane do samodzielnej ekspresji swoich przeżyć ani do podejmowania działań według własnych potrzeb [37].

C. S. Carver i wsp. (1989), analizując poszczególne typy radzenia sobie, uwzględnili perspektywę konsekwencji zdrowotnych, jakie niosą ze sobą indywidualne reakcje stresowe jednostki [38]. Jak podkreślają twórcy tej koncepcji, styl radzenia sobie jest cechą charakterystyczną danego człowieka. Reakcje skoncentrowane na problemie są oceniane jako zdrowe i najbardziej przystosowawcze (przykładowo: planowanie, aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia). Przelewanie złości, frustracji na otoczenie, nieakceptowanie rzeczywistości to potencjalnie destrukcyjne reakcje [39-41]. Potwierdzają to J. Strelau i wsp., uzasadniając, że redukowanie stanu stresu, w odróżnieniu od koncentracji na emocjach, jest procesem gospodarowania zasobami [42]. Na potwierdzenie powyższych koncepcji należy przytoczyć prace autorstwa S. Moos i A. Schaeffer (1993). Wyróżnione zostały konstruktynne i niekonstruktynne strategie radzenia sobie ze stresem [28]. Badania S. Moos i A. Schaefer pokazały, że osoby stosujące strategie unikowe uzyskują gorsze rezultaty adaptacyjne niż osoby wykorzystujące częściej strategie zawiązane z rozwiązywaniem problemów. Prozdrowotny charakter przypisano również strategii pozytywnego przewartościowania. Badania autorstwa C.M. Aldwin i T.A. Revenson (1987) wykazały ponadto, że aktywne (instrumentalne) i planowe rozwiązywanie problemów chroni przez nasileniem symptomów psychologicznych (depresyjnych, lękowych), nawet w obliczu sytuacji wysoko stresowych [29]. Skrócenie czasu doświadczania stresu jest jednym z ważniejszych aspektów stosowania tych strategii. Z kolei częste stosowanie strategii ucieczkowych to wyjściowo gorszy stan zdrowia psychicznego. Korzystanie z tego typu nieefektywnych strategii radzenia sobie może skutkować narastaniem psychologicznego dystresu.

Według I. Heszen-Niejodek (1997) nie dowieziono jednoznacznej zdrowotnej przewagi któregoś ze stylów radzenia sobie. Należy brać pod uwagę kontekst sytuacyjny, jak i kryterium ze względu na które oceniana jest efektywność działań jednostki [43]. Korzyści ze strategii radzenia sobie mogą być mierzone wyłącznie jego skutkami. Doświadczanie sytuacji przewlekłego stresu (np. w związku z chorobą), na którą posiada się ograniczony wpływ, aktywuje określone style radzenia sobie. Strategia unikowa może być częściej stosowana. O ile jednak początkowo może być ona bardziej przystosowawcza, to przy dłuższym oddziaływaniu stresora staje się nieskuteczna [44]. Stąd konieczność elastycznego podejścia do radzenia sobie z trudnościami. Badania wskazują, że ocena sytuacji jako możliwej do zmiany częściej skłania ku strategiom skoncentro-

wanym na rozwiązaniu problemu. Niskie poczucie wpływu i osobistej kontroli nakierowuje jednostki na strategie skoncentrowane na emocjach [28].

Należy pamiętać, że zachowanie zdrowotne pod postacią radzenia sobie ze stresem może pozostawać w interakcji z innymi czynnikami behawioralnymi co w efekcie będzie warunkowało stan zdrowia jednostki. Prawdopodobieństwo wystąpienia schorzenia może być modyfikowane przez sumowanie poszczególnych zachowań szkodzących zdrowiu. Dodatkowo stosowanie niekorzystnych strategii radzenia sobie ze stresem może być czynnikiem dodatkowo wzmagającym działanie innego zachowania antystydrowotnego [45]. Przykładowo, radzenie sobie skoncentrowane na emocjach wśród chorych na astmę współwystępuje z niedostosowaniem się do zaleceń lekarskich. Jak wskazuje C. Barton i wsp. (2003), zmiany sposobów radzenia sobie w tej grupie chorych znacząco poprawiały funkcjonowanie w chorobie [46].

Podsumowanie

Podsumowując, literatura przedmiotu wskazuje na znaczący wpływ oddziaływanego sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresujących na zdrowie jednostki. Analizując zagadnienie działań zaradczych w obliczu stresu, istotne jest zorientowanie na problem efektywności takich zachowań. Piśmiennictwo w zakresie psychologii wskazuje, że koncentracja na zadaniu jest oceniania jako najzdrowsza forma funkcjonowania w sytuacjach trudnych. Pozwala pokonywać trudności, wzmacniając tym samym pozytywne nastawienie człowieka. Niemniej jednak to właściwości danej sytuacji oraz subiektywny odbiór własnego życia rozstrzygają, jakie sposoby radzenia sobie spełniają funkcję adaptacyjną. Radzenie sobie ze stresem może chronić zdrowie jednostki. Wyniki badań empirycznych wskazują na regulacyjną rolę aktywności zaradczych. Jeśli strategie nie prowadzą do zmiany sytuacji czy samopoczucia bądź nie sprzyjają konstruktywnemu spojrzeniu na problem to są zachowaniem niekorzystnym. Stąd reakcje na stres mogą pełnić zarówno rolę prewencyjną, jak i patogenną.

Piśmiennictwo / References

- Friedman HS. Uzdrawiająca osobowość. GWP, Gdańsk 2003.
- Wrońska-Polańska H. Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy. [w:] Zdrowie – stres – choroba. Wrońska-Polańska H (red). Impuls, Kraków 2008: 17-36.
- Chopra D. Creating Health – Beyond Prevention, Toward Perfection. Houghton Mifflin Company, Boston 1987.
- Moryś J, Jeżewska M. Problematyka stresu. Historyczne, społeczne i medyczne aspekty problematyki stresu. [w:] Psychologia w medycynie. Borys B, Majkowicz M (red). AM, Gdańsk 2006: 67-79.
- Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu? Ann Med Stetin 2009, 55(2): 83-90.
- Schneiderman N. Psychosocial, Behavioral & Biological Aspects of Chronic Diseases. Curr Dir Psychol Sci 2004, 13(6): 247-251.
- Huber L. Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(2): 268-275.
- Boenisch E, Haney CM. Twój stres. GWP, Gdańsk 2002.
- Mietzel G. Wprowadzenie do psychologii. GWP, Gdańsk 2008.
- Bargiel-Matusiewicz K, Podbielski Z i wsp. Współczesne rozumienie stresu. Wiad Lek 2004, 3-4: 188-192.
- Claus K, Bailey J. Living with Stress and Promoting Well-Being. Mosby, St Louis 1980.
- Folkman S. Personal control and stress, and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol 1984, 6(4): 839-852.
- Chmiel-Baranowska A. Stres i radzenie sobie z nim. [w:] Opieka paliatywna nad dziećmi. Dangl T (red). Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, 2008, 16: 211-213.
- Kulmatycki L. Emocje i stres. [w:] Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wojnarowska B (red). PWN, Warszawa 2008: 403-422.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość Stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. Mc Graw-Hill, NY 1966.
- Terelak JF. Człowiek i stres. Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2008.
- Sheridan ChL, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. IPZ, Warszawa 1998.
- Kuczyńska A, Janda-Dębek B. Subiektywna interpretacja sytuacji i style radzenia sobie ze stresem. [w:] Konteksty stresu psychologicznego. Heszen-Niejodek I (red). US, Katowice 2002: 13-26.
- Łuszczyska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk 2004.
- Harris DM, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. J Health Soc Behav 1979, 20: 17-29.
- Sęk H. Zdrowie behawioralne. [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki. tom 3. Strelau J (red). GWP, Gdańsk 2002: 533-553.
- Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia. [w:] Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red). UW, Wrocław 2001: 33-67.
- Gochman DS. Health Behavior: Plural Perspectives. [in:] Health Behavior. Emerging Research Perspectives. Gochman DS (ed). Plenum Press, NY 1988: 3-18.
- Heszen I, Sęk H. Poznawcze uwarunkowania zdrowia i choroby. [w:] Psychologia zdrowia. Heszen I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 2007: 106-121.

26. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. [w:] Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2007: 21-25.
27. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983, 51: 390-395.
28. Makowska H, Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. [w:] Dolińska-Zygmunt G (red). Podstawy psychologii zdrowia. UW, Wrocław 2001: 71-102.
29. Persaud R. Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jacek Santorski & Co, Warszawa 1998.
30. Folkman S, Lazarus RS, et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Personal Soc Psychol* 1986, 50(5): 992-1003.
31. Olff M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Res* 1999, 85: 7-15.
32. Goleman D. Working with emotional intelligence. Bantam Books, New York 1998.
33. Chojnacka-Szawłowska G. Zmęczenie a zdrowie i choroba. Perspektywa psychologiczna. Impuls, Kraków 2009.
34. Frijda NH. The emotions. Cambridge University Press, Cambridge 1986.
35. Pietrzykowska E, Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol Merk Lek* 2008, 143: 472-476.
36. Brytek-Matera A. Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. *Endokrynol Otyłość Zaburz Przem Materii*, 2009, 5(4): 213-219.
37. Bruch H. The changing picture of an illness anorexia nervosa in attachment and the therapeutic process. Int Univ Press, Madison 1987.
38. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. GWP, Gdańsk 2006.
39. Colbert D. Deadly Emotions: Understand the Mind – Body – Spirit Connection That Can Heal Or Destroy You. Thomas Nelson, Nashville 2003.
40. Salmon P. Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. GWP, Gdańsk 2002.
41. Bradley JR, Cartwright S. Social Support, Job Stress, Health, and Job Satisfaction Among Nurses in the United Kingdom. *Int J Stress Manag* 2002, 9(3): 163-182.
42. Strelau J, Zawadzki B, Oniszczenko W, Sobolewski A, Pawłowski P [w:] Osobowość a ekstremalny stres. Strelau J (red). GWP, Gdańsk 2004: 48-64.
43. Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. [w:] Psychologia zdrowia. Heszen-Niejodek I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 1997: 23.
44. Ledwoń M, Wróbel M. Regulacja nastroju oraz radzenie sobie ze stresem wśród metek dzieci chorych na chorobę nowotworową. *Psychoonkol* 2006, 10(2): 41-50.
45. Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia. [w:] Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red). UW, Wrocław 2001: 33-70.
46. Barton C, Clarke D, Sulaiman N, et al. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respir Med* 2003, 97: 747-761.

Problematyka stresu – przegląd koncepcji

Stress issues – a concept overview

ANNA KACZMARSKA, PATRYCJA CURYŁO-SIKORA

Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Stres aktualnie jest podawany jako jedna z głównych przyczyn chorób somatycznych i psychicznych. Znany jest wzajemny wpływ układu nerwowego i immunologicznego. Skutki wpływu stresu na układ odpornościowy zależą od czasu jego trwania i nasilenia. Niniejsza praca koncentruje się na przeglądzie współczesnych teorii dotyczących problematyki stresu. W artykule została przedstawiona transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman. Skupiono się także na salutogenetycznym ujęciu Antonovsky'ego podkreślającym znaczenie poczucia koherencji oraz teorii zachowania zasobów Hobfolla. Zaprezentowano rolę pozytywnych emocji oraz potencjałów zdrowia w procesie utrzymywania oraz powrotu do stanu równowagi bio-psychospołecznej, jakim jest pełne zdrowie.

Słowa kluczowe: koncepcje stresu, zasoby, zdrowie

© Hygeia Public Health 2016, 51(4): 317-321

www.h-ph.pl

Nadesłano: 04.07.2016

Zakwalifikowano do druku: 20.10.2016

Stress is currently reported as one of the main causes of somatic and mental diseases. The mutual influence of the nervous and immune systems is well known. The effects of the impact of stress on the immune system depend on its duration and severity. This study focuses on a review of contemporary theories concerning the issues of stress. This article presents the concept of Lazarus and Folkman's transactional model of stress. The article focuses also on the Antonovsky's salutogenic approach which emphasizes the role of the sense of coherence and the Hobfoll's conservation of resources theory. The role of positive emotions and health potentials in the process of maintaining and returning to the bio-psychosocial balance i.e. full health has also been presented.

Key words: stress concepts, resources, health

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Anna Kaczmarska

Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny

ul. Ingardena 4, 30-060 Kraków

tel. 502 10 79 70, e-mail: anna.kaczmarska@interia.eu

Wstęp

Stres oraz nieumiejęte radzenie sobie z nim jest przyczyną wielu chorób somatycznych i psychicznych. Jest on nieodłącznym towarzyszem życia człowieka. Jak wskazują badania Wróty-Polańskiej prowadzone wśród chorych na białaczkę, stres pełni rolę regulacyjną w zdrowiu i chorobie [1]. Stres i radzenie sobie (skuteczne i nieskuteczne), to psychologiczne mechanizmy zdrowia człowieka. Konsekwencją radzenia sobie ze stresem są emocje pozytywne i negatywne. Wydaje się oczywiste, że ciało, umysł i emocje są ze sobą ściśle związane. Istnieje coraz więcej dowodów empirycznych potwierdzających ten związek. Powstanie choroby, jej przebieg oraz możliwość wyzdrowienia w dużej mierze zależą od stanu psychicznego człowieka [2].

Stres a układ nerwowy i immunologiczny

Znany jest wzajemny wpływ układu nerwowego i immunologicznego. Układy te komunikują się ze sobą za pomocą osi układ współczulny – rdzeń nadnerczy (SAM) i osi podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy (HPA). Czas trwania i nasilenie stresu decydują o tym, czy ma on działanie pobudzające lub hamujące

układ immunologiczny. Znaczny i długotrwały stres hamuje humoralaną i komórkową odpowiedź układu odpornościowego organizmu, natomiast krótki i łagodny stres stymuluje [3]. Układ współczulny jest odpowiedzialny za tzw. reakcję walki lub ucieczki. Bezpośrednio po doświadczeniu stresora wydzielana jest adrenalina i noradrenalina. W wyniku działania tych hormonów następuje przyspieszenie pracy serca, tętna i oddechu, oskrzela i żyrenice rozszerzają się, krew napływa do mięśni, mózgu, serca, procesy trawienne organizmu ustają. Układ HPA rozpoczyna działanie po minutach lub godzinach od momentu zadziałania stresora. Wówczas przez korę nadnercze zostaje wytwarzany m.in. kortyzol. Hormony glikokortykosteroidowe osłabiają działanie układu immunologicznego. W większości przypadków stresor działa krótkotrwale. Okazuje się, że krótkotrwala stres może działać pobudzająco na układ odpornościowy. To chroniczny stres szczególnie niekorzystnie wpływa na zdrowie człowieka, obniżając odporność organizmu. W związku z tym, że reakcja na stresor ma charakter bardzo indywidualny zdarza się, że krótkotrwala stresory również uruchamiają wytwarzanie kortyzolu [4]. Długotrwały stres i bierne radzenie sobie z nim

skutkują kumulacją negatywnych emocji, do krwi wydzielana jest nadmierna ilość kortyzolu. Dochodzi do hiperadaptozy, prowadzącej w zależności od wzoru reagowania wegetatywnego do choroby [5].

Psychologiczne rozumienie stresu

Współcześnie w psychologii stres jest rozumiany trojako – jako reakcja, bodziec i transakcja [6]. Stres określa się jako złożoną odpowiedź organizmu na bodźce zakłócające jego homeostazę [7].

Pojęcie stresu do nauk o zdrowiu zostało wprowadzone przez Cannona, a kolejno rozwinięte przez Selyego. W tym ujęciu stres rozumiano jako fizjologiczną reakcję, została ona zdefiniowana przez Selyego jako nieswoista reakcja organizmu na wszystkie stawiane mu żądania. Selye stwierdził występowanie ‘ogólnego zespołu przystosowania’, w którym wyróżnił stadium: alarmowe, odporności, wyczerpania. Stres jest tu rozumiany w kategoriach odpowiedzi (reakcji) na bodźce (stresory). Stresor poprzez układ nerwowy i hormonalny może być przyczyną uogólnionej reakcji stresowej obejmującej cały ustrój. Seyle dokonał podziału stresu na eustres i dystres. Zwrócił uwagę, że stres nie tylko ma charakter negatywny, może być również pozytywny i mobilizujący. Eustres jego zdaniem to tzw. pozytywny, dobry stres, rozumiany w kategoriach sprzyjającej dla zdrowia odpowiedzi organizmu na stresory. Eustres działa motywująco i pobudzająco do rozwoju i zmiany. Dystres natomiast ma negatywny, niszczący wpływ i jest trudny do opanowania [8]. Aktualni badacze zajmujący się problematyką eustresu podkreślają jego współwystępowanie z pozytywnymi stanami psychologicznymi [9]. Współcześnie reakcyjne rozumienie stresu psychologicznego uznawane jest za niewystarczające i niewłaściwe. Zbliżone reakcje mogą być spowodowane bodźcami środowiskowymi, np. niska temperatura [10].

Przykładem bodźcowej definicji stresu jest koncepcja zmian życiowych, gdzie zmianą życiową określono każde zdarzenie powodujące zwiększenie aktywności adaptacyjnej ze względu na wiążące się z nim większe niż zwykle obciążenie psychiczne i fizyczne. Zgodnie z koncepcją zdarzeń życiowych otoczenie społeczne ma istotne znaczenie w doświadczaniu stresu przez jednostkę. Stresogenne wydarzenia mogą prowadzić do obniżenia odporności organizmu, a w konsekwencji do powstania chorób [11].

Relacyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman

Wśród współczesnych definicji stresu na uwagę zasługuje poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman. Autorzy ci stres definiują jako określoną relację między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczającą jej zasoby oraz zagrażającą jej

dobrostanowi [12]. Stres rozumiany jest w ujęciu transakcyjnym, jako relacja między jednostką a jej środowiskiem. O uznaniu danej transakcji za stresową decyduje subiektywna ocena poznawcza dokona przez osobę uczestniczącą w relacji. Ujęcie to podkreśla indywidualny i podmiotowy charakter stresu. Percepcja jednostki decyduje o tym, czy dana sytuacja jest klasyfikowana jako stresogenna. Wyróżnia się ocenę pierwotną w czasie, w której jednostka dokonuje oceny wymagań stawianych przez otoczenie, jak również ocenę wtórną dotyczącą oszacowania własnych możliwości poradzenia sobie ze stresem [13]. Podczas oceny pierwotnej transakcja może być oceniona jako: niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna, stresująca. Kolejno, jeśli relacja z otoczeniem zostanie uznana za stresującą, wówczas może być sklasyfikowana jako: krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie [10]. Ocena poznawcza pierwotna i wtórna, to dynamiczne procesy, które są ze sobą ściśle związane. W odpowiedzi na ocenę sytuacji jako stresowej uruchamiany jest proces radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach lub problemie. Wybór sposobów radzenia jest zależny od oceny sytuacji i może prowadzić do zmiany wcześniejszej jej oceny [14]. Folkman uzupełniła powyższą koncepcję o rolę pozytywnych emocji w radzeniu sobie ze stresem. Według Lazarusa pozytywne emocje pojawiają się na skutek korzystnego dla jednostki rozwiązania sytuacji stresowej [15]. Folkman i Moskowitz stwierdzili, że pozytywne emocje mogą się pojawić w wyniku poszukiwania i nadawania pozytywnego znaczenia sytuacji [16]. Tę funkcję radzenia sobie Folkman wprowadziła na podstawie badań wśród opiekunów osób chorych na AIDS. Wyniki okazały się zaskoczeniem, gdyż oprócz wysokiego poziomu negatywnych stanów psychologicznych u osób badanych zaobserwowano wysoki poziom pozytywnego afektu i przekonań. Badania te stanowią dowód na to, że w sytuacjach wysoce stresogennych oprócz negatywnych emocji, występują również pozytywne. W procesie radzenia sobie należy zatem uwzględnić ich rolę, która przekłada się na rodzaj radzenia sobie ze stresem. Radzenie sobie ze stresem może przyjąć formę: nasycania zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem, wzmacniania pozytywnego afektu, znajdowania korzyści w wydarzeniach stresowych [17]. W kontekście zdrowia rola pozytywnych emocji jest znacząca. Umiejętność wzbudzania ich w sobie i przeżywania okazuje się być nieocenionym źródłem wewnętrznej autoterapii na co wskazują badania naukowe mózgu człowieka [18]. W kryzysie, emocje pozytywne chronią przed stanami depresyjnymi, a nawet mogą prowadzić do rozwoju osobowości. Wdzięczność, miłość i zainteresowanie sprawiają, że w wyniku doświadczenia kryzysu może nastąpić wzrost zasobów [19]. Poprzez wzrost zasobów człowiek rozwija się i zachowuje zdrowie.

Stres a zasoby – definicja stresu Hobfolla

Hobfoll stres psychologiczny definiuje jako reakcję wobec otoczenia, w którym istnieje: zagrożenie utratą zasobów netto, utrata zasobów netto, brak wzrostu zasobów po ich zainwestowaniu [20]. Wyróżnia cztery rodzaje zasobów: 1. zasoby przedmiotowe, 2. okolicznościowe, 3. osobowe i 4. energetyczne. Zasoby te stanowią potencjał zdrowotny jednostki. Zdrowie w tym ujęciu, to rezultat równoważenia stresorów i zasobów odpornościowych. W podejściu tym akcentowana jest istota gospodarki zasobami, na którą składają się dwa cykle: strat i zysków. Wprowadzone zostaje pojęcie spirali strat i zysków. Zarówno zyski, jak i straty, mogą się zwiększać. Istotne jest, że utrata zasobów jest bardziej obciążająca, dotkliwa dla jednostki w zakresie jej dobrostanu i funkcjonowania niż ich zysk. Zdaniem Hobfolla im więcej jednostka posiada zasobów, tym mniej jest podatna na ich utratę, jednocześnie jest bardziej skłonna do uruchamiania spirali zysku nawet w warunkach ekstremalnego stresu, który często wiąże się ze stratą zasobów. Osoby, którym brakuje zasobów są bardziej narażone na ich utratę. Jest to wynik braku zasobów do ich zainwestowania w sytuacji początkowej ich straty oraz uruchomienia się spirali strat. Rezeruar zasobów powoduje, że osoba dąży do ich powiększenia, niski poziom zasobów natomiast wiąże się z występowaniem obronnych strategii w celu ochrony zasobów [21]. Koncepcja Hobfolla może być pomocna, gdy przedmiotem rozważań stają się negatywne skutki stresu i radzenia sobie. W ten sposób można rozpatrywać chorobę jako rezultat wyczerpania zasobów odpornościowych [22]. Utrzymanie zdrowia przez jednostkę zależy zatem od ilości posiadanych zasobów, im więcej tym większą ma szansę na ich pomnażanie, a co z tym się wiąże zachowanie zdrowia i jego wzrost.

Poczucie koherencji Antonovsky'ego

Według Antonovsky'ego twórcy koncepcji salutogenezy, stresory to wymagania, na które nie ma automatycznej odpowiedzi. Autor zakłada, że naturalnym stanem funkcjonowania człowieka jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi. Człowiek znajduje się w zmieniającej się rzeczywistości, w której nieustannie spotyka się z bodźcami, na które nie ma gotowej odpowiedzi adaptacyjnej, a na które musi reagować. Skuteczne radzenia sobie ze stresem, przez to procesy zdrowia polegają na wykorzystaniu dostępnych jednostce możliwości sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom bez zakłócenia dynamicznej równowagi. Z pojęciem dynamicznej równowagi wiąże się ujmowanie zdrowia na kontinuum zdrowie-choroba. Zdrowie, to proces poruszania się na kontinuum, gdzie na jednym krańcu znajduje się choroba, a na drugim zdrowie. Kluczowe jest pytanie

co powoduje, że osoba przemieszcza się w kierunku bieguna zdrowia. Zgodnie z koncepcją salutogenezy do wyznaczników zdrowia zalicza się: poczucie koherencji, zgeneralizowane zasoby odpornościowe oraz rodzaj i poziom stresorów. Zasadnicze znaczenie dla zdrowia człowieka ma poczucie koherencji [23]. Poczucie koherencji definiowane jest jako ogólna orientacja człowieka wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1. bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter strukturalizowany, przewidywalny i wy tłumaczalny, 2. ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, 3. wymagania te są dla niego wyzwaniem warty wysiłku i zaangażowania [24]. Do komponentów poczucia koherencji zaliczamy: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności-sterownalności, poczucie sensowności. Poczucie zrozumiałości określa stopień, w jakim człowiek spostrzega bodźce napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako zrozumiałe, uporządkowane, spójne i jasne. Osoba o silnym poczuciu zrozumiałości spodziewa się, że bodźce, z którymi zetknie się w przyszłości, niezależnie, czy będą pożądane, będą przewidywalne. W najgorszym wypadku oczekuje, że jeśli jakiś bodziec ją zaskoczy, będzie go mogła do czegoś przyporządkować i wyjaśnić. Poczucie zaradności określa stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają napływające bodźce. W sytuacji, gdy bodźce te są niepożądane, osoba o wysokim poczuciu zaradności uważa, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że wszystko ułoży się na tyle dobrze, na ile można się rozsądnie spodziewać. W najgorszym wypadku przypuszcza, że konsekwencje niepomyślnego zdarzenia dadzą się znieść. Poczucie sensowności wyraża motywację jednostki do działania. Jest to stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań jakie niesie życie warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Osoba o wysokim poczuciu sensowności spostrzega problemy jako wyzwania, które warto podejmować [24].

Wysokie poczucie koherencji pozwala człowiekowi na podjęcie aktywności w toku, której uruchomione zostają zasoby lub schematy poznawcze i kompetencje, pozwalają one na obniżenie działania stresorów lub na ocenę ich jako bodźców pozytywnych, albo bodźców zagrażających, ale stanowiących wyzwanie dla jednostki. Jeśli w ocenie trudnej rodzącej stres sytuacji dominuje wyzwanie, wówczas człowiek aktywizuje swoje możliwości, dzięki którym potrafi sprostać wymaganiom życia. Takie podejście do stresorów powoduje, że napięcie nie zmienia się w chroniczny stres

i nie spowoduje załamania zdrowia. Jeśli rozpatruje się stres w tym kontekście, to wpływa on uodporniająco i rozwojowo. Warunkiem tego korzystnego podejścia do stresorów jest zwykle niskie obciążenie stresorami, jak również wysoki poziom zasobów odpornościowych. W wypadku kiedy stresory są liczne, a człowiekowi brakuje zasobów i jego poczucie koherencji jest niskie, to prawdopodobnie napięcie przerodzi się w stres i negatywnie wpłynie na zdrowie [25].

Stres intrapsychiczny

Współcześnie stres stał się zjawiskiem powszechnie doświadczanym w różnych sytuacjach życiowych. Lekarze nawołują do jego ograniczenia, gdyż skutki zdrowotne permanentnego stresu są dzisiaj bardzo widoczne. Wiele problemów człowieka ma swoje źródło w wydarzeniach z jego przeszłości. Oczywiście aktualne sytuacje także mogą być przyczyną stresowych doświadczeń. Mogą powodować frustrację, poczucie braku sensu życia, niespełnienia itp. Stresogenne mogą być także wewnętrzne stany, jakie przeżywa jednostka. Niejednokrotnie są znacznie bardziej obciążające niż zagrożenie zewnętrzne. Wewnętrzne napięcie i konflikty, mimo braku zewnętrznych przyczyn tego stanu, generują uczucie lęku i braku bezpieczeństwa. Często też są powodem interpersonalnych problemów. Stres intrapsychiczny jest warunkowany i warunkuje relacje człowieka ze środowiskiem zewnętrznym. Osoby, które doświadczają problemów psychicznych prawdopodobnie gorzej radzą sobie w relacjach społecznych, co wiąże się z przeżywaniem stresu. Z kolei osoba funkcjonująca w warunkach stresogennych jest narażona na częstsze przeżywanie napięcia wewnętrznego. Na pewno istotne znaczenie ma w tej sytuacji tzw. odporność jednostki na stres oraz radzenie sobie ze stresem [26]. Przewlekły stres intrapsychiczny będzie sprzyjał obniżeniu poczucia zdrowia.

Potencjały zdrowia

Od momentu zdefiniowania zdrowia w rozumieniu salutogenetycznym, istnienie jednostki rozpatruje się jako jedną całość, rodzaj kontinuum od stanu zdrowia do stanu choroby. Uznanie faktu, że człowiek

przesuwa się w ciągu życia w obydwu kierunkach powoduje, że medycyna aktualnie interesuje się nie tylko stanami chorobowymi, co jest charakterystyczne dla podejścia patogenetycznego, ale również zdrowiem. Wymagania, które człowiek napotyka w ciągu każdego dnia w postaci ról, obowiązków skutkują reakcjami na poziomie fizjologicznym, biochemicalnym, immunologicznym, a również psychicznym jednostki. Osoba próbując utrzymać równowagę procesów życiowych korzysta ze swoich zasobów (potencjałów) zdrowotnych. Uwzględnia się zasoby biologiczne, psychologiczne, społeczne i duchowe. Pytanie o psychiczne potencjały zdrowia pojawiło się w ostatnich kilkudziesięciu latach. Psychika człowieka jest źródłem takich zasobów jak: cechy osobowościowe (temperament), struktura ja (samoakceptacja, pozytywna, adekwatna samoocena, tożsamość, poczucie sprawstwa, kontroli, poczucie własnej skuteczności) oraz umiejętność efektywnego rozwiązywania sytuacji życiowych i oddziaływanie na środowisko zewnętrzne (przede wszystkim inteligencja emocjonalna, która stanowi o zdolności do rozpoznawania, rozumienia i wyrażania emocji, jak również wykorzystywania ich w radzeniu sobie ze stresem czy osiąganiu celów) [27]. Dbanie i pomnażanie potencjałów wydaje się być zasadniczym warunkiem utrzymania zdrowia.

Podsumowanie

Z punktu widzenia holistycznego człowiek stanowi całość bio-psycho-fizyczną i duchową. W tym kontekście rozróżnienie stresu psychologicznego i fizjologicznego nie ma uzasadnienia. Stres jest procesem, który przebiega zarówno na poziomie biologicznym, jak i psychicznym człowieka [28]. Współczesna literatura dostarcza wiele teorii wyjaśniających problematykę stresu. Wiodącą wśród psychologicznych jest koncepcja Lazarusa i Folkman ujmująca stres jako relację. Na podkreślenie zasługują doniesienia dotyczące znaczenia zasobów w sytuacji utrzymania równowagi procesów życiowych, które są utożsamiane z zachowaniem bądź utratą zdrowia. Istotne są również dane dotyczące wpływu pozytywnych emocji na zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka.

Piśmiennictwo / References

1. Wrona-Polańska H. Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego. WUJ, Kraków 2011.
2. Barasch MI. The healing Path: A soul Approach to illness. Tarcher/Putnam, NY 1994.
3. Zimecki M, Artym J. Wpływ stresu psychicznego na odpowiedź immunologiczną. Post Hig Med Dosw 2004; 58: 166-175.
4. Martin PR. Umysł, który szkodzi. Mózg, zachowanie, odporność i choroba. Muza, Warszawa 2011.
5. Wrona-Polańska H. Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy. [w:] Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym. Wrona-Polańska H (red). Impuls, Kraków 2008: 17-36.
6. Moryś J, Jeżewska M. Problematyka stresu. Historyczne, społeczne i medyczne aspekty problematyki stresu. [w:] Psychologia w medycynie. Borys B, Majkowicz M (red). AM, Gdańsk 2006: 67-79.
7. Carlson NR, Heth CD. Psychology the science of behaviour. Pearson Education, New Jersey 2007.

8. Seyle H. Stres okiełznany. PIW, Warszawa 1977.
9. Simmons BL, Nelson DL. Eustress at work: Extending the holistic Stress Model. [in:] Positive organizational behavior: Accentuating the positive at work. Nelson DL, Cooper CL (eds). SAGE, London 2007: 40-54.
10. Heszen I. Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego. PWN, Warszawa 2013.
11. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967, 11(2): 213-218.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer-Verlag, NY 1984.
13. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present and future. Psychosom Med 1993, 55: 234-247.
14. Wrona-Polańska H. Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. AP, Kraków 2003.
15. Lelonek B, Cieślik A, Kamusińska E. Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. Probl Piel 2013, 21(1): 128-136.
16. Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. [in:] The scope of social psychology. Theory and application. Hewstone M, Schut HAW, De Wit JBF, et al (eds). Psychology Press, NY 2007: 193-208.
17. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. Anxiety Stress Coping 2008, 21(1): 3-14.
18. Jośko J. Pozytywne emocje siłą sprawczą zdrowienia. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(3): 374-376.
19. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. J Pers Soc Psychol 2003, 84(2): 365-376.
20. Hobfoll SE. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol 1989, 44(3): 513-524.
21. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. GWP, Gdańsk 2006.
22. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom III. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Strelau J (red). GWP, Gdańsk 2003: 465-492.
23. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. [w:] Psychologia zdrowia. Heszen-Niejodek I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 1997: 206-231.
24. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? IPiN, Warszawa 1995.
25. Sęk H. Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. [w:] Sęk H, Pasikowski T (red). Zdrowie – stres – zasoby: o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia. Humaniora, Poznań 2001: 23-42.
26. Płopą M, Makarowski R. Kwestionariusz poczucia stresu. Vizja Press & IT, Warszawa 2010.
27. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Forum Med Rodz 2010, 4(1): 44-52.
28. Łosiak W. Psychologia stresu. WAI, Warszawa 2008.

Pozytywne emocje i wsparcie społeczne
a aktywność sercowo-naczyniowa

Łukasz Kaczmarek

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Słowa kluczowe: pozytywne emocje, wsparcie społeczne, choroby układu-krażenie,
aktywność sercowo-naczyniowa

1. Wprowadzenie

Wiedza na tematy psychologicznych czynników sprzyjających zdrowiu, gromadzona jest od wielu lat w ramach psychologii zdrowia, a w ostatnich czasach wzrosło również zainteresowanie tą problematyką w ramach psychologii pozytywnej. Psychologiczne interwencje ukierunkowane na pielęgnowanie zdrowia somatycznego mogą w przyszłości w coraz większym stopniu opierać się na procesach wzbudzających pozytywne emocje i zapewniających względnie pozytywny nastrój (Fredrickson, 1998, 2000), ponieważ pozytywne stany afektywne nie są jedynie przejawem zdrowia, lecz stanowią ważny czynnik sprzyjający procesom fizjologicznym, psychologicznym oraz społecznym służącym zdrowiu oraz rozbudowie zasobów (Salovey, Rothman, Detweiler, Steward, 2000).

W dalszej części rozdziału przedstawione zostaną funkcjonalna teoria pozytywnych emocji oraz model wyjaśniający drogi, poprzez które pozytywny afekt wpływa na somatyczny aspekt zdrowia. Opisane zostaną również badania (w większości eksperymentalne), w których wykazano, w jakich warunkach pozytywne emocje oraz wsparcie społeczne wpływają na aktywność sercowo-naczyniową. Oprócz wskaźników hormonalnych, aktywność sercowo-naczyniowa jest jednym z najbardziej obiektywnych i relatywnie prostym do pomiaru wskaźnikiem zdrowia. Najbardziej bezpośrednio pozwala identyfikować - co oczywiste - czynniki ryzyka chorób układu krążenia, lecz również pośrednio, jako wskaźnik pobudzenia emocjonalnego, umożliwia ekstrapolację wyników na ogólne prawidłowości funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu.

2 . Funkcja emocji pozytywnych i ich wpływ na zdrowie

Wiedza na temat roli pozytywnych stanów afektywnych ulega stałej kumulacji. Duży wkład w zgromadzenie materiału empirycznego wniosła Alice Isen i jej współpracownicy (Isen, 2004, 2005). Funkcja pozytywnych emocji natomiast najlepiej została ujęta w ramach zaproponowanej przez Barbarę Fredrickson Teorii Poszerzającej i Budującej Funkcji Pozytywnych Emocji (ang. *Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*)¹.

Fredrickson (2001) podważyła użyteczność paradygmatu tendencji reagowania, który zakłada, że każda emocja wyzwala (lub przygotowuje) specyficzną reakcję, np. złość mobilizuje do zachowań agresywnych, smutek wyzwala w innych zachowania opiekuńcze a wstręt prowadzi do wycofania z kontaktu zarówno w wymiarze behawioralnym, fizjologicznym poprzez odruchy wymiotne jak i poznawczym poprzez blokowanie percepcji. Emocje pozytywne obserwowane z perspektywy konsekwencji bezpośrednich nie tworzą tak

¹ Teoria Fredrickson została już zasygnalizowana w poprzednim rozdziale K. Nadolskiej i H. Sęk

wyrazistych tendencji reagowania. W wielu badaniach (Isen, 2004; 2005) wykazano efekt wręcz przeciwny, a mianowicie procesy uwagi, myślenia oraz zachowania pod wpływem pozytywnego afektu zamiast koncentrować się na pewnym obszarze, podlegają rozszerzeniu. Osoba zdjęta strachem koncentruje się na obiekcie emocji i przygotowuje się do zachowań ukierunkowanych na radzenie sobie z zaistniałą sytuacją. Z kolei uwaga osoby, którą rozpiera radość, ulega decentracji, obejmuje szersze pole znaczeń, a w nurt uporządkowanych procesów myślowych wdzierają się zupełnie niespodziewane skojarzenia (czasem bezużyteczne, a czasem twórcze). W końcu, osoba radosna wykazuje tendencję do tego, by robić rzeczy, których nigdy wcześniej nie robiła i w ten sposób poszerzać pole swoich doświadczeń. Alice Isen (2005) nazwała ten stan elastyczną organizacją procesów poznawczych. Fredrickson (2001) określa ten aspekt pozytywnych emocji mianem „poszerzania repertuaru dostępnych myśli i zachowań” (ang. *thought-action repertoire*).

Fredrickson idzie w swych rozważaniach o krok dalej i proponuje wyjaśnienie tego, na czym polega długofalowa adaptacyjna funkcja „poszerzania”. Otóż długofalowym skutkiem przeżywania pozytywnych emocji jest rozbudowa zasobów. Różne pozytywne emocje wykorzystują potencjał pozytywnego afektu w odmienny sposób (por. także Seligman, 2005). Radość motywuje oraz tworzy potencjał poznawczy do zabawy społecznej, intelektualnej i artystycznej. Dobra zabawa wymaga ciągłego wykraczania poza utarte schematy, a radość jako jeden z rezultatów zabawy pozwala te schematy twórczo rozwijać. W zabawie ciągle zaskakujemy innych a również siebie nowymi pomysłami. Tym samym radość wyzwalając tendencje do zabawy sprzyja podejmowaniu, eksperymentowaniu i ćwiczeniu nowych zachowań. Zadowolenie wykorzystuje ten sam potencjał poznawczy w celu delekowania się bieżącą sytuacją i odniesionymi sukcesami. Ponieważ w stanie zadowolenia myślimy bardziej holistycznie, dochodzi do lepszego opracowania poznawczego nowych osiągnięć i lepszej integracji nowych przeżyć z wcześniejszymi. Z kolei, zainteresowanie prowadzi do eksploracji świata i to zarówno fizycznego jak i świata idei.

Każde z tych zachowań prowadzi do rozbudowy zasobów osobistych (Fredrickson, 1998, 2001). Pod wpływem emocji pozytywnych rozwijany jest potencjał, który w przyszłości może pomóc w skutecznym radzeniu sobie z trudnościami. Proces budowy zasobów zachodzi na poziomie fizjologicznym (np. gromadzenie tkanki mięśniowej) (por. McEwen, Lasley, 2003), psychicznym (np. wzrost odporności psychicznej) (Fredrickson, Tugade, Waugh, Larkin, 2003) oraz społecznym (np. integracja sieci wsparcia) (Gable, 2004).

Pozytywne emocje pozostają w związku funkcjonalnym z emocjami negatywnymi. Przyspieszają wycofanie zmian, które następują pod wpływem emocji negatywnych, np.

pobudzenie fizjologiczne (Fredrickson, Mancuso, Branigan, Tugade, 2000). Ten efekt jest jednym z istotniejszych, jeśli chodzi o wykorzystanie pozytywnych emocji w profilaktyce chorób serca. Emocje pozytywne wykorzystywane są przez osoby odporne psychicznie (ang. *resilient*) w celu odzyskania równowagi oraz nadania sensu negatywnym wydarzeniom (Tugade, Fredrickson, 2004). W sytuacji kryzysu mogą chronić przed objawami depresji. Emocje takie jak wdzięczność, zainteresowanie i miłość sprawiają, że pokonanie kryzysu może doprowadzić do rozbudowy zasobów powyżej stanu początkowego (Fredrickson, Tugade, Waugh, Larkin, 2003).

Z przeglądu badań dokonanego przez Kiecolt-Glaser i współpracowników (2002) wynika, że emocje negatywne szkodzą zdrowiu biologicznemu na wielu wymiarach, m. in. są powiązane z chorobami układu krążenia. Tylko w niektórych sytuacjach emocje negatywne mogą oddziaływać prozdrowotnie, na przykład krótkotrwałe negatywne epizody emocjonalne, związane z pobudzeniem nerwowego układu współczulnego mogą poprawiać działanie układu odpornościowego (Mayne, 1999; por. także McEwen, Lasley, 2003; Epel, McEwen, Ickovics, 1998). Dodatni wpływ pozytywnych emocji na zdrowie jest względnie niezależny od korzystnych skutków redukowania emocji negatywnych (Larsen, Hemenover, Norris, Cacioppo, 2004). Wynika stąd postulat, zgodnie z którym optymalne radzenie sobie ze stresem obejmuje umiejętne łączenie emocji negatywnych i pozytywnych (Larsen, i in., 2004; Folkman, Moskowitz, 2000).

Podobną metaanalizę, lecz w odniesieniu do pozytywnego afektu przeprowadzili Pressman i Cohen (2005). Zaproponowali model wyjaśniający prozdrowotną, również obejmującą układ krążenia, funkcję pozytywnego afektu (patrz. rysunek 1). Wzbudzony pozytywny afekt w sposób bezpośredni wpływa na aktywność sercowo-naczyniową. Ponadto w połączeniu z zasobami (w tym społecznymi) chroni przed silnymi reakcjami stresowymi, pełni funkcję buforową. Pomaga również podejmować zachowania zdrowotne.

Model ten jest w podstawowych założeniach zgodny z teorią Fredrickson. Podkreśla długofalowe konsekwencje przeżywania pozytywnych emocji w postaci rozbudowy zasobów, które następnie wykorzystywane są w celu minimalizowania obciążenia fizjologicznego wynikającego z radzenia sobie ze stresem. Również wprowadzanie modyfikacji w swoim zachowaniu, a więc także podejmowanie nowych zachowań zdrowotnych, powinno zachodzić skuteczniej w pozytywnym kontekście emocjonalnym. Zakłada również bezpośredni wpływ pozytywnego afektu na korzystne zmiany w funkcjonowaniu układu odpornościowego oraz aktywności sercowo-naczyniowej (por. także Salovey i in, 2000).

3. Pozytywne emocje a restytucja układu sercowo-naczyniowego

W sytuacji stresu fizjologiczna mobilizacja organizmu wykracza poza aktualne obciążenia. Wzmożona aktywność układu sercowo-naczyniowego może pełnić funkcję adaptacyjną. Tworzy rezerwę energetyczną pozwalającą sprostać nagłym niespodziewanym wymaganiom (por. Sosnowski, 2002). Po zakończeniu sytuacji stresowej adaptacyjny charakter ma szybka restytucja (ang. recovery). Dalsze obciążenie układu sercowo-naczyniowego może zużywać zasoby fizjologiczne oraz hamować anaboliczne procesy naprawcze (por. McEwen, Lasley, 2003). Dlatego im dłuższy czas między zakończeniem sytuacji stresowej a powrotem wskaźników aktywności sercowo-naczyniowej do poziomu podstawowego, tym większe ryzyko choroby.

Levenson i Fredrickson (1998) mierzyli czas powrotu wskaźników aktywności sercowo-naczyniowej do poziomu wyjściowego u osób, które obejrzały scenę z filmu wzbudzającą lęk. Scena przedstawiała człowieka, który chodził po gzymsie wiezowca i ześlizgiwał się z niego. Była ona na tyle sugestynna, by wywołać u osób badanych zmiany aktywności sercowo-naczyniowej. Następnie czterem grupom pokazywano różne fragmenty filmów, wywołujące różne stany afektywne (patrz. Tabela 1). Każdy z wybranych filmów oceniany był jako równie interesujący (średnio 2.15 na skali 0-8). Główna różnica między nimi zachodziła na wymiarze oceny ich wartości afektywnej na wymiarze „przyjemne – nieprzyjemne”.

Najkrótszy czas powrotu wskaźników aktywności sercowo-naczyniowej do stanu przed obejrzeniem filmu wystąpił w tej grupie, która została wprowadzona w stan zadowolenia oraz rozbawienia. Osoby pozostawione w stanie neutralnym doświadczały utrzymującego się pobudzenia dłużej. Natomiast przeżywanie smutku hamowało przebieg restytucji. Zatem pozytywne emocje skracaly w tych badaniach długość trwania obciążenie układu sercowo-naczyniowego o połowę, a zatem spełniły funkcję neutralizującą.

Podobną procedurę zastosowano w kolejnych badaniach Fredrickson (Fredrickson, Mancuso, Branigan, Tugade, 2000). Lęk wzbudzono zadaniem polegającym na przygotowywaniu się do publicznej przemowy; a zatem w tym przypadku był to lęk o charakterze społecznym. Uzyskano wyniki potwierdzające hipotezę szybszego wycofywania zmian.

Brosschot i Thayer (2003) uzyskali podobne wyniki w badaniach o innej procedurze niż Levenson i Fredrickson. Osoby badane zostały poproszone, aby w ciągu dnia, wykonując codzienne zajęcia, co godzinę określały rodzaj wykonywanej aktywności fizycznej oraz

wypełniały kwestionariusz samopoczucia obejmujący stopień pobudzenia emocjonalnego i znak emocji (przyjemnie-nieprzyjemnie). Również co godzinę trzykrotnie w odstępach 5 minutowych notowały wynik pomiaru tętna. Rodzaj aktywności fizycznej oraz pobudzenie emocjonalne wpływały na tętno w momencie pierwszego pomiaru. Jednakże o tym, jak długo tętno się utrzyma można było wnioskować jedynie na podstawie znaku emocji. Negatywny afekt wiąże się z utrzymującym się pobudzeniem układu sercowo-naczyniowego. Natomiast doświadczanie pozytywnego stanu zapowiadało spadek pobudzenia w ciągu najbliższych kilku minut. A zatem również w tych badaniach w warunkach terenowych zaznaczyła się funkcja neutralizująca pozytywnego afektu, lecz w tym przypadku dotyczyła ona raczej nastroju niż specyficznych epizodów emocjonalnych.

W innych badaniach Levensona i Fredrickson (1998) liczono częstotliwość uśmiechów występującą w trakcie oglądania smutnej sceny z filmu („Stalowe magnolie”). Przedstawiała ona matkę opłakującą swoją zmarłą córkę stojąc nad jej grobem. Celem badań miało być określenie, czy przeżywając negatywne emocje ludzie, którzy spontanicznie dostarczają sobie pozytywnych doznań, podlegają szybszej restytucji. Uśmiech potraktowano jako obiektywny rezultat różnorodnych procesów psychicznych najsilniej związanych z pozytywnymi emocjami, np. oceny powtórnej (ang. *reappraisal*) smutnego zdarzenia. Dopuszczono również możliwość interpretacyjną, zgodnie z którą uśmiechanie się jest nie tylko rezultatem przeżywanych emocji. Uśmiechanie się – czyli unoszenie koniuszków ust i marszczenie mięśni wokół oczu (tzw. uśmiech Duchenne) – może wywoływać specyficzne dla emocji pozytywnych wzorce funkcjonowania fizjologicznego poprzez wpływ na autonomiczny układ nerwowy (Ekman, Davidson, Friesen: za Levenson, Fredrickson, 1998). Dodatkowo, wywołanym w ten sposób zmianom autonomicznym może w niektórych sytuacjach towarzyszyć subiektywne doświadczanie przyjemności (Ekman, Levenson, Friesen: za Levenson, Fredrickson, 1998).

Wywołany smutek nie powodował przyspieszenia pracy serca, choć we wcześniejszych badaniach taki wzorzec zaobserwowano (Ekman 1983, za: Levenson, Fredrickson, 1998). Inne wskaźniki świadczyły zarówno o pobudzeniu sympatycznej części autonomicznego układu nerwowego (obniżenie amplitudy pulsu mierzonego w palcu), jak i o spadku jej pobudzenia (wzrost czasu rozchodzenia się pulsu do ucha i palca). Te zmiany ustępowały średnio po około 36 sekundach u osób często uśmiechających się. Natomiast osoby, które się nie uśmiechały „dochodziły do siebie” przez prawie minutę.

Badania miały charakter korelacyjny, więc niemożliwe jest wnioskowanie o wpływie uśmiechania się lub przeżywania pozytywnych emocji na przebieg procesu restytucji.

Pokazuje jedynie, że uśmiechanie się samo w sobie, bądź wspólnie z innymi procesami psychicznymi, z którymi jest powiązane, pozwala przewidywać wzorzec funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego. Osoby często uśmiechające się cechują się większą elastycznością układu sercowo-naczyniowego. Mogą zatem zabezpieczać się przed długotrwałyem pobudzeniem układu sympatycznego. Z kolei ludzie, którzy doświadczając emocji negatywnych zachowują kamienną twarz mogą być w większym stopniu narażeni na skutki przeciągającego się procesu restytucji.

Ludzie zależnie od cech osobowości w różnym stopniu korzystają z potencjału tkwiącego w pozytywnych emocjach. (Tugade, Fredrickson, 2004). Na przykład, u osób opisujących się jako odporne psychicznie (ang. *resilient*) proces restytucji przebiega szybciej i towarzyszy mu doświadczanie większego nasilenia pozytywnego afektu. Zgodnie z propozycją teoretyczną Fredrickson i wynikami przedstawionych badań eksperymentalnych pozytywne doznania afektywne stanowią w tej relacji czynnik aktywny.

Jednostki cechujące się odpornością psychiczną typu *resilience* w sposób naturalny dostarczają sobie pozytywnych doznań, dzięki którym niejako „odbijają się” od negatywnego doświadczenia emocjonalnego i powracają – również w wymiarze fizjologicznym – do poziomu wyjściowego. Jednym ze źródeł pozytywnych emocji jest u nich ocena sytuacji stresowej w kategoriach wyzwania a nie zagrożenia, której skuteczność w przyspieszaniu przebiegu restytucji wykazano również w innych badaniach (Mendes, Reis, Seery, Blascovich, 2003).

Również ludzie o niskiej odporności psychicznej zachęceni w wyniku manipulacji eksperymentalnej do potraktowania sytuacji stresowej jako wyzwania mają takie same tempo restytucji, jak osoby odporne. A zatem własną zdolność do szybszej normalizacji aktywności sercowo-naczyniowej można rozwijać. Jest to jeden z dowodów na skuteczność interwencji poznawczych ukierunkowanych na zmiany funkcjonowania na poziomie fizjologicznym.

4. Wsparcie społeczne a aktywność sercowo-naczyniowa

Ogólny wpływ wsparcia społecznego na zmniejszenie reaktywności sercowo-naczyniowej w sytuacji stresu został udokumentowany w szeregu badań (przegląd: Uchino, i in. 1996). Podobnie wsparcie społeczne traktuje się jako jeden z podstawowych czynników chroniących przed chorobami serca (Knoll, Schwarzer, 2004). Jednakże badania eksperymentalne, w których manipulowano poszczególnymi funkcjami wsparcia społecznego pokazują, że nie wszystkie typy (emocjonalne, instrumentalne lub rzeczowe) oraz wymiary (np. otrzymywane lub spostrzegane) wsparcia są równoważne. Wsparcie społeczne może

stanowić bufor redukujący poziom stresu. Może również wywoływać efekt sprzeczny z intencjami osoby pomagającej – nasilenie reakcji sercowo-naczyniowych świadczących o pobudzeniu części sympatycznej autonomicznego układu nerwowego. Wsparcie społeczne może również nie wpływać znacząco na pracę układu krążenia.

Craig, Lynch i Quartner (2000) mierzyli reaktywność układu sercowo-naczyniowego u pacjentów przechodzących rehabilitację po zawale serca. W celu wywołania reakcji stresowej przeprowadzali badanie Testem Apercepcji Tematycznej, który oprócz pierwotnych właściwości diagnostycznych, stanowi dla badanych silny stresor. Do pomiaru spostrzeganego wsparcia społecznego użyto skali SSQ-6 (ang. Social Support Questionnaire). Kwestionariusz obejmuje 6 sytuacji stresowych, w których przydatna może być pomoc ze strony innych osób. Zadanie osób badanych polega na wypisaniu inicjałów osób, na których pomoc mogliby w takiej sytuacji liczyć (por. Cieślak, 2004). Ludzie żywiący przekonanie, że w trudnych sytuacjach znajdą się trzy wspierające osoby reagowali niższym pobudzeniem sercowo-naczyniowym niż osoby, które spodziewały się pomocy tylko od jednej osoby.

Zupełnie przeciwe są wyniki badań Roya, Steptoe'a i Kirschbauma (1998). W ich badaniach zdrowi, młodzi strażacy rozwiązywali proste zadanie arytmetyczne polegające na sumowaniu kolumn cyfr. Do pomiaru spostrzeganego wsparcia społecznego użyto 12-temowej skali SSQ. W tym przypadku wraz ze wzrostem zakresu spostrzeganego wsparcia społecznego rosła siła reakcji sercowo-naczyniowej w trakcie wykonywania zadania. W jaki sposób można wytlumaczyć tę rozbieżność? Po pierwsze - ograniczoną reprezentatywnością próby. W badaniach Craiga i współpracowników brali udział ludzie w wieku średnio 68 lat, kobiety i mężczyźni przyjmujący leki regulujące pracę układu sercowo-naczyniowego (m. in. beta-blokery i wazodylatory). Natomiast w badaniach Roya i współpracowników – młodzi, zdrowi mężczyźni, wobec których z racji wykonywanego przez nich zawodu mogą posiadać specyficzne cechy osobowości (np. duże zapotrzebowanie na stymulację). Drugie wytlumaczenie dotyczy różnicy w typie zadania, z którym skonfrontowaniu zostali badani. W badaniach pierwszych badani musieli dokonać analizy i interpretacji wieloznacznego materiału wizualnego. Jest to zadanie angażujące proces orientacji, wymaga kreatywności i refleksji. Natomiast zadanie strażaków polegało jedynie na bezrefleksyjnym, automatycznym wykonaniu ciągu prostych operacji intelektualnych. Z badań Sosnowskiego (2003) wynika, że wykonywaniu zadań pierwszego typu, zwanych przez niego zadaniami typu „edit”, czyli wymagającymi orientacji i wglądu, towarzyszy niższe pobudzenie układu sercowo-naczyniowego, niż zadaniom typu „run”, w których aktywność przebiega według prostych wyuczonych schematów.

Uno, Uchino, Smith, (2002) prosili grupę kobiet, aby stawiły się na miejsce badań wraz z przyjacielem lub przyjaciółką. Osoby badane przygotowywały i wygłaszały 3 minutowe wypowiedzi na bieżące tematy. Po każdej z nich otrzymywały kartkę z informacją od przyjaciela, który obserwował ich poczynania z sąsiedniego pokoju. Przyjaciele we współpracy z eksperymentatorem sporządzali notatkę tak, aby spełniała jedną z trzech funkcji: udzielała wsparcia emocjonalnego („pomyślałbym, że ludzie w takiej sytuacji będą się denerwować, ale tobie widzę idzie świetnie”), udzielała wsparcia instrumentalnego podsuwając pomysły lub wsparcia nie udzielała („Przepraszam, nie mogę wymyślić, jak ci pomóc”). Dodatkowo mierzono czy relacja z przyjacielem ma charakter wyłączeni pozytywny, czy też jest ambiwalentna. Wyniki pokazują, złożoność funkcjonalną różnych funkcji wsparcie społecznego. Osoby wchodzące w interakcję nacechowaną emocjonalną ambiwalencją reagowały wyższym poziomem pobudzenia układu sercowo-naczyniowego niż osoby spostrzegające relacje jako wyłącznie pozytywną. Ponadto emocjonalne wsparcie społeczne otrzymywane od osoby ocenianej wyłącznie pozytywnie wiązało się z mniejszą reaktywnością. Natomiast próby „podniesienia na duchu” kierowane przez osoby ambiwalentne wywoływały złożoną reakcję. Z jednej strony powodowały wzrost objętość minutowej serca a z drugiej – spadek oporu obwodowego. A zatem ambiwalentna relacja wywołuje niejednoznaczne reakcje fizjologiczne.

W badaniach Deelstry i in. (2002) w zaaranżowanym w laboratorium biurze osoby badane (z wykształceniem administracyjnym) miały do wykonania zadanie polegające na sporządzeniu planów podróży i zarezerwowaniu hoteli dla uczestników pewnej konferencji. W tym celu miały się posłużyć programem komputerowym zawierającym bazę danych uczestników. Część osób badanych otrzymywała kompletną bazę danych umożliwiającą wykonanie zadania (sytuacja bezproblemowa). Pozostałe osoby korzystały z bazy niekompletnej (sytuacja problemowa). Połowie osób już na początku zadania udzielono informacji, że na wypadek błędów w bazie danych w szufladzie znajduje się kopia zapasowa. Pozostali dowiadywali się o tym dopiero od osoby, która wykonywała podobne zadanie w tym samym pomieszczeniu. W rzeczywistości był to pomocnik eksperymentatora udający osobę badaną. Dzięki jego interwencji osoba badana mogła rozwiązać problem i ukończyć zadanie. Nie zaobserwowano różnic w reakcji fizjologicznej między samodzielnym rozwiązywaniem problemu a skorzystania z instrumentalnego wsparcia społecznego koniecznego do wykonania zadania. Jednakże gdy osoba badana posiadała wszystkie

niezbędne informacje, narzucona im wspierająca interwencja instrumentalna wywoływała wzrost reaktywności sercowo-naczyniowej.

Wsparcie społeczne słusznie zakorzeniło się w świadomości tak laików jak i psychologów zdrowia, jako jeden z głównych zasobów chroniących przed szeregiem komplikacji zdrowotnych oraz redukujący śmiertelność (Knoll, Schwarzer, 2004). Jednakże istnieje ryzyko, że w projektowaniu działań praktycznych można łatwo osiągnąć cel przeciwny wobec zamierzonego, jeżeli wsparcie społeczne utożsamimy z samą obecnością osób gotowych nieść pomoc. Dotyczy to szczególnie efektów emocjonalnych, a co za tym idzie, zmian aktywności sercowo-naczyniowej.

Dla funkcjonowania efektywnego wsparcia społecznego ważna jest nie tylko obecność innych osób oraz ich działania, lecz również spostrzegana emocjonalna wartość relacji łączącej wspierającego ze wspieranym. Podobne wnioski płyną z badań nad zjawiskiem z komplementarnego względem wsparcia społecznego obszaru, jakim może być proces poszukiwania innych osób w odpowiedzi na pozytywne zdarzenia. W takich sytuacjach wchodzimy w interakcje z innymi nie po to, aby otrzymać pomoc, lecz w celu podzielenia się pozytywnymi informacjami (np. o własnym awansie lub wygranej nagrodzie). Shelly Gable (Gable, Reiss, Impett, Aster, 2004), która prowadzi badania nad tym procesem określiła go mianem kapitalizacji pozytywnych zdarzeń. Wyróżniła cztery ogólne warianty odpowiedzi osób bliskich na wnoszone pozytywne komunikaty. Partner interakcji może stosować strategie konstruktywne (utrzymujące lub wzmagające pozytywny stan) lub strategie destruktywne, w których może zwracać uwagę na negatywne aspekty zmian (np. mniej wolnego czasu na skutek awansu). Dodatkowo stosowane strategie mogą mieć charakter aktywny lub pasywny. Wykazano, że dzielenie się pozytywnymi emocjami prowadzi do większego dobrostanu, zwłaszcza gdy spotyka się z konstruktywną i aktywną odpowiedzią partnera.

5. Podsumowanie

Jak wynika z powyższego przeglądu, posiadamy coraz więcej przesłanek skłaniających do wniosku, że pozytywne emocje stanowią ważny dla zdrowia. Emocje negatywne pełnią bardzo ważną funkcję orientacyjną i automatycznie przygotowującą organizm do zachowań adaptacyjnych, w związku z tym należy zaakceptować koszt fizjologiczny jaki za sobą niosą. Jednakże emocje pozytywne mogą współwystępować z negatywnymi: smutek może mieszać się z nadzieję, poczucie krzywdy po stracie może odbywać się w kontekście wdzięczności, a strach może mieć domieszkę zainteresowania. Tym samym możemy oczekwać, że w ten sposób emocje pozytywne będą neutralizowały

część obciążenia fizjologicznego, a w szczególności doprowadzą do szybszej restytucji, gdy sytuacja stresowa się skończy. Usprawnianie procesu restytucji może zabezpieczać przed szkodliwymi efektami długo utrzymującego się pobudzenia fizjologicznego, które obciąża organizm i hamuje procesy odbudowy zasobów.

Również wsparcie społeczne wyraźnie wpływa na funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego. Ogólny prozdrowotny wpływ wsparcia społecznego na zmniejszenie ryzyka chorób serca został dobrze udokumentowany. Jednakże dokładniejsze analizy wpływów poszczególnych funkcji wsparcia społecznego ukazują złożoność tego konstruktu. Nie każda interwencja wspierająca i nie od każdej osoby będzie sprzyjała lepszemu funkcjonowaniu. W miarę kumulacji wiedzy z zakresu funkcji wsparcia społecznego możliwe stanie się optymalizowanie stosowanych interwencji poprzez eliminację działań prowadzących do efektów sprzecznych z zamierzonymi.

LITERATURA

- Brosschot, J. F., Thayer, J. F. (2003). Heart rate response is longer after negative emotions than after positive emotions. *International Journal of Psychophysiology*, 50, s. 181-187.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, Th. F., Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological Influences on Immune Function and Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, s. 537-547.
- Roy, M. P., Steptoe, A., Kirschbaum, C. (1998). Life Events and Social Support as Moderators of Individual Differences in Cardiovascular and Cortisol Reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, s. 1273-1281.
- Tugade, Fredrickson (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 2, s. 320-333.
- Craig, F. W., Lynch, J. J., Quartner, M. D. (2000). The Perception of Available Social Support is Related to Reduced Cardiovascular Reactivity in Phase II Cardiac Rehabilitation Patients. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35, 4, s. 272-283.
- Deelstra, J. T., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B., Stroebe, W., Zijlstra, F. R. H., van Doomen, L. P. (2003). Receiving Instrumental Support at Work: When Help Is Not Welcome. *Journal of Applied Psychology*, 88, 2, s. 324-331.
- Epel, E. S., McEwen, B. S., Ickovics, J. R. (1998). Embodying Psychological Thriving: Physical Thriving in Response to Stress. *Journal of Social Issues*, 54, 2, s. 301-322.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 644-653
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? Review of General Psychology, 2, 3, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention and Treatment, 3. Pozyskano: 2 marca 2002, z World Wide Web: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 3, 218-276.

- Fredrickson, B. L., Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 2, s. 191-220.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, Ch., Tugade, M. M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 4, s. 237-258.
- Gable, S., Reiss, H. T., Impett, E. A., Asher, E. R. (2004). What do we do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 2, s. 454-469.
- Isen, A. M. (2004). Rola neuropsychologii w zrozumieniu korzystnego wpływu afektu pozytywnego na zachowania społeczne i procesy poznawcze. W: J. Czapiński (red.). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
- Isen, A. M. (2005). Pozytywny afekt a podejmowanie decyzji. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.) *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- McEwen, B., Lasley, E. N. (2003). Allostatic Load: When Protection Gives Way to Damage. *Advances*, 19, 1, s. 28-33
- Roy, M. P., Steptoe, A., Kirschbaum, C. (1998). Life Events and Social Support as Moderators of Individual Differences in Cardiovascular and Cortisol Reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 5, 1273-1281.
- Sosnowski, T. (2002). Zadania umysłowe a aktywność sercowo-naczyniowa. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin*, 119, 3, s. 488-531.

ELŻBIETA BENEDYSIUK¹, MAŁGORZATA TARTAS²

MECHANIZMY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W DEPRESJI

COPING MECHANISMS IN DEPRESSION

¹ Katedra i Klinika Neurochirurgii AM w Gdańsku

kierownik: prof. dr Paweł Słoniewski

² Samodzielna Pracownia Psychologii Medycyny AM w Gdańsku

kierownik: dr Waldemar Budziński

Celem prezentowanej pracy jest próba określenia strategii radzenia sobie, stosowanych w obliczu stresujących wydarzeń, przez chorych w depresji oraz ich związków z ukrytą złością.

Osoby chore na depresję różnią się istotnie od osób nie prezentujących tego rodzaju objawów, strukturą stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Ukryta złość, pozostaje w istotnych związkach ze wszystkimi strategiami z grupy unikowych – oznacza to, że wpływa na większą gotowość do unikania stresujących wydarzeń życiowych. Szczególną specyfikę tej relacji stanowi fakt, że zmienna ta obniża tendencję do podejmowania prób rozwiązania zaistniałego problemu (DR) oraz gotowość do poszukiwania innych źródeł satysfakcji życiowej (PW). Zmiany życiowe, jak wykazały badania, determinują radzenie sobie. Zależność ta dotyczy mniejszej gotowości do stosowania konfrontacyjnej strategii pozytywnego przewartościowania (PP), częściej natomiast strategii unikowych: akceptacja /rezygnacja (AR), wyładowanie emocjonalne (WE).

Związki stresu z depresją, jego rola w wyzwalaniu kolejnych faz choroby oraz czynniki, które pośredniczą w relacji stres – depresja są coraz częściej przedmiotem badań w psychiatrii i psychologii [12]. Obecnie depresję postrzega się jako zaburzenie o wieloczynnikowej etiologii. W patogenezie tego schorzenia uwzględnia się zarówno czynniki genetyczne, biologiczne jak i psychospołeczne. Dla wyjaśnienia patomechanizmu depresji wykorzystuje się coraz częściej model „predyspozycja – stres”. Podejście to wynika z założenia, że u osób posiadających genetycznie uwarunkowaną predyspozycję do określonego zaburzenia psychicznego, choroba może ujawnić się jedynie pod wpływem stresujących wydarzeń życiowych. Owa predyspozycja (*vulnerability*) to wykształcone w wyniku społecznego uczenia się konstrukty poznawcze oraz wyuczone sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych [1]. Jako wydarzenia życiowe (*life-events*) definiowane są natomiast te wydarzenia, szczególnie o charakterze utraty lub przeciążenia, które w zależności od cech osobowości jednostki mogą powodować depresję lub mieć wpływ na jej obraz kliniczny [12].

Częstość występowania wydarzeń życiowych w roli czynników spustowych inicjujących początek chorób afektywnych w różnych badaniach waha się od kilkunastu do 100% [12]. Szczególne znaczenie przypisuje się takim wydarzeniom życiowym, jak: śmierć bliskiej osoby, konflikty małżeńskie i rodzinne, zawody emocjonalne, zmiany statusu rodzinnego, konflikty interpersonalne, trudna sytuacja rodzinna, kłopoty z dziećmi, choroby, (Strzyżewski, Nowakowska, 1983) [3]. Analizując zależności między zaburzeniami nastroju a stresującymi wydarzeniami życiowymi wielu badaczy odwołuje się do tzw. czynników pośredniczących, które modyfikują wpływ stresu na zdrowie jednostki. Decydujące znaczenie przypisuje się indywidualnym cechom jednostki (reaktywność) oraz środowisku społecznemu, w którym ona funkcjonuje. Istotne znaczenie badacze przypisują również poczuciu koherencji. Jest to pewna trwała orientacja jednostki wobec rzeczywistości, na którą składa się poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności [4]. Zdaniem badaczy, im wyższe poczucie koherencji, tym jednostka skuteczniej radzi sobie w sytuacjach stresowych, i tym samym mniejsze prawdopodobieństwo, że stres przyczyni się do wystąpienia problemów zdrowotnych [12]. Pacjenci z chorobą depresyjną oceniają stresujące wydarzenia jako bardziej do poradzenia sobie z nimi (Kessler, 1997). Pogląd ten koresponduje z koncepcją oceny poznawczej Lazarusa, który zakłada, że dane zdarzenie uznane zostaje za stresujące w zależności od przypisania mu znaczenia przez jednostkę [12]. Osoby chorujące na depresję, w ocenie pierwotnej, częściej niż osoby zdrowe, uznają wydarzenia życiowe za bardziej zagrażające i trudniejsze do poradzenia sobie z nimi. Przyczyną takiej oceny zdarzeń mogą być dysfunkcjonalne schematy poznawcze, którymi posługują się chorzy na depresję [12].

Eklektyczne podejście do zjawiska depresji Billingsa i Moosa [6], zakłada, iż depresja jest wynikiem interakcji stresujących życiowych zdarzeń i czterech czynników. Są nimi: zasoby osobiste (*personal resources*), zasoby środowiskowe (*environmental resource*), poznawcze reakce oceniące stres (*appraisal responses*) i działania mające na celu radzenie sobie ze stresem (*coping responses*) [10]. Do zasobów osobistych autorzy zaliczają: pojęcie „ja”, umiejętności społeczne, zdolność rozwiązywania problemów, poczucie skuteczności w działaniu. Zasoby środowiskowe to szeroko rozumiane wsparcie społeczne, którego źródłem są rodzina, praca, przyjaciele. Wspierające związki międzyludzkie, mogą zarówno osłabiać jak i niwelować wpływ stresu na funkcjonowanie jednostki. Poznawczy proces oceniania sytuacji stresującej dotyczy tych elementów relacji z otoczeniem, które są ważne dla dobrostanu jednostki. Z tej perspektywy relacja może być oceniona jako nie mająca znaczenia, korzystna albo stresująca, czemu towarzyszą różnego rodzaju emocje, zarówno pozytywne jak i negatywne [7]. Aktywność uruchamiana w obliczu stresu wyzwala zachowania zaradcze odpowiedzialne za adaptacyjny lub dezadaptacyjny sposób postępowania jednostki. Owe zachowania zależne są od właściwości człowieka, właściwości sytuacji, oraz możliwości fizycznego i społecznego otoczenia [8].

Znaczący wkład w rozwój problematyki radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami mają prace Moosa (Holahan, Moos, 1987) [8]. Autor mówi o potrzebie zachowania równowagi psychologiczno-społecznej w sytuacji kryzysu. Ponieważ kryzys jest nowym doświadczeniem zwykle uruchamiane strategie nawykowe, charakterystyczne dla danej jednostki mogą być nie wystarczające. Sytuacja ta wymaga podjęcia nowych działań zmierzających do jakiegoś rozwiązania, które mogą mieć charakter adaptacyjny, prowadzący do pozytywnych efektów zdrowotnych lub dezadaptacyjny. Kryzys, co podkreśla Moos, mimo iż jest wydarzeniem negatywnym, stwarza okoliczności do rozwoju osobistego, reintegracji osobowości, naby-

wania nowych umiejętności życiowych. Z drugiej strony może prowadzić do dezorganizacji osobowości, zaburzeń przystosowania oraz choroby. Od znaczenia nadanego kryzysowi przez jednostkę w procesie poznawczej oceny zależy jakość umiejętności zaradczych, które są narzędziem adaptacji w kryzysie [8]. Moos wyróżnia następujące sposoby radzenia sobie: analiza logiczna (AL) – poznawcze próby zrozumienia i rozważenia możliwych działań i ich konsekwencji; pozytywne przewartościowanie (PP) – poznawcza rekonstrukcja sytuacji oraz próba znalezienia w niej pozytywnych aspektów; poszukiwanie informacji i wsparcia (PW) – behawioralne próby uzyskania pełniejszej informacji na temat sytuacji i umiejętność znajdowania wsparcia społecznego; działanie rozwiązuające problem (DR) – behawioralne działania skierowane bezpośrednio na problem; unikanie poznawcze (UP) – poznawcze próby skierowane na unikanie realistycznego rozważenia problemu i zaprzeczanie; akceptacja/rezygnacja (AR) – poznawcze próby poradzenia sobie z problemem poprzez pogodzenie się z sytuacją; poszukiwanie zastępczych wzmacnień (PZ) – behawioralne działania mające na celu znalezienie zastępczych form aktywności i źródeł satysfakcji; wyławianie emocjonalne (WE) – próby behawioralnej redukcji napięcia poprzez ekspresję negatywnych emocji [8].

Badania Moosa wykazały różnice w zakresie oceny sytuacji stresowej i zachowań zaradczych pomiędzy osobami depresyjnymi a niedepresyjnymi. Osoby doświadczające depresji częściej poszukiwały wsparcia, pomocy, wymagały znacznie więcej informacji o danej sytuacji, zanim podjęły działanie. Badania wielu autorów wykazały, że osoby z depresją najczęściej w sytuacji kryzysu wybierają strategie zorientowane na unikanie [10].

Depresja, jak pisze Larsen, jest najczęściej spotykaną postacią ukrytej złości [9]. Podobnie jak wielu badaczy depresji, autor ten uważa, że ukryta złość jest efektem poczucia krzywdy i niesprawiedliwości, której doświadczyła osoba w przeszłości, głównie w okresie dzieciństwa. Stan emocjonalny zdominowany przez uczucie złości – gniewu jest konsekwencją nieprawidłowych relacji z osobami znaczącymi, głównie rodzicami. Pojawia się jako nieświadoma odpowiedź na ubóstwo emocjonalne, przemoc, brak wsparcia, nadmierną krytykę ze strony osób znaczących. Przeżycia zdominowane przez niesprawiedliwość i wyrządzoną krzywdę, prowadzą do pojawienia się uczucia złości, która przez lata ulega stłumieniu i wyparciu [9].

Złość jest emocią, której istnienie człowiek nie zawsze sobie uświadamia, jednak jest ona zauważana przez otoczenie. Nierozpoznany gniew stanowi swego rodzaju stygmat, który rządzi życiem człowieka. Wyrażać się może na kontynuum od prostych emocji, jak częste uczucie frustracji, zniecierpliwienia, narzekania, czy smutku, po złożone emocje interpersonalne, związane z potrzebą ciągłego sprawdzania się, kierowania się oczekiwaniemi innych przy dokonywaniu wyboru, napadami złego humoru, skupianiu się przede wszystkim na negatywnych aspektach swego życia, oczekiwaniu najgorszego, niepewności w kontaktach z innymi ludźmi, arogancji [10].

Przyczyna depresyjnych symptomów, jak: niewytłumaczalny smutek, negatywne podejście do życia, oczekiwanie nadania katastroficznych zdarzeń, brak entuzjazmu, uczucie emocjonalnej pustki, tendencja do izolowania się od innych ludzi, osłabienie, znużenie oraz fizyczne dolegliwości, zdaniem Larsena, zakorzeniona jest w ukrytej nieświadamianej złości [9].

Zatem, ustalenie relacji ukrytej złości z czynnikami biorącymi udział w procesie radzenia sobie ze stresem wydaje się stwarzać nową perspektywę w rozumieniu tego zaburzenia.

CELE PRACY

1. Czy osoby chorujące na depresję różnią się w strategiach radzenia sobie ze stresem, w porównaniu z osobami nie prezentującymi objawów depresji?
2. Czy badane grupy (depresyjni/bez objawów depresyjnych) wykazują istotną różnicę w poziomie ukrytej złości?
3. Czy istnieje związek pomiędzy ukrytą złością a strategiami radzenia sobie u badanych w obu grupach (depresyjni/ bez objawów depresyjnych)?
4. Czy strategie radzenia sobie ze stresem w depresji, zależne są od zmiennych mających znaczenie dla powstawania objawów choroby i jej przebiegu, jak: utraty życiowe (śmierć w rodzinie, rozwód, straty materialne, utraty w sytuacji zawodowej), trudne wydarzenia życiowe w ciągu ostatniego roku, zmiany życiowe w ciągu ostatniego roku, obecność depresji w rodzinie, liczba hospitalizacji, choroby somatyczne, zabiegi chirurgiczne?

MATERIAŁ I METODA

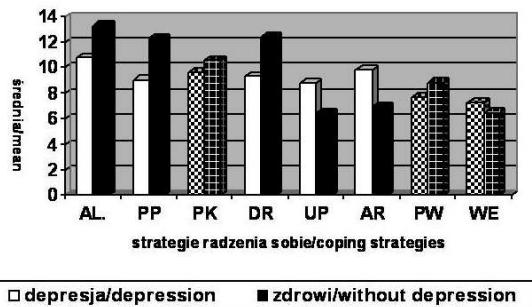
Badaniem objęto 70 osób należących do dwóch grup. Pierwszą grupę stanowili chorzy z rozpoznany zaburzeniem depresyjnym, hospitalizowani w Klinice Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku oraz w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. Prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku. Chorzy byli kwalifikowani na podstawie następujących kryteriów: rozpoznanie lekarskie, wiek, zgoda pacjenta na uczestnictwo w badaniach. Grupa chorych liczyła 35 osób; 19 kobiet i 16 mężczyzn. Badani mieściły się w przedziale wiekowym 25 – 59 lat. W przypadku rozpoznania klinicznego najliczniejszą grupę stanowiły osoby z rozpoznany „zespołem depresyjnym” – 54%, „zaburzenie depresyjne nawracające” – 40% i depresja w przebiegu „choroby afektywnej dwubiegowej” (CHAD) – 6%. Grupę kontrolną stanowiły osoby bez objawów depresyjnych (35 osób), które nigdy wcześniej nie były leczone z powodu zaburzeń życia psychicznego, jak również nie korzystały z pomocy psychologicznej. Grupa ta została dobrana do grupy klinicznej pod względem płci, wieku, wykształcenia.

Podstawą do realizacji przyjętych procedur badawczych był wywiad z pacjentem. W badaniu wykorzystano również kwestionariusze: Inwentarz Reakcji Radzenia Sobie (R. H. Moos'a) i Skale Nastrojów (LASSG). Powyższe procedury uzupełniono o dane z dokumentacji lekarskiej, a także o dane z wywiadu/ankiety własnej konstrukcji (tu: pytania dotyczące śmierci w rodzinie i zmian życiowych, które miały miejsce w ciągu ostatniego roku).

Do analizy statystycznej zastosowano dla zmiennych ilościowych, jeśli stwierdzono, że zmienna ma charakter normalny (badano za pomocą testu Lillietors'a), test t-Studenta dla prób niezależnych. W przeciwnym wypadku nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Dla zbadania różnic pomiędzy zmiennymi, stosowano test istotności różnic dla dwóch wskaźników struktury oraz Test Najmniejszych Istotnych Różnic (NIR) dla porównania średnich między sobą. Współczynnik korelacji r-Pearsona posłużył dla określenia związku pomiędzy badanymi zmiennymi. Do wnioskowania statystycznego zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Weryfikacji wszystkich hipotez dokonano, przyjmując następujące poziomy istotności: $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$; $p \leq 0,001$.

WYNIKI

1. Różnice w strategiach radzenia sobie ze stresem w badanych grupach



Ryc. 1. Różnice w strategiach radzenia sobie w badanych grupach

Fig. 1. Differences in stress coping strategies in the research groups

Test t-Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazał istnienie różnic w strategiach: analiza logiczna (AL), pozytywne przewartościowanie (PP), działanie w celu rozwiązania problemu (DR), unikanie poznawcze (UP) i akceptacja/rezygnacja (AR), pomiędzy badanymi grupami – depresyjni, bez objawów depresyjnych. Oznacza to, że osoby chore na depresję w obliczu stresujących wydarzeń, istotnie rzadziej ujawniają strategie analizy logicznej (AL), pozytywnego przewartościowania (PP) i działania w celu rozwiązania problemu (DR), (wszystkie z grupy konfrontacyjnych), a istotnie częściej wykorzystują strategie unikania poznawczego (UP) i akceptacji/rezygnacji (AR) (obie z grupy unikowych), w porównaniu z osobami nie prezentującymi objawów depresyjnych.

2. Różnice poziomu ukrytej złości w badanych grupach

Tab. I

Różnice w poziomie ukrytej złości w badanych grupach

Differences in the level of hidden anger in research groups

	Ukryta złość Hidden anger		t(68)	p
	M	SD		
Depresja Depression	99,25	23,04	4,49	0,0001
Bez objawów depresyjnych Without depression	78,46	14,82		

t-Studenta

Test t-Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazał istotną różnicę w poziomie ukrytej złości pomiędzy badanymi grupami – osoby z depresją charakteryzowały się znaczco wyższym poziomem ukrytej złości w porównaniu z osobami nie prezentującymi objawów depresyjnych, ($t(68) = 4,49; p = 0,0001$). Oznacza to, że w życiu osób cierpiących na depresję, ukryta złość uświadamiana lub nie, w większym stopniu determinuje życie tych osób w porównaniu z osobami zdrowymi, u których również obserwujemy tego rodzaju uczucie, ale osiąga ono mniejsze wartości, co znaczyłoby, że w mniejszym stopniu przejawia się w ich codziennym życiu.

3. Związki ukrytej złości ze strategiami radzenia sobie ze stresem w badanych grupach

Tab. II

Korelacje ukrytej złości ze strategiami radzenia sobie w obu grupach

Correlation of hidden anger with stress coping strategies in research groups

Ukryta złość Hidden anger		Strategie radzenia sobie ze stresem Coping strategies							
		AL	PP	PK	DR	UP	AR	PW	WE
Depresja Depression	r	-0,12	-0,28	0,29	-0,35	0,40	0,57	-0,63	0,38
	p	0,48	0,10	0,09	0,05	0,05	0,01	0,001	0,05
Bez objawów depresji Without depression	r	0,14	0,45	0,49	-0,20	0,24	0,42	0,11	0,38
	p	0,40	0,01	0,01	0,24	0,15	0,05	0,54	0,05

r-Pearsona

W badanej grupie depresyjnej wystąpiły istotne związki pomiędzy ukrytą złością a strategiami: działanie w celu rozwiązymania problemu (DR), unikanie poznawcze (UP), akceptacja/rezygnacja (AR), poszukiwanie zastępczych wzmacnień (PW) i wyładowanie emocjonalne (WE). W przypadku strategii – działanie w celu rozwiązymania problemu (DR) (konfrontacyjna) i poszukiwanie zastępczych wzmacnień (PW) (unikowa), korelacja jest ujemna, co oznacza, że im wyższy poziom ukrytej złości, tym mniejsza tendencja do radzenia sobie w obliczu stresu poprzez działanie w celu rozwiązymania problemu (DR) i/lub poszukiwanie zastępczych wzmacnień (PW). Natomiast w przypadku unikania poznawczego (UP), akceptacji/rezygnacji (AR) i wyładowania emocjonalnego (WE) (wszystkie z grupy unikowych), korelacja zmiennych jest dodatnia, tzn. że im wyższy poziom ukrytej złości, tym większa tendencja do uruchamiania tych strategii w obliczu stresu.

W grupie osób bez objawów depresyjnych istotne okazały się związki ukrytej złości ze strategiami: pozytywne przewartościowanie (PP), poszukiwanie kierownictwa i wsparcia (PK) (obie z grupy konfrontacyjnych) oraz akceptacja/rezygnacja (AR) i wyładowanie emocjonalne (WE) (obie z grupy unikowych). W tym przypadku wszystkie korelacje są dodatnie, co oznacza, że im wyższy poziom ukrytej złości, tym większa tendencja do stosowania powyższego repertuaru strategii radzenia sobie ze stresem.

4. Związki strategii radzenia sobie ze stresem ze zmiennymi mającymi znaczenie dla powstawania objawów i przebiegu choroby

W badanej grupie chorych na depresję, wykazano istotność różnic w stosowaniu strategii radzenia sobie w zależności od wystąpienia śmierci w rodzinie oraz zmian w sytuacji życiowej w ciągu ostatniego roku.

Tab. III

Istotność różnic strategii radzenia sobie ze stresem z wystąpieniem śmierci w rodzinie, oraz zmianami życiowymi u osób z depresją

Differences in stress coping strategies depending on the occurrence of death in a family and life changes in patients with depression

	Strategie radzenia sobie ze stresem Coping strategies					
	PP		AR		WE	
	t	p	t	p	t	p
Śmierć w rodzinie Death in a family	-0,72	0,47	0,36	0,72	-2,37	0,05
Zmiany życiowe Life changes	-2,54	0,05	2,47	0,05	2,36	0,05

t-Studenta

Z tabeli III wynika, że osoby, które doświadczyły śmierci najbliższych osiągały znaczco niższe wartości strategii o charakterze wyładowanie emocjonalne (WE) w porównaniu z osobami, które takiej utraty nie doświadczyły ($t = -2,37$; $p = 0,05$). Oznacza to, że osoby, które nie doświadczyły utraty bliskich, istotnie częściej otwarcie wyrażają przeżywane emocje w sytuacjach stresowych. Kolejne wyniki zawarte w tabeli III pokazują, że osoby, u których zaszły zmiany życiowe w ciągu ostatniego roku, miały znaczaco wyższe wartości w strategii wyładowanie emocjonalne (WE) oraz strategii akceptacja/rezygnacja (AR), niższe natomiast w strategii pozytywne przewartościowanie (PP) w porównaniu do osób, w życiu których nie zaszły tego rodzaju zmian WE – ($t = 2,36$; $p = 0,05$); AR – ($t = 2,47$; $p = 0,05$); PP – ($t = -2,54$; $p = 0,05$). Oznacza to, że w sytuacji występujących zmian życiowych osoby chorujące na depresję wykazują większą gotowość do radzenia sobie poprzez otwarte odreagowanie (WE) oraz przyjęcie rezygnacji jako rozwiązanie problemu(AR). Natomiast mniejszą mają skłonność do radzenia sobie w obliczu stresu poprzez pozytywne przewartościowanie (PP). Zmiany w sytuacji życiowej wydają się sprzyjać tendencji do otwartego wyrażania emocji przez osoby chorujące na depresję. Podobnie zmiany w sytuacji życiowej różnicują gotowość do akceptacji rezygnacji jako strategii radzenia sobie w obliczu stresu. Osoby, w których życiu wystąpiły znaczące zmiany, są gotowe akceptować rezygnację. Wystąpienie zmian w sytuacji życiowej różnicuje także gotowość do dostrzegania pozytywnych aspektów sytuacji. Gotowość ta nie jest właściwa osobom, u których nie wystąpiły takie zmiany.

OMÓWIENIE WYNIKÓW.

Wykazano istnienie różnic w sposobach radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami chorującymi na depresję a osobami nie prezentującymi tego rodzaju symptomów. Osoby chorujące na depresję w obliczu stresujących wydarzeń ujawniają gotowość do korzystania zarówno z konfrontacyjnych jak i unikowych strategii radzenia sobie. Częściej jednak korzystają ze strategii o charakterze unikania poznawczego (UP), akceptacji/rezygnacji (AR). Wynik ten potwierdzają obserwacje Bilingsa i Moosa, którzy badali reakcje osób depresyjnych w sytuacjach stresowych. Badania te wykazały, że osoby depresyjne w obliczu stresu najczęściej wykorzystują strategie unikowe [6]. Powyższy wynik jest spójny z koncepcją oceny poznawczej Lazarusa [7]. Autor ten zakłada, że radzenie sobie zależy od pierwotnej oceny sytuacji, którą jednostka może ocenić jako: krzywdą/stratą, zagrożenie lub wyzwanie, a także od oceny możliwości podjęcia działania zaradczego (ocena wtórna). W zależności od znaczenia nadanego sytuacji stresowej działanie może być ukierunkowane na rozwiązywanie problemu lub regulację przykrych emocji. Unikowe strategie są ukierunkowane przede wszystkim na regulację emocji, tj. redukcję lęku, gniewu, smutku. Osoby chorujące na depresję posługują się dysfunkcjonalnymi schematami poznawczymi, co rzutuje na postrzeganie sytuacji stresujących jako trudniejszych do poradzenia sobie [12]. W związku z powyższym chorzy na depresję, częściej będą unikać konfrontacji z sytuacją (UP), (AR) niż poszukiwać pozytywnych stron sytuacji (PP), konfrontować się i podejmować działanie (AL), (DR), co potwierdzają badania autora.

Osoby chore na depresję w porównaniu z osobami bez objawów depresyjnych prezentują istotnie wyższy poziom ukrytej złości. Pozostająca poza kontrolą złość w grupie chorych na depresję znacznie bardziej determinuje ich zachowania niż u osób nie prezentujących tego typu objawów, u których również obserwowano tego rodzaju uczucie, choć w mniejszym nasileniu. Wynik ten koresponduje z poglądami Larsena, który uważa, że tłumiona złość może przybierać różne postacie [9]. Depresja jest jedną z nich, w której złość wyrażana jest pod postacią jej klinicznych objawów. Równocześnie przeprowadzone badania wykazały, że większość unikowych strategii stosowanych przez osoby chore na depresję pozostaje w istotnych związkach z ukrytą złością (UP), (AR), (WE). Ukryta złość determinuje większą gotowość do unikania stresujących wydarzeń. Jednocześnie obniża tendencję do rozwijania zachowań rozwiązywających problem (DR) i podobnie obniża gotowość do szukania innych źródeł satysfakcji życiowej (PW). Zdaniem Larsena ukryta złość kształtuje autodestrukcyjne schematy myślowe, których podstawą jest pesymistyczny styl rozumienia zdarzeń, personalizm w myśleniu, bezradność i beznadziejność [11]. Wydaje się, że osoby z tak ukształtowanymi przekonaniami, poddając ocenie stresujące sytuacje, częściej nadają im znaczenie straty, co w przypadku chorych na depresję będzie odpowiedzialne za częstsze wykorzystywanie unikowych strategii radzenia sobie.

Kolejne prezentowane wyniki badań wskazują, że zmienne mające znaczenie dla powstania objawów depresji i jej przebiegu, pozostają w istotnych związkach ze strategiami radzenia sobie w obliczu stresu. Zależności dotyczą zmian życiowych, które obniżają tendencję do stosowania pozytywnego przewartościowania (PP), a podnoszą gotowość do akceptowania rezygnacji z działania (AR), jak również nasilają tendencję do otwartego wyrażania przeżywanych emocji (WE). Ta ostatnia strategia zmniejsza swoje nasilenie w przypadku utraty spowodowanej wystąpieniem śmierci w rodzinie. Utrata osoby bliskiej według Skali Wydarzeń Życiowych Holmesa i Rahe'a, jest najpoważniejszym źródłem stresu, który zdaniem wielu badaczy może być czynnikiem wyzwalającym depresję [2]. Znawcy teorii stresu i radzenia sobie uważają, że

istotną właściwością stresorów jest ich kontrolowalność, która jest bardzo ważna dla aktywności związanej z radzeniem sobie. Śmierć bliskich jest stresorem nie podlegającym kontroli przez osoby doświadczające tego rodzaju utraty. Emocje związane z utratą mogą być bardzo różne począwszy od gniewu, złości poprzez głęboki smutek i żał, do zobojętnienia [5]. Być może, malejąca tendencja do stosowania strategii wyładowania emocjonalnego (WE) w sytuacji utraty bliskiej osoby jest związana z tym, że osoby chore na depresję kierują swoją złość na utracony obiekt, która wskutek działania pewnych procesów psychicznych, zwrócona zostaje ku sobie, a nie na zewnątrz. Potwierdzają to psychodynamiczne koncepcje depresji [12].

Wystąpienie zmian życiowych w ciągu ostatniego roku w prezentowanych badaniach potwierdziło 43% badanych z grupy depresyjnej. Zmiany życiowe, jak wykazały badania, determinują radzenie sobie. Zależność ta dotyczy mniejszej gotowości do stosowania strategii poznańczo – konfrontacyjnej pozytywne przewartościowanie (PP), częściej natomiast strategii unikowych – akceptacja/rezygnacja (AR) i wyładowanie emocjonalne (WE). W przeglądzie piśmiennictwa nie znaleziono danych jednoznacznie potwierdzających zależność strategii radzenia sobie od zmian życiowych. Natomiast salutogenetyczna koncepcja Antonowsky'ego sugeruje, że osoby chore na depresję charakteryzuje niskie poczucie koherencji (SOC), które zdaniem autora, pod wpływem większej ilości stresujących wydarzeń (np. zmian życiowych) ulega dalszym obniżeniom [4]. Niskie SOC w wymiarze poczucia zaradności u osób chorych na depresję może w kontekście stresujących wydarzeń być odpowiedzialne za postrzeganie w mniejszym stopniu dostępnych zasobów jako wystarczających do poradzenia sobie z sytuacją, co może być odpowiedzialne za tendencję do stosowania strategii unikowych.

WNIOSKI

1. Chorzy na depresję częściej unikają stresujących wydarzeń życiowych zaprzeczając problemom oraz akceptując dany stan rzeczy, a jednocześnie mniej analizują sytuację, mają trudności w znalezieniu jej pozytywnych aspektów, jak również mają mniejszą gotowość do podejmowania działań rozwiązywających problem.
2. Chorzy na depresję wykazują istotnie wyższy poziom ukrytej złości w porównaniu z osobami nie prezentującymi tego typu objawów. Pozostająca poza kontrolą złość (manifestująca się klinicznymi objawami depresji) znacznie bardziej determinuje ich zachowania.
3. Wszystkie unikowe strategie stosowane przez osoby chore na depresję pozostają w istotnych związkach z ukrytą złością. Ukryta złość wpływa na większą gotowość do unikania stresujących wydarzeń życiowych. Jednocześnie obniża też tendencję do rozwijania zachowań rozwiązywających problem oraz szukania innych źródeł satysfakcji życiowej.
4. Zmiany życiowe, które wystąpiły w życiu chorych na depresję w ciągu ostatniego roku zmniejszają gotowość do znajdowania pozytywnych aspektów sytuacji stresujących, natomiast zwiększą tendencję do wycofywania się przez rezygnację, jak również wzmagają otwarte odreagowywanie emocji. Zachowania polegające na otwartym wyrażaniu emocji zmniejszą swoje nasilenie w przypadku utraty spowodowanej wystąpieniem śmierci w rodzinie.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonowsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa. Fundacja IPN, 1995.– 2. Allotey S.: Rola wydarzeń życiowych w chorobach afektywnych i schizofrenii. Psychiatr. Pol. 1989, 23, 4, s. 335. – 3. Bidzińska E.: Czynniki stresowe w chorobach afektywnych. Psychiatr. Pol. 1984, 18, 5, 469. – 4. Drat-Ruszczak K.: Osobowość narcystyczna: kiedy i jak motywuje rozbieżności Ja? [W:]. Osobowość a procesy psychiczne i zachowania, red. B. Wojciszke, M Płopa ; Kraków, Oficyna Wydaw. „Impuls”, 2003, 173–198. – 5. Malhi G., Bridges P.: Postępowanie w depresji, Wrocław, Urban & Partner, 2001. – 6. Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [W:] Psychologia, red. J. Strelau, t.3, Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychol., 1999, 465 – 492. – 7. Larsen E.: Od gniewu do przebaczenia. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychol., 2000. – 8. Lazarus R.: Paradymat stresu i radzenia sobie. Now. Psychol. 1986, 3/4, 1. – 9. Pasikowski T.: Stres i zdrowie. Poznań, Wydaw. Fundacji Humaniora, 2000. – 10. Rola J.: Depresja u dzieci. Kraków, Oficyna Wydaw. „Impuls”, 2001, 63–65.

11. Rybakowski J.: Mechanizmy patogenetyczne stresu w chorobach endogennych. Psychiatr. Pol. 1995, tom 29, 2, 229. – 12. Sariusz-Skapska M., Czabała I. Cz., Dudek D., Zięba A.: Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. Psychiatr. Pol. 2003, 37, 5, 863.

E. Benedysiuk, M. Tartas

COPING MECHANISMS IN DEPRESSION

Summary

The work presented here is an attempt to describe a characteristic phenomenon which is depression in the context of mechanisms of coping with stress, conditioned by the strategy of coping relations and hidden anger. The variables of importance for creating depression and its course have been assumed as modifying factors for stress coping strategies.

The main aim of the presented work was an attempt to define tendencies in the use of stress coping strategies in patients suffering from depression while faced with stressful situations, and their connections with hidden anger, being decisive factors in the role of stress coping mechanisms. The research material was selected as a result of tests made in two groups of patients. The first group (35 people) consisted of persons suffering from depression who were qualified on the basis of clinical diagnosis contained in the patient's history and age. The placebo group consisted of healthy volunteers (35 people) who were never treated because of psychological disorders and did not use doctor's or psychologist's advice.

The statistical analyses carried out gave results which partly confirm the data present in professional publications and explain the main research problems.

Persons suffering from depression differ considerably from healthy people in their structure of stress coping strategies. They much more often activate avoidance strategies, such as cognitive avoidance (UP) and acceptance/ resignation (AR). They less often apply most part of strategies belonging to the confrontational group: logical analyses (AL), finding positive evaluation of stressful situation (PP) and action aiming at solving a problem (DR). Therefore, patients suffering from depression more often avoid stressful life situations denying problems and accepting a given state of affairs, at the same time they analyze the situation less, they have problems with finding its positive aspects as well as present less readiness to undertake problem solving actions. Patients with depression show a higher level of hidden anger as compared to 'healthy' people. Anger remaining out of control (expressed in the form of clinical symptoms of depression) determines their behavior to a much greater extent. Any avoidance strategy used by patients with depression remains in a certain relationship with hidden anger. Hidden anger has

influence on bigger readiness to avoid stressful life situations. At the same time, it lowers the degree of a tendency to develop problem solving behavior (DR) and similarly lowers readiness to look for other sources of life satisfaction (PW). The changes described in professional publications as those having importance for the creation of depression symptoms and its course, remain in a certain relationship to stress coping strategies. This correlation concerns life changes which lessen readiness to find positive aspects of stressful situations (PP) and increase readiness to withdraw through resignation (AR) as well as enhance tendency to openly react to emotions (WE). The last strategy (WE) decreases in its intensiveness in case of a loss caused by a death in the family.

Adres: mgr Elżbieta Benedysiuk
benedysiuk@wp.pl

You have downloaded a document from



The Central and Eastern European Online Library

The joined archive of hundreds of Central-, East- and South-East-European publishers,
research institutes, and various content providers

Source: Chowanna

Chowanna

Location: Poland

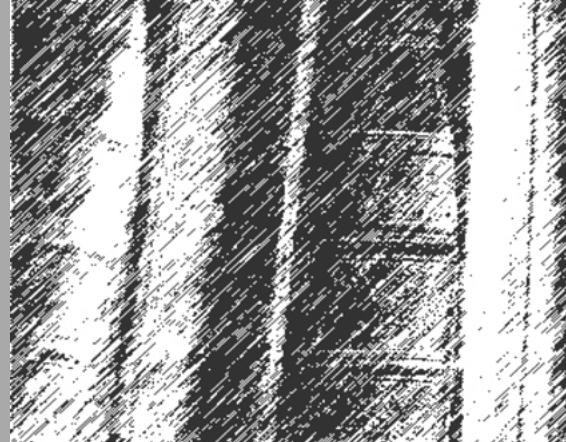
Author(s): Irena Pilch

Title: Osobowość makiaweliczna rodziców i ich dzieci – makiawelizm jako zagrożenie zdrowia i
dobrostanu jednostki
Machiavellian personality of parents and their children – Machiavellianism as a danger for
health and development of an individual

Issue: 31 (2)/2008

Citation style: Irena Pilch. "Osobowość makiaweliczna rodziców i ich dzieci – makiawelizm jako zagrożenie
zdrowia i dobrostanu jednostki". Chowanna 31 (2):143-156.

<https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=190264>



IRENA PILCH

Osobowość makiaweliczna rodziców i ich dzieci – makiawelizm jako zagrożenie zdrowia i dobrostanu jednostki

Machiavellian personality of parents and their children – Machiavellianism as a danger for health and development of an individual

Abstract: The article presents the role of parents' personality in the development of an individual, taking into consideration the features of parents' and child's Machiavellian personality constituting health danger. An overview of the studies on child's Machiavellianism was made, and the perspectives of the subject-matter in question were outlined.

Key words: Machiavellianism, pathology, personality, adolescence.

Osobowość rodziców jest jednym z ważnych czynników, decydujących o efektach socjalizacji w rodzinie. Istotne są zarówno normy i wartości, które rodzice chcą przekazać potomstwu, jak i sposoby ich przekazywania, a także jakość codziennych interakcji. Jedną z właściwości, mogących wpływać niekorzystnie na proces socjalizacji dziecka, na treść społecznego przekazu i jego rezultaty, jest osobowość makiaweliczna rodziców. Człowiek reprezentujący ten typ osobowości, mający u podłożu uogólnioną, negatywną postawę wobec innych ludzi oraz egocentryczną motywację, jest niezdolny do przekazania dziecku umiejętności niezbędnych w społecznym współżyciu. Analiza wpływu osobowości makiawelicznej rodziców na socjalizację dziecka w rodzinie jest trudna, ze względu na niewielki zasób badań empirycznych, których przedmiotem byli rodzice i dzieci. Wyniki tych badań upoważniają jednak do postawienia ważnych pytań, wymagających w przyszłości empirycznej weryfikacji.

Makiawelizm, rozumiany jako zmienna osobowościowa, został wprowadzony do psychologii przez Richarda Christie. Badacz użył tego terminu do opisania syndromu osobowości, którego istotą było osiąganie celów interpersonalnych wskutek manipulacji partnerem interakcji (Christie, Geiss, 1970). Kryterium, służącym do określenia natężenia tej właściwości, był stopień zgody z twierdzeniami, zaczerpniętymi z dzieł Niccolo Machiavellego, renesansowego pisarza politycznego, tworzącymi skalę makiawelizmu (Mach). W skład syndromu wchodziły następujące właściwości: uogólniona negatywna ocena innych ludzi, którzy uważani są za złych i niegodnych zaufania, akceptacja manipulacji jako środka osiągania celów, elastyczna moralność, nastawienie na kontrolę sytuacji, odporność na wpływ społeczny, orientacja zadaniowa oraz brak ciepła w kontaktach interpersonalnych.

Początkowo Christie i jego współpracownicy byli pewni, że jedną z właściwości makiawelisty jest pozostawanie w normie psychicznej. Dopiero w badaniach późniejszych wykazano liczne związki makiawelizmu z patologią. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie empirycznych dowodów na związki makiawelizmu z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz przegląd wyników dotychczas prowadzonych badań nad kształtowaniem się makiawelizmu u dzieci, a także przedstawienie propozycji dalszych badań w tym zakresie. Dotychczas bowiem badacze makiawelizmu skupiali się prawie wyłącznie na skutkach, jakie wywołuje makiawelizm ludzi dorosłych, przy czym fakt, że makiaweliści są nie tylko pracownikami czy kierownikami, lecz także pierwszymi nauczycielami swych dzieci, przekazującymi im własną, bardzo specyficzną wizję świata i ludzi, wraz ze sposobami ich traktowania, nie był przedmiotem rozważań.

Związki makiawelizmu z patologią

Analizując zagrożenia, jakie niesie z sobą syndrom makiawelizmu, możemy koncentrować uwagę zarówno na makiaweliście w roli rodzica – a więc osoby powołanej do zaspokajania wszelkich potrzeb małego dziecka oraz kształtującej jego system wartości i wzorce zachowania, jak i na makiawelicznym dziecku w grupie rówieśniczej i w rodzinie. Aby zrozumieć związane z tym problemy, prześledźmy wyniki badań, wskazujące na szczególne powiązania makiawelizmu z patologicznymi cechami i zachowaniami.

Związek makiawelizmu z psychopatią opisywany był wielokrotnie na podstawie wyników badań dorosłych i dzieci (Mc H o s k e y, W o r z e l, S z y - a r t o, 1998, s. 192–210; Mc H o s k e y, 2001, s. 701–798; P a u l h u s, W i l - l i a m s, 2002, s. 556–563; D r a h e i m, 2004). Związek ten jest tak silny, a wyniki badań tak powtarzalne, że niektórzy badacze traktują obydwa konstrukty jako tożsame. Byliby więc makiaweliści „psychopatami, którym się powiodło” czy też osobami zajmującymi środkową część wymiaru psychopatii. Cechy dla psychopatii charakterystyczne, wpływające destrukcyjnie na relacje interpersonalne psychopaty, takie jak: słabość uczuć złożonych, błędy w ocenie otoczenia, impulsywność, brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, nieumiejętność przewidywania czy brak wglądu (J a k u b i k, 1999), będą prawdopodobnie u makiawelisty obecne, choć w mniejszym natężeniu. Będą one wpływały na pełnienie ról rodzicielskich, utrudniając należyté zaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka. W swych badaniach M c H o s k e y (2001) wykazał także związek makiawelizmu z innymi rodzajami zaburzeń osobowości u obu płci: osobowością pograniczną (*borderline*), paranoidalną, pasywno-agresywną. Najlepszymi predyktorami makiawelizmu były właściwości osobowości pogranicznej, charakteryzującej się m.in. niezrównoważeniem emocjonalnym, impulsywnymi zachowaniami autodestrukcyjnymi oraz silnymi, lecz nietrwałymi związkami z ludźmi (J a k u b i k, 1999).

Makiawelizm koreluje także z narcyzmem, psychotyzmem (A l l s o p p, E y s e n c k, E y s e n c k, 1991, s. 29–41; M a r u š i ć, B r a t k o, Z a r e v s k i, 1995, s. 941–943), neurotyzmem (R a m a n a i c h, B y r a v a n, D e t w i l e r, 1994, s. 937–938; S u t t o n, K e o g h, 2001, s. 137–149; P a u l h u s, W i l l i a m s, H a r m s, 2001) i tendencjami paranoidalnymi (C h r i s - t o f f e r s e n, S t a m p, 1995, s. 67–70).

S j ö b e r g (2001, s. 79–95) ustalił, że makiawelizm łączy silna, ujemna korelacja z inteligencją emocjonalną, a w kolejnych badaniach makiawelizm korelował z aleksytymią oraz ujemnie – z empatią i samoaktualizacją (S j ö b e r g, L i t t o r i n, 2003; W a s t e l l, B o o t h, 2003, s. 730–744).

10 „Chowanna” 2008

W badaniach Rushton, Chrisjohn i Fekkena (1981, s. 293–302) duży zestaw kwestionariuszy do analizy orientacji społecznej (mierzący m.in. altruizm, empatię, zainteresowanie społeczne) korelował ujemnie ze skalą makiawelizmu. Autorzy określili makiawelizm miarą „nieodpowiedzialności społecznej”. W badaniach polskich stwierdzono negatywny związek między makiawelizmem a inteligencją społeczną (Śmiejka, 2005, s. 23–36). Makiawelizm wiąże się także z innymi niekorzystnymi zjawiskami, takimi jak problemy interpersonalne, antyspołeczne zachowanie, kłamstwo, oszustwo (Gurtman, 1992, s. 989–1002; Kashy, DePaulo, 1996, s. 1037–1051; Wirtz, Kumm, 2004, s. 159–175; McHoskey, 1999). W badaniach Gurtmana (1992) uzyskano metodą samoopisu długą listę problemów odczuwanych przez makiawelistów w kontaktach z ludźmi, zawierającą m.in. nadmierną mściwość, skłonność do rywalizacji, trudność w uwzględnianiu potrzeb partnera, w zaufaniu innej osobie, podejrzliwość, zazdrość, trudność w wyrażaniu podziwu, wyrażaniu uczuć wprost, okazywaniu przywiązania i odczuwaniu bliskości.

Ograniczenia i trudności makiawelistów dotyczą głównie nawiązywania i utrzymywania bliskich związków interpersonalnych. Podobne problemy muszą się pojawić w sytuacji, gdy partnerami interakcji są własne dzieci. Makiawelista, przekazując swemu potomstwu niepożądane normy i wzorce, może jednocześnie mieć duże trudności z zapewnieniem dzieciom bezpieczeństwa, ciepła i miłości, niezbędnych do prawidłowego ich rozwoju.

Makiawelizm dziecięcy – przegląd badań

Do badania makiawelizmu u dzieci używana jest zwykle skala Kid-die Mach, wersja skali Mach IV dla dorosłych (Christie, Geis, 1970). Makiawelizm dzieci jest powiązany z kolejnością urodzenia – u najstarszych dzieci jest niższy niż u młodszych (Tripathi, Sinha, 1981, s. 58–61). Może to być związane z odmiennym sposobem wychowywania dzieci pierworodnych, a także z inną sytuacją domową kolejnego rodzeństwa, zmuszonego do rywalizacji ze starszymi o wzgledy rodziców. Na makiawelizm dzieci mogą wpływać też cechy formalne rodziny. Ricks i Fraedrich (1999, s. 197–205) zanalizowali dane demograficzne, dochodząc do wniosku, że występuje zależność między wielkością rodziny macierzystej a makiawelizmem dorosłych: im mniejsza była rodzina, w której się wychowywali, tym większy poziom makiawelizmu. Makiawelizm

jest związany z wiekiem dziecka – nasila się do późnej adolescencji, a dopiero potem maleje (M u d r a c k, 1989), oraz z płcią – dziewczynki osiągają zwykle wyniki niższe niż chłopcy.

Nie ulega wątpliwości, że tendencje makiaweliczne przekazywane są drogą społecznego uczenia się. Jednak otwarte pozostaje pytanie, czy mogą być także przekazywane w wyniku dziedziczenia. Pewne dowody świadczą o dziedziczeniu altruizmu i empatii. Obie te właściwości korelują z makiawelizmem negatywnie. Wilson et al., (1996, s. 285–299) na tej podstawie wnioskują, że makiawelizm może być częściowo uwarunkowany genetycznie. Jest to jednak wyłącznie hipoteza wymagająca potwierdzenia.

W jaki sposób rodzice kształtują postawę makiaweliczną swych dzieci? Przypuszczalnie ten specyficzny zespół norm i przekonań przekazywany jest w procesie socjalizacji, zarówno w wyniku modelowania, jak i dzięki identyfikacji z rodzicami. Tą drogą dokonuje się przejęcie makiawelicznego obrazu świata jako pola walki i ludzi jako cynicznych i niegodnych zaufania. Jednocześnie dziecko uczy się konkretnych sposobów osiągania celów w relacjach interpersonalnych, z zastosowaniem przedmiotowego traktowania partnera i manipulacji. Towarzyszy temu pobudzanie egocentrycznej motywacji dziecka i nauka zawieszania lub wybiórczego traktowania norm i wartości moralnych, gdy ich respektowanie przeszkodziłoby w realizacji osobistego celu. Dziecko makiaweliczne zna normy – wie, co jest dobre, a co złe, ale ta wiedza nie przeskadza mu w ich naginaniu lub łamaniu, gdy „sytuacja tego wymaga”.

Hipoteza konkurencyjna oparta jest na założeniu, że dzieci uczą się roli komplementarnej w stosunku do ról granych przez rodziców. Zgodnie z tą hipotezą dzieci makiawelistów, od których rodzice wymagaliby podporządkowania, przyswajałyby schemat zachowania osoby podlegającej manipulacji, a więc ufnej i uległej, dzieci niemakiawelistów zaś wchodzili by w rolę manipulanta: dostrzegając „miękkość” i ufność swych rodziców, ćwiczyłyby się na tym podatnym materiale w sztuce manipulacji.

Druga z przedstawionych hipotez wydaje się mniej prawdopodobna. Można bez większego wysiłku wyobrazić sobie sytuację, gdy makiaweliczny rodzic z premedytacją wpaja swym dzieciom sztywny system norm i wartości, które nie są odbiciem jego osobistej postawy wobec świata oraz ludzi, lecz raczej służą zapewnieniu posłuszeństwa. Rodzic taki może wymagać od dziecka całkowitego zaufania, lojalności, szczerości, czyli cech niemakiawelistów. Jednak, z drugiej strony, dziecko obserwując bezpośrednio zachowania rodzica, dostrzega niespójność między tymi dwoma rodzajami przekazu. Co będzie w tej sytuacji skuteczniej wpływało na kształtowanie się postawy dziecka? Jeśli matka i ojciec różnią się pod

^{10*}

względem makiawelizmu, a więc próbują realizować odmienne ideały wychowawcze, sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana. Gdy jednak wyobrażymy sobie rodzinę, w której rodzice prezentują niemakiaweliczny wzór zachowania, zaś dziecko nie pozostaje jednocośnie pod wpływem innej osoby znaczącej o wysokim makiawelizmie, która mogłaby pełnić rolę modelu, trudno zrozumieć, co mogłoby skłonić dziecko do przyjęcia postawy komplementarnej. Postawa makiaweliczna nie wynika przecież z prostej konstatacji, że w wypadku niektórych ludzi manipulacja jest najprostszą drogą osiągnięcia tego, na co mamy ochotę. Aby rozwijać taką strategię, dziecko musi skądś czerpać wzory i przekonanie, że jest to droga słuszna. Inaczej musielibyśmy założyć, że dziecko jest „urodzonym makiawelistą” i jeżeli nie napotka oporu ze strony otoczenia (rodziców), będzie ćwiczyć się w sztuce manipulacji. Takie założenie nie wydaje się zasadne.

Próby weryfikacji wymienionych hipotez nie przyniosły ostatecznego rozstrzygnięcia. Na podstawie badań stwierdzono, że związki makiawelizmu rodziców i ich dzieci zależą od wieku potomstwa. U dzieci poniżej 6. roku życia makiawelizm dziecka i rodziców skorelowany był ujemnie (Dien, 1974, s. 508–516; Dien, Fujisawa, 1979, s. 508–516), a u dzieci 12–17-letnich dodatnio (Kraut, Price, 1976, s. 782–786; O’Kelly, Solar, 1971, s. 265–266). Natomiast w grupie studentów korelacji nie znaleziono (Touhey, 1973, s. 194–206). Gdyby na podstawie wskazanych wyników chcieć wnioskować, który z opisanych mechanizmów działa, należałoby założyć, że małe dzieci przyjmują rolę komplementarną, następnie zmieniają orientację na drodze modelowania i identyfikacji, po czym orientacja ta ulega dalszym modyfikacjom, w zależności od wpływów środowiska pozarodzinnego.

Badanie Krauta i Price'a (1976) zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt omawianego problemu: przekonania makiaweliczne i tendencja do zachowań manipulacyjnych mogą się kształtować osobno. Dzieci w tym eksperymencie uczestniczyły w grze wymagającej skutecznego manipulowania. Sukces dziecka w grze był skorelowany z makiawelizmem jego rodziców, lecz nie był związany z wynikiem samego dziecka w skali makiawelizmu dziecięcego. Można zatem sądzić, że dzieci nauczyły się skutecznych w tej sytuacji zachowań od swych rodziców, co jednak nie było równoznaczne z przejęciem makiawelicznego systemu przekonań. W innych badaniach z udziałem dzieci zakładano więc niesłusznie, że wynik w skali Kiddie Mach, mierząc przekonania dzieci, pozwala wyciągać wnioski dotyczące zachowania, co sprawdzało się wcześniej w grupach dorosłych. Być może w wypadku dzieci związek ten nie jest taki oczywisty. Dodatkowo, w eksperymencie Krauta i Price'a okazało się, że trafność percepcji partnera w grze nie była skorelowana z makiawelizmem

rodziców uczestnika, z czego autorzy wyciągają wniosek, że makiaweliczni rodzice nie przekazali tej umiejętności swym dzieciom, być może dlatego, że będąc skutecznymi w przekonywaniu, nie rozwinęli w dzieciach zdolności odróżniania prawdy od fałszu.

Mechanizm tworzenia się postawy makiawelicznej u dziecka w rodzinie nie został wyjaśniony. Być może w grę wchodzą dodatkowe czynniki, wykraczające poza proste modelowanie czy przejmowanie roli komplementarnej w stosunku do roli rodzica. Makiawelizm to nie tylko postawy i zachowania manipulujące, lecz także przedmiotowy, zimny stosunek do innych ludzi oraz brak empatii. Wczesne zaburzenia rozwoju emocjonalnego dziecka, polegające na przykład na braku emocjonalnego dostrojenia matki i dziecka, są w stanie ograniczyć zdolność do empatycznego reagowania w kontaktach interpersonalnych, co może stać się podstawą makiawelicznego „syndromu chłodu”, niezależnie od poziomu makiawelizmu rodziców (D r a h e i m, 2004).

Jakie są charakterystyczne właściwości makiawelizmu dziecięcego? Badania makiawelizmu w grupach dziecięcych często potwierdzały prawidłowości odkryte wcześniej w grupach dorosłych. W badaniu P o d e r i c o (1987, s. 1041–1042) uzyskano korelację między makiawelizmem i lękiem u dzieci. Makiawelizm korelował także z psychotyzmem i neurotyzmem oraz negatywnie ze skalą kłamstwa testu Eysencka, zaś korelacja z psychotyzmem była wyższa wśród chłopców (S u t t o n, K e o g h, 2001, s. 137–148). W tym badaniu wykazano również, że z wiekiem wzrasta cynizm i pesymizm dzieci, wyrażający się brakiem wiary w naturę ludzką. B a r n e t t i T h o m p s o n (1985, s. 295–305) dowiedli, że makiawelizm dziecięcy jest związany z niższą empatią i mniejszą tendencją do pomagania innym (ocenianą przez nauczycieli). Jednocześnie dzieci makiaweliczne nie wyróżniały się brakiem umiejętności przyjmowania perspektywy partnera w sytuacji pomagania, co oznacza, że są w stanie wykorzystywać tę umiejętność przeciwko innym, gdyż brak im emocjonalnej wrażliwości. Odpowiednikiem wielu eksperymentów, w których dorosły makiaweliści wpływali na partnerów, nie stroniąc od oszustwa i kłamstwa, było badanie B r a g i n s k y (1970, s. 77–99), w którym dzieci namawiały rówieśnika do zjedzenia gorzkich krakersów. Mali makiaweliści oszukiwali bardziej i byli bardziej skuteczni, a jednocześnie byli oceniani przez dorosłych obserwatorów jako uczciwi od pozostałych dzieci.

Na specyficzne cechy makiawelizmu dziecięcego zwracają uwagę badania A n d r e o u (2000, s. 297–309), poświęcone przemocy wśród dzieci. Makiawelizm korelował zarówno ze znęcaniem się, jak i z byciem ofiarą, ale tylko wśród chłopców. Dokładna analiza wykazała w grupie chłopców korelację niewiary w naturę ludzką ze znęcaniem się nad innymi i doświadczaniem przemocy ze strony kolegów, nieufność wiązała się z do-

świadczaniem przemocy niezależnie od płci, a aprobata manipulacji korelowała ze znęcaniem się nad innymi, lecz jedynie w grupie dziewcząt. Dzieci o najwyższym makiawelizmie należały do grupy przyjmującej na przemian rolę dręczyтеля i ofiary, najniższy makiawelizm zaś przejawiała grupa dzieci niepodejmujących żadnej z tych ról. Wyniki badań Andreou stanowią jeden z nielicznych, bezpośrednich dowodów empirycznych, świadczących o destrukcyjnej roli makiawelizmu u dzieci.

Portrety dwóch typów młodocianych makiawelistów stworzył Draheim (2004) na podstawie serii badań empirycznych. Opisał on dwa typy makiawelizmu u dzieci: zimny, cechujący się deficytem empatii i brakiem poczucia winy w sytuacji przekraczania normy, oraz gorący, związany z impulsywnością, wysokim lękiem i słabą kontrolą zachowania. Wspólną właściwością jest manipulacyjność, jednak cechy osobowości tych grup dzieci są odmienne. Draheim stwierdził, że typ zimny cechuje egoizm i wyrachowanie, materializm i instrumentalne podejście do ludzi, a typ gorący jest złośliwy, niecierpliwy, nieprzyjmujący odpowiedzialności za swoje czyny i przejawiający wiele konfliktów wewnętrznych. Obydwa typy korelują wysoko z psychopatią i ujemnie z inteligencją społeczną. Obydwa stanowią, na różne sposoby, potencjalnie źródło problemów wychowawczych, jednak natężenie cech charakterystycznych jest związane z płcią dziecka. Cechy obydwu typów mogą współistnieć – za osoby szczególnie zagrożone pojawiением się zachowań agresywnych autor uważa chłopców z cechami ciepłej i zimnej osobowości jednocześnie.

Rodzina ma niewątpliwie największy wpływ na kształtowanie się postaw makiawelicznych dziecka. Jednak w okresie dorastania i dorosłości socjalizacyjna rola rodziny macierzystej słabnie, ustępując miejsca wpływom innych grup i instytucji. Jest rzeczą ciekawą, że niezależnie od środowiska, makiawelizm maleje z wiekiem, a proces ten trwa do około 37. roku życia (Mudrack, 1989, s. 1047–1050). Czterdziestoletni dorosli, badani przez Hunta i Chonko (1984) w początkach lat 80., wywozili się z pokolenia studentów badanych 20 lat wcześniej przez Christiego i Geis (1970). Mieli oni znaczco niższe wyniki w skali Mach, w porównaniu z wynikami ich rówieśników w badaniach sprzed lat. Nie jest więc prawdą, że każde kolejne pokolenie jest bardziej makiaweliczne. Być może makiaweliczna ideologia, stosowana w praktyce, w wielu wypadkach weryfikowana jest i łagodzona wskutek osobistych doświadczeń kontaktu z ludźmi. Jednak średni poziom makiawelizmu wśród studentów, według źródeł amerykańskich, podwyższył się w ciągu ostatnich 40 lat w sposób istotny (Webster, Harmon, 2002, s. 435–445). Zapewne różnice te przypisać należy zmianom społeczno-ekonomicznym, które także odzwierciedlać się będą w zmianie modeli wychowania, w szkole

i w rodzinie. Ponieważ w badaniach Webstera i Harmona nie znaleziono istotnych różnic w wynikach studentek i studentów, choć różnice płciowe były regułą w poprzednich badaniach, autorzy przypuszczają, że jednym z ważnych czynników zmiany było równouprawnienie kobiet. Matki współczesnych studentek, wykształcone i wyemancypowane, przekażyły córkom nie tylko wiarę we własne możliwości, pęd do kariery i motywację sukcesu, lecz także bardziej makiaweliczny obraz świata, w którym trwa walka o sukces. Kilkadziesiąt lat temu, gdy dziewczynki przygotowywane były raczej do roli żony i matki, wzorzec taki nie był społecznie pożądany.

Przyszłość badań nad makiawelizmem rodziców i ich dzieci

Rodzina jest pierwszym i przez długi czas najważniejszym środowiskiem wychowawczym i miejscem socjalizacji dziecka (por. Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 1996). Członków rodziny łączą zwykle silne więzi emocjonalne, stanowiące źródło nagród i kar społecznych. Rodzice są dla dzieci dostarczycielami sposobów zachowania i nauczycielami przekazującymi wzorce postępowania. Od nich zależy w dużym stopniu świat przeżyć emocjonalnych dziecka. Makiawelizm rodziców, będący przykładem cechy kardynalnej w rozumieniu Allporta, czyli takiej, która zmienia jakość wszystkich pozostałych cech osobowości, z pewnością stwarza specyficzny kontekst wychowawczy, rzutujący na rozwój dziecka.

Wpływ makiawelicznych rodziców może dokonywać się wprost, poprzez uczenie makiawelicznej wizji świata, którego główne elementy stanowią: brak zaufania do ludzi i świat rozumiany jako arena walki, makiawelicznej taktyki zachowania, na którą składa się bogaty zestaw technik manipulacji, a także makiawelicznej moralności, której istotą jest brak skrupułów w wykorzystywaniu ludzi jako środków, służących do osiągania osobistych celów. Działanie nie wprost polega na stworzeniu specyficznych warunków i dostarczaniu niekorzystnych dla rozwoju dziecka doświadczeń, których istotą jest chłód i emocjonalne wyobcowanie, nadmierna kontrola lub obojętność, brak empatycznego zrozumienia i instrumentalne traktowanie. Nie wiemy, jaki zestaw metod wychowawczych są skłonni stosować makiaweliczni rodzice – być może, zgodnie z ich opinią na temat wywierania wpływu, każda metoda uznana za sku-

teczną będzie dopuszczalna. Nie wiemy także, jakie są cele wychowawcze makiawelisy – czy bardziej zależy mu na przekazaniu dziecku własnej wizji świata, co jednak sprawi, że będzie dużo trudniej ufać mu i nim kierować, czy raczej wygodniej będzie stawiać dziecku odwrotne wymagania, co zapewni rodzicom większy komfort. Przytoczone wyniki badań świadczą o tym, że obydwie sytuacje mogą mieć miejsce, na przykład w zależności od wieku dziecka. Być może od dziecka małego wymaga się posłuszeństwa, starsze zaś przyuczane jest do „właściwych”, z punktu widzenia makiawelisy, zachowań. Może być i tak, że oczekiwania rodziców są zróżnicowane. W rodzinie dziecko skłaniane jest do przyjęcia roli komplementarnej w stosunku do makiawelicznych tendencji opiekunów, poza rodziną zaś powinno powielać wzór zachowania rodziców. Niezależnie jednak od ideałów wychowawczych rodziców stanowią oni dla dziecka pierwszy i najważniejszy wzór interakcji osobowych, trudno więc wyobrazić sobie, że makiaweliczni rodzice ukształtują w dziecku postawę niemakiaweliczną – otwartą na ludzi, ufną – lecz nie naiwną, uczciwą, zainteresowaną bliskim kontaktem z ludźmi, gotową do współpracy.

Ze względu na specyfikę ról matki i ojca makiawelizm każdego z rodziców może oddziaływać odmiennie. Różnie może też przebiegać w makiawelicznych rodzinach socjalizacja dziewcząt i chłopców. Stereotypy ról płciowych mogą sprawiać, że chłopcy będą przygotowywani do roli manipulatora, a dziewczynki w większym stopniu do roli „ofiary”. Pozycja każdego z dzieci w rodzinie, wielkość rodziny, przynależność klasowo-warstwowa, obecność innych niż rodzice osób znaczących we wcześniejszym okresie rozwoju dziecka to tylko niektóre czynniki mogące wpływy makiawelicznych rodziców modyfikować. Wrodzone podstawy osobowości dziecka również będą miały ogromne znaczenie. Bardzo ważne jest rozstrzygnięcie, czy – jak sugerują biolodzy ewolucyjni – manipulacyjność może mieć podstawy genetyczne, a tym samym socjalizacja dzieci o różnych predyspozycjach w tym zakresie powinna być prowadzona odmiennie. Przyszłe badania powinny rozstrzygnąć też kwestię wpływu makiawelizmu rodziców na trwałość i jakość ich małżeństwa, a więc także na jakość relacji rodzinnych. Należy dowiedzieć się, jak makiawelista rozumie i jak realizuje rolę rodzica, z natury długoterminową, wymagającą odstąpienia od egocentryzmu, dużego emocjonalnego zaangażowania oraz takich zachowań, jak współpraca z małżonkiem, troska i opieka. Są to zachowania typowe dla niemakiawelisy. Dotychczasowe badania, pokazujące pozytywny związek makiawelizmu z nastawieniem na wymianę i negatywny z nastawieniem na wspólnotę (Chen, Lee-Chai, Bragh, 2001, s. 173–187), powiązania ze strategią rozrodczą preferującą ilość, a nie jakość potomstwa (Figueiredo et al., 2005, s. 1349–

1360), a także negatywną relację z zaufaniem i odwzajemnianiem (Gunnthorsdottir, McCabe, Smith, 2002, s. 49–66; Burks, Carpenter, Verhoogen, 2003, s. 195–216), świadczą o tym, że podjęcie roli rodzica może być dla makiawelisty trudne.

Polska transformacja społeczno-gospodarcza i związane z nią zmiany aspiracji i stylów życia mogą kształtować silniejsze postawy makiaweliczne młodych Polaków. Czynnikiem pośredniczącym może być przynależność klasowo-warstwowa rodziny. Zbadanie, jak przynależność ta wpływa na przekaz rodzinny dotyczący makiawelizmu, pozwoliłoby określić grupy szczególnie narażone na ideologię makiaweliczną.

Podsumowanie

Jest wiele powodów, aby kształtowanie się osobowości makiawelicznej u dzieci uznać za zjawisko niekorzystne. Coraz więcej wyników badań pokazuje, że cecha ta nie służy ani jednostce, ani tym bardziej innym ludziom, z którymi wchodzi ona w bliższe i dalsze relacje. Jeśli stwierdzimy, że podstawą psychicznego zdrowia i dobrostanu jest zaspokojenie potrzeb, a wiele z nich zaspokoić możemy jedynie wiążąc się z innymi ludźmi, dojdziemy do wniosku, że postawa makiaweliczna zdecydowanie utrudnia ich zaspokojenie. Jeśli zgadzamy się z tezą, że współpraca lepiej zaspokaja ludzkie potrzeby niż rywalizacja i że możliwe jest dobre funkcjonowanie grup, formalnych i nieformalnych, opartych na współdziałaniu, musimy przyznać, że obecność makiawelisty w takiej grupie rozsadza ją od wewnętrz, więc nie jest pożądana. Mimo pozorów przewagi nad innymi ludźmi makiaweliści nie są w życiu bardziej zadowoleni ani nie odnoszą większych sukcesów (Hollon, 1983, s. 432–434; Hunt, Chonko, 1984, s. 30–42), natomiast są bardziej narażeni na różnego typu patologie.

Nie wiemy, jak stabilna jest cecha makiawelizmu u dzieci, jednak niezależnie od tego możemy być pewni, że jej podstawy kształtuje się w rodzinie. Ponieważ właściwość ta wiąże się z niekorzystną prognozą, szczególnie w sferze kontaktów interpersonalnych, poznanie mechanizmów jej przekazywania oraz sposobów przejawiania się makiawelizmu dziecięcego i jego skutków stanowi ważny, także z praktycznego punktu widzenia, problem badawczy.

Bibliografia

- Allsopp J., Eysenck H.J., Eysenck, S.B.G., 1991: *Machiavellianism as a component in psychoticism and extraversion.* "Personality and Individual Differences", Vol. 12 (1).
- Andreou E., 2004: *Bully/victim problems and their association with Machiavellianism and self-efficacy in Greek primary school children.* "British Journal of Educational Psychology", Vol. 74.
- Barnett M.A., Thompson S., 1985: *The role of perspective taking and empathy in children's Machiavellianism, prosocial behavior, and motive for helping.* "Journal of Genetic Psychology", Vol. 146 (3).
- Braginsky D.D., 1970: *Machiavellianism and manipulative interpersonal behavior in children.* "Journal of Experimental Social Psychology", Vol. 6.
- Burks S.V., Carpenter J.P., Verhoogen E., 2003: *Playing both roles in the trust game.* "Journal of Economic Behavior and Organization", Vol. 51.
- Chen S., Lee-Chai A.Y., Bragh J.A., 2001: *Relationship orientation as a moderator of effects of social power.* "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 80 (2).
- Christie R., Geis F.L., 1970: *Studies in Machiavellianism.* New York.
- Christoffersen D., Stamp C., 1995: *Examining the relationship between Machiavellianism and paranoia.* "Psychological Reports", Vol. 76.
- Dien D.S., 1974: *Parental Machiavellianism and children's cheating in Japan.* "Journal of Cross Cultural Psychology", Vol. 10.
- Dien D.S., Fujisawa H., 1979: *Machiavellianism in Japan: A longitudinal study.* "Journal of Cross-Cultural Psychology", Vol. 10.
- Draheim Sz.E., 2004: *Makiajewiczna osobowość niepełnoletniego świadka.* Poznań.
- Fehr B., Samson D., Paulhus D.L., 1992: *The Construct of Machiavellianism: Twenty Years Later.* In: *Advances in personality assessment.* Vol. 9. Eds. C.D. Spielberger, J.N. Butcher. Hillsdale.
- Figueredo A.J., Vasquez G., Brumbach B.H., Sefcek J.A., Kirsner B.R., Jacobs W.J., 2005: *The K-factor: Individual differences in life history strategy.* "Personality and Individual Differences", Vol. 39.
- Gunnthorsdottir A., McCabe K., Smith V., 2002: *Using the Machiavellianism instrument to predict trustworthiness in a bargaining game.* "Journal of Economic Psychology", Vol. 23.
- Gurtman M.B., 1992: *Trust, distrust, and interpersonal problems: A circumplex analysis.* "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 62.
- Hollon C.J., 1983: *Machiavellianism and managerial work attitudes and perceptions.* "Psychological Reports", Vol. 52.
- Hunt S.D., Chonko L.B., 1984: *Marketing and Machiavellianism.* "Journal of Marketing", Vol. 48.
- Jakubik A., 1999: *Zaburzenia osobowości.* Warszawa.
- Kashy D.A., DePaulo B.M., 1996: *Who lies?* "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 70.
- Kraut R.E., Price J.D., 1976: *Machiavellianism in parents and their children.* "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 33 (6).

- Marušić I., Bratko D., Zarevski P., 1995: *Self-reliance and some personality traits: sex differences*. "Personality and Individual Differences", Vol. 19 (6).
- McHoskey J.W., 2001: *Machiavellianism and personality dysfunction*. "Personality and Individual Differences", Vol. 31.
- McHoskey J.W., Worzel W., Szyarto C., 1998: *Machiavellianism and psychopathy*. "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 74.
- Mudrack P.E., 1989: *Age-related differences in Machiavellianism in an adult sample*. "Psychological Reports", Vol. 64.
- O'Kelly V., Solar D., 1971: *Machiavellianism in parents and children*. "Psychological Reports", Vol. 29.
- Paulhus D.L., Williams K., Harms P., 2001: *Shedding light on the Dark Triad of personality: narcissism, Machiavellianism, and psychopathy*. San Antonio. [Referat prezentowany na Zjeździe SPSP].
- Paulhus D.L., Williams K.M., 2002: *The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy*. "Journal of Research in Personality", Vol. 36.
- Poderico C., 1987: *Machiavellianism and anxiety among Italian children*. "Psychological Reports", Vol. 60.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M., 1996: *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa.
- Ramanaich N.V., Byravan A., Detwiler F.R.J., 1994: *Revised NEO Personality Inventory profiles of Machiavellian and non-Machiavellian people*. "Psychological Reports", Vol. 75.
- Ricks J., Fraedrich J., 1999: *The Paradox of Machiavellianism: Machiavellianism May Make for Productive Sales but Poor Management Reviews*. "Journal of Business Ethics", Vol. 20.
- Rushton J.P., Chrisjohn R.D., Fekken G.C., 1981: *The altruistic personality and the self-report altruism scale*. "Personality and Individual Differences", Vol. 2.
- Sjöberg L., 2001: *Emotional intelligence: A psychometric analysis*. "European Psychologist", Vol. 6 (2).
- Sjöberg L., Littorin P., 2003: *Emotional intelligence, personality and sales performance*. SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration, no 2003:8, Center for Risk Research, Stockholm School of Economics.
- Śmieja M., 2005: *Inteligencja społeczna a osobowość*. „Psychologia jakości życia”, nr 4/1.
- Sutton J., Keogh E., 2001: *Components of Machiavellian beliefs in children: relationships with personality*. "Personality and Individual Differences", Vol. 30.
- Szmajke A., 2001: *Jacyż są makiaweliści*. W: *Od myśli i uczuć do decyzji i działań*. Red. D. Doliński, B. Weigl. Warszawa.
- Touhey J.C., 1973: *Child-rearing antecedents and the emergence of Machiavellianism*. "Sociometry", Vol. 36.
- Tripathi R.C., Sinha Y., 1981: *Social influence and development of Machiavellianism*. "Psychological Reports", Vol. 26.
- Wastell C., Booth A., 2003: *Machiavellianism: An alexithymic perspective*. "Journal of Social and Clinical Psychology", Vol. 22 (6).
- Webster R.L., Harmon H.A., 2002: *Comparing levels of machiavellianism of today's college students with college students of the 1960s*. "Teaching Business Ethics", Vol. 6.
- Wilson D.S., Near D., Miller R.R., 1996: *Machiavellianism: A Synthesis of the Evolutionary and Psychological Literature*. "Psychological Bulletin", Vol. 119 (2).

- Wilson D.S., Near D.C., Miller R.R., 1998: *Individual differences in Machiavellianism as a mix of cooperative and exploitative strategies.* "Evolution and Human Behavior", Vol. 19.
- Wirtz J., Kum D., 2004: *Consumer cheating on service guarantees.* "Journal of Academy of Marketing Science", Vol. 32 (2).

Received: 10.01.2022

Accepted: 21.06.2022

Published: 30.12.2022

Agnieszka Krzysztof-Świderska, Dominika Małek

Osobowość typu borderline w ICD-11 i DSM-5 – relacyjna natura kryteriów zaburzenia

Borderline personality disorder in ICD-11 and DSM-5 – the relational nature of the criteria for the disorder

Akademia Ignatianum w Krakowie, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Agnieszka Krzysztof-Świderska, Akademia Ignatianum w Krakowie, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków, e-mail: agnesswiderska@gmail.com

ORCID IDs

1. Agnieszka Krzysztof-Świderska  <https://orcid.org/0000-0002-0819-0350>
2. Dominika Małek  <https://orcid.org/0000-0002-5219-2329>

Streszczenie

Artykuł ilustruje relacyjną naturę psychiatrycznej kategorii zaburzeń osobowości typu borderline na podstawie analizy objawowych kryteriów zawartych w 11. edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, ICD-11), wydawanej przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), a także w 5. edycji *Kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), opracowywanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA). Autorki wskazują na docenienie w najnowszych klasyfikacjach WHO i APA relacyjnego charakteru zjawiska, który ujawnia się już w bardzo pobicznej analizie. Uwzględnione manifestacje kliniczne wskazanych kryteriów zdają się nie tylko ze sobą łączyć, lecz także z siebie nawzajem wynikać, co sugeruje zasadniczo strukturalny charakter zjawiska. Wszystkie opisane trudności dotyczą obszaru relacji międzyludzkich – zarówno w aspekcie bezpośrednich przyczyn zakłóceń funkcjonowania, jak i pod względem długofalowych skutków rodzinnych i społecznych. Oznosi się to zwłaszcza do osobowości chwiejnej emocjonalnie typu pogranicznego, z którą nierozłącznie wiąże się wzorzec zmienności i niestabilności oraz którą trudno ująć kryterialnie w sposób nieowocujący problemami w diagnozie. Stąd właśnie bierze się zwrócenie uwagi na istotne kryterium diagnostyczne, jakim są problemy w relacjach. Zarówno ICD-11, jak i DSM-5 zawierają oddzielne kategorie diagnostyczne dotyczące problemów relacyjnych, które – jak się okazuje – nie muszą współwystępować z innymi zaburzeniami. Powiązanie patologii relacji z zaburzeniami osobowości może mieć duże znaczenie dla ustalenia właściwego rozpoznania, a w rezultacie – dla doboru odpowiedniej metody leczenia.

Słowa kluczowe: osobowość typu borderline, diagnoza psychiatryczna, klasyfikacje zaburzeń psychicznych, problemy w relacjach

Abstract

The paper illustrates the relational nature of the psychiatric category of borderline personality disorders based on the analysis of symptomatic criteria set out in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11) issued by the World Health Organization (WHO), as well as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) developed by the American Psychiatric Association (APA). We point to the appreciation of the relational nature of the phenomenon, which is noticeable already in a very cursory analysis, in the latest WHO and APA classification systems. The clinical manifestations of these criteria seem not only to be interconnected, but also to result from one another, suggesting a fundamentally structural nature of the phenomenon. All the described difficulties relate to interpersonal relationships – both in terms of the direct causes of dysfunctions and long-term family and social consequences. This particularly applies to the borderline-type emotionally unstable personality disorder, which is inseparably linked to emotional volatility and instability, and which is difficult to define using criteria in a way that does not give rise to diagnostic challenges. Therefore, we draw attention to difficulties with relationships, which are an important diagnostic criterion. Both ICD-11 and DSM-5 contain separate diagnostic categories for relationship problems, which, as it turns out, not necessarily coexist with other disorders. Linking relationship pathology with personality disorders may be of great importance for establishing the correct diagnosis and therefore choosing an appropriate treatment strategy.

Keywords: borderline personality, psychiatric diagnosis, classifications of mental disorders, relationship difficulties

W ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką osobowości, zwłaszcza w kontekście jej szeroko pojętych zaburzeń i towarzyszących im trudności w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym. Jest to podyktowane przede wszystkim potrzebami klinicystów – psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów, obserwujących rzadsze występowanie zaburzeń typowo nerwicowych i rosnącą z roku na rok liczbę pacjentów z trudnościami osobowościowymi czy wręcz nozologiczną, psychiatryczną diagnostą zaburzeń osobowości (Winsper *et al.*, 2020). W ramach rozmaitych paradygmatów myślenia o człowieku w ogóle powstają koncepcje rozumienia, czym są osobowość i jej zaburzenie, a także wynikające z owych koncepcji sposoby badania osobowości – o różnej konstrukcji metodologicznej i różnym stopniu przydatności klinicznej. Spośród teorii osobowości na pierwszy plan wysuwają się niezwykle popularne teorie czynnikowe, takie jak koncepcja Wielkiej Piątki czy teoria Cattella, oraz inne teorie zakorzenione w metodach statystycznych (Poropat i Corr, 2015). Obecne w dyskursie naukowym są również teorie uczenia się, teorie systemowe, teorie humanistyczne czy teorie pola, a wreszcie – będące bezpośrednim przedmiotem zainteresowania w niniejszej pracy i niezwykle przydatne w leczeniu psychoterapeutycznym – teorie psychodynamiczne (Levy *et al.*, 2006) i próby ich integracji z innymi podejściami (Shaver i Mikulincer, 2005; Wachtel, 1973). Znajomość współczesnych koncepcji psychodynamicznych pozwoliła autorkom dostrzec ich punkty wspólne z najnowszymi klasyfikacjami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association, APA) w obszarze zaburzeń osobowości (Caligor *et al.*, 2018). Nie sposób jednak ustalić, czy są to psychodynamiczne inspiracje autorów klasyfikacji, czy też pragmatyzm, który nakazuje korzystać ze zdobyczy różnych podejść w ramach współczesnej psychologii.

Stricte opisowe podejście do osobowości człowieka, związane z poprzednimi wersjami klasyfikacji zaburzeń psychiatrycznych – zarówno WHO, jak i APA – wydaje się ujawniać wszelkie swoje ograniczenia właśnie w przypadku zaburzeń osobowości, szczególnie zaburzenia typu borderline (Deary *et al.*, 1998; Morey *et al.*, 2000). Trwała niewydolność adaptacyjna jednostki wydaje się rozmywać, jeśli analizowana jest wyłącznie na podstawie opisu cech charakteru – w końcu osoby o bardzo różnych cechach i predyspozycjach tworzą udane relacje, znajdują własne miejsce w społeczeństwie, a nawet czynią ze swoich cech atut niezbędny do wykonywania pewnych zawodów i funkcjonowania w określonych środowiskach (Bajcar *et al.*, 2006; Millon *et al.*, 2000).

Jakkolwiek termin „zaburzenia z pogranicza” jest niezwykle często stosowany, a wręcz nadużywany, już побieżna analiza kryteriów opisowych zdaje się naszym zdaniem ujawniać nieadekwatność podejścia *stricte* objawowego do relacyjnej struktury problemu. Wielu autorów wskazuje, że

chaotyczne funkcjonowanie interpersonalne to cecha definiująca zaburzenie osobowości typu borderline (Drapeau *et al.*, 2012). Podjęto również próby dowodzenia, że redukcja trudności interpersonalnych w toku terapii skutkowała poprawą objawową (Kramer *et al.*, 2022).

Kryteria zawarte w 11. edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, ICD-11), wydanej przez WHO i obowiązującej od 1 stycznia 2022 roku, mogą posłużyć jako pewna rama opisu patologii z pogranicza (World Health Organization, 2020). Koresponduje z nimi ujęcie prezentowane w aktualnych *Kryteriach diagnostycznych zaburzeń psychicznych* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), opublikowanych przez APA (American Psychiatric Association, 2013). Należy zaznaczyć, że jakkolwiek APA zapowiadało nowe, „rewolucyjne” podejście do problemu zaburzeń osobowości, w swojej najnowszej klasyfikacji ostatecznie zachowało stare ramy definicyjne. Alternatywne, wymiarowe podejście do zaburzeń osobowości przedstawiono w sekcji trzeciej, poświęconej nowym metodom pomiaru i modelom teoretycznym (American Psychiatric Association, 2013).

ICD-11 wydaje się to zmieniać. Podąża bowiem za psychodynamicznymi podstawami diagnozy osobowości w ogóle: trudnościami związanymi ze strukturą self i właśnie zaburzeniami relacji (World Health Organization, 2020). Kategorią nadzczną wobec zaburzeń osobowości są „zaburzenia osobowości i inne związane z nimi cechy” (Gaebel *et al.*, 2017). W ramach powyższej kategorii zdecydowano się na porzucenie modelu kategorialnego, trudnego do jednoznacznego zastosowania i zastąpionego modelem wielowymiarowym (Krawczyk i Święcicki, 2020). Po ustaleniu stopnia ciężkości zaburzenia osobowości, który może być łagodny, umiarkowany, ciężki albo nieokreślony (kategoria „zaburzenie osobowości” 6D10), istnieje możliwość dookreślenia „wiodących cech lub wzorców osobowości” (6D11). Dopiero określenie zaburzeń osobowości za pomocą obu wymienionych kategorii pozwala na pełny opis. Co ważne, nie ma możliwości przypisania konkretnemu przypadkowi klinicznemu wyłącznie kategorii 6D11. Sama kategoria 6D10 może natomiast zostać zastosowana, gdy stwierdza się długotrwałe (np. utrzymujące się co najmniej 2 lata) problemy w funkcjonowaniu w zakresie różnych aspektów self (tożsamość, poczucie własnej wartości, trafeność postrzegania siebie czy ukierunkowanie na siebie) i/lub dysfunkcję interpersonalną (dotyczącą zdolności do rozwijania i utrzymywania bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących relacji, umiejętności rozumienia perspektyw innych, radzenia sobie z konfliktami w związkach) (World Health Organization, 2020). Termin „self” wydaje się tu jednoznacznie zaczerpnięty z teorii relacji z obiektem (Hébert *et al.*, 2003), a także psychologii self Heinza Kohuta (Kohut, 2009). O ile w większości teorii relacji z obiektem używa się terminu „self” głównie w kontekście budowania stabilnej tożsamości, o tyle w teorii Kohuta jest ono strukturą

mentalną zajmującą centralne miejsce w psychice, opisywaną w kategoriach tego, co jednostka odczuwa jako swoje i czego doświadcza jako swojego (Dyga, 2018). Waga budowanych relacji dla funkcjonowania osobowości człowieka wydaje się istotą całego powyższego nurtu psychoanalizy i pokrewnych mu teorii przywiązania (Gullestad, 2001). W najnowszej wersji klasyfikacji WHO podkreśla się więc zarówno zinternalizowany, jak i zewnętrzny charakter problemów pacjentów z zaburzeniami osobowości. Pierwszy przejawia się w wewnętrznych przeżyciach jednostki, w różnych aspektach self. Drugi zaś odwołuje się do trudności interpersonalnych, których etiologii można doszukiwać się chociażby w teorii relacji z obiektem – podkreśla ona istotność pierwszych relacji człowieka w ciągu życia, wpływających na dalszy rozwój osobowościowy i społeczny. Kolejny wymiar klasyfikacji konkretnego przypadku klinicznego zaburzenia osobowości, czyli „wiodące cechy lub wzorce osobowości” (6D11), zawiera w sobie możliwość dookreślenia wzorca funkcjonowania. Pod oznaczeniem 6D11.5 kryje się „wzorzec borderline”. Można go zastosować w przypadku osób, których wzorzec zaburzeń osobowości charakteryzuje się niestabilnością relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźną impulsywnością (World Health Organization, 2020). Wszystkie wymienione cechy mają swoisty wpływ na burzliwość związków osób z zaburzeniami typu borderline. Ze względu na stanie się z partnerem (a nawet czasowe przejmowanie jego tożsamości) czy dystansowanie od innych lub swoistą regulację bliskości problemem jest tu intymność. Bliskość, jeśli już się pojawia w relacjach pacjenta, rzadko bywa stabilna i trwała. Prawie zawsze naznaczona jest brakiem poczucia bezpieczeństwa i nieufnością. Partnerzy osób z zaburzeniami z pogranicza borykają się często z odrzuceniem, a zarazem, paradoksalnie, z oskarżeniami o bycie stroną odrzucającą. W DSM-5 takie trudności interpersonalne zostały zawarte w kryteriach problemów w relacji z partnerem (American Psychiatric Association, 2013).

Po raz kolejny zatem problemy relacyjne i związane z funkcjonowaniem self wysuwają się na pierwszy plan, a dopiero jako ich manifestację traktuje się cechy podobne do opisywanych jako kluczowe we wcześniejszej wersji klasyfikacji APA. Co ciekawe, w ICD-10, poprzedniej wersji klasyfikacji WHO, jest podobnie. Tylko pierwsze kryterium diagnostyczne dla pogranicznego typu osobowości chwiejnej emocjonalnie, czyli niezdolność do kontrolowania zachowań emocjonalnych, z którą ściśle wiąże się emocjonalne niezrównoważenie, można ująć opisowo, a reszta ma wyraźnie relacyjny charakter (Jakubik, 2003; World Health Organization, 1992). Kryterium to wydaje się odpowiadać jednemu z czterech głównych kryteriów „wzorca borderline” w ICD-11 – wyraźnej impulsywności (World Health Organization, 2020). Manifestacje trzech pozostałych głównych kryteriów w zasadzie dają się sprowadzić do przeszłych i obecnych trudności relacyjnych osoby (Salzer *et al.*, 2013). Jako wzorce niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich wynikające z trzech wspomnianych

czynników wymienia się: gorączkowe wysiłki, aby uniknąć rzeczywistego lub wyimaginowanego porzucenia; zaburzenie tożsamości; skłonność do pochopnego działania w stanach silnego negatywnego afektu, prowadzącą do zachowań potencjalnie autodestrukcyjnych, nawracające epizody samookaleczeń; niestabilność emocjonalną z powodu wyraźnej reaktywności nastroju; chroniczne uczucie pustki; nieadekwatny intensywny gniew lub trudności w jego kontrolowaniu; przejściowe objawy dysocjacyjne lub cechy psychotyczne w sytuacjach wysokiego pobudzenia afektywnego (World Health Organization, 2020).

Podobnie w DSM-5 jako kluczowe dla rozpoznania osobowości typu borderline (301.83) wymieniane są: wszechobecny wzorzec niestabilności relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźna impulsywność, zaczynająca się we wczesnej dorosłości i występująca w różnych kontekstach (American Psychiatric Association, 2013). Analogicznie jak w ICD-11 wskazuje na to co najmniej 5 z 9 możliwych manifestacji: gorączkowe wysiłki, aby uniknąć prawdziwego lub wyimaginowanego porzucenia; wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich charakteryzujący się naprzemienną idealizacją i dewalamacją; zaburzenie tożsamości (wyraźnie i uporczywie niestabilny obraz siebie lub poczucie siebie); impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie autodestrukcyjne (np. wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się); nawracające zachowania samobójcze, gesty lub groźby, lub zachowania samookaleczające; niestabilność afektywna spowodowana wyraźną reaktywnością nastroju; chroniczne uczucie pustki; nieadekwatny intensywny gniew lub trudności w kontrolowaniu go; przejściowe, związane ze stresem objawy psychotyczne lub dysocjacyjne (American Psychiatric Association, 2013). Interesujące światło na problem wspólnej genezy wymienionych objawów czy zachowań rzucają w DSM-5 uwagi, by nie zaliczać zachowań autodestrukcyjnych lub samobójczych do gorączkowych prób uniknięcia porzucenia, a także by nie pomylić z nimi impulsywności (American Psychiatric Association, 2013). Działania autodestrukcyjne i samobójcze mogą mieć różny charakter. Niekiedy są spowodowane potrzebą rozładowania bolesnego napięcia psychicznego, innym razem stanowią przejaw patologii w relacjach interpersonalnych. Mogą zostać uznane za próbę zakomunikowania, że osoba jest w złym stanie psychicznym, zachęcenia innych do zaangażowania albo przetestowania lojalności bliskich (Guénolé *et al.*, 2021). Pomysł, by kwalifikować takie zachowania osobno, niezależnie od ich motywacji, wydaje się uzasadniony. Patologią jest bowiem nie tylko samouszkodzenie się, ale również motywacja do niego. Jeśli diagnoza stawiana jest na podstawie 5 z 9 manifestacji, podejście to czyni realną, praktyczną różnicę (American Psychiatric Association, 2013).

W obu klasyfikacjach wychodzi się zatem poza poprzednie, czysto opisowe kryteria dotyczące zachowania oraz wskazuje na wewnętrzne przyczyny w postaci uporczywych trudności w relacjach i deficytów w zakresie przeżywania

	DSM-5	ICD-11
Zaburzenia relacji	Sekcja II: Inne dolegliwości, które mogą wymagać uwagi klinicznej	Rozdział 24: Czynniki wpływające na stan zdrowia lub przyczyniające się do kontaktu ze służbą zdrowia; podrozdział: Problemy związane z relacjami
Podkategorie	Problemy związane z wychowaniem w rodzinie; Inne problemy związane z podstawową grupą wsparcia (Cierpienie w relacji z małżonkiem lub partnerem) (61.10)	Problemy związane z interakcjami interpersonalnymi (QE50); Problemy związane z interakcjami z małżonkiem lub partnerem (QE51); Problemy związane z interakcjami interpersonalnymi w dzieciństwie (QE52)
Inne	Kwestionariusz WHODAS 2.0 – zawiera pytania dotyczące problemów związanych ze zdrowiem, uwzględnia kategorię życia w zgodzie z innymi ludźmi (zarówno obcymi, jak i bliskimi)	Inne, określone problemy związane z relacjami (QE57); Inne, nieokreślone problemy związane z relacjami (QE5Z)

Tab. 1. Porównanie kryterium zaburzeń relacyjnych w DSM-5 oraz ICD-11 (na podstawie: American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020)

samego siebie. Już pobiczna analiza kryteriów z wcześniejszych klasyfikacji sugeruje ich wspólny mianownik i wykazuje naszym zdaniem słuszność kierunku myślenia autorów obu najnowszych wydań podręczników diagnostycznych. Jak wspomniano wyżej, są to tematy będące przedmiotem szczególnego zainteresowania we współczesnych podejściach psychoanalitycznych, takich jak teorie relacji z obiektem i psychologia self (Greene i Uebel, 2017).

Jednak oparcie diagnozy zaburzeń osobowości niemal wyłącznie na niewydolności społecznej – niedanych relacjach zawodowych czy partnerskich – również wiąże się z pewnymi pułapkami. Zdaniem autorów zarówno ICD-11, jak i DSM-5 możliwa jest bowiem patologia relacji bez patologii osobowości, zwrotnie wywołującą różnego rodzaju zaburzenia psychiczne (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020). Powszechnie znany i naukowo udowodnionym faktem jest powiązanie stresu w relacjach intymnych z zaburzeniami psychicznymi (Foran *et al.*, 2015). W metaanalizie danych z różnych badań stwierdzono, że brak dobrych stosunków z małżonkiem był silniej związany z zaburzeniami psychicznymi niż trudne relacje z krewnymi lub przyjaciółmi (Whisman *et al.*, 2004). W DSM-5 i ICD-11 problemy relacyjne znalazły się poza obszarem zaburzeń osobowości (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020) (tab. 1). W klasyfikacji WHO figurują – jako kategoria „problemy związane z relacjami” – na liście czynników wpływających na status zdrowia lub przyczyniających się do kontaktu ze służbą zdrowia. Problemy te mogą dotyczyć interakcji interpersonalnych zarówno w dorosłości (QE50), jak i w dzieciństwie (QE52) czy interakcji z małżonkiem lub partnerem (QE51). Czynniki zawarte w omawianej części klasyfikacji zostały przeznaczone do opisu sytuacji innych niż choroba, obrażenia lub przyczyna zewnętrzna ujęta w innym kryterium diagnostycznym. Ponadto ICD-11 zawiera uzupełniający paragraf do oceny funkcjonowania jednostki (*V – Supplementary section for functioning assessment*), który pozwala na stworzenie profilu osoby z uwzględnieniem jakości życia związanej ze stanem zdrowia (World Health Organization, 2020). Interakcje interpersonalne i związki znalazły się w tymże paragrafie.

W DSM-5 również zawarto kryteria diagnostyczne problemów relacyjnych (American Psychiatric Association, 2013). Potrzeba wyodrębnienia takich zaburzeń wynika z korelacji między jakością relacji a rozwojem, utrzymywaniem się

czy nawrotem choroby psychicznej (Heyman *et al.*, 2009). Należy jednak wziąć pod uwagę, że zaburzenia relacji niekoniecznie są wynikiem albo przyczyną zaburzenia lub choroby psychicznej, nie muszą też z nimi współwystępować. W wyrafinowanych analizach statystycznych zjawiska wskazuje się na konieczność przebadania obojga partnerów (Whisman *et al.*, 2004). Założeniem kryteriów zawartych w DSM-5 jest to, że problemy w relacji mogą skutkować objawami klinicznymi czy wpływać negatywnie na jakość życia osoby przy braku diagnozy innych zaburzeń psychicznych (Beach i Inui, 2006). Zaburzenia relacji uwzględniono już w DSM-IV-TR, wśród kodów V, jako „inne stany, które mogą być przedmiotem klinicznej uwagi” (Wciórka, 2008). W DSM-5 ich kryteria diagnostyczne zostały dokładniej scharakteryzowane (Beach i Inui, 2006).

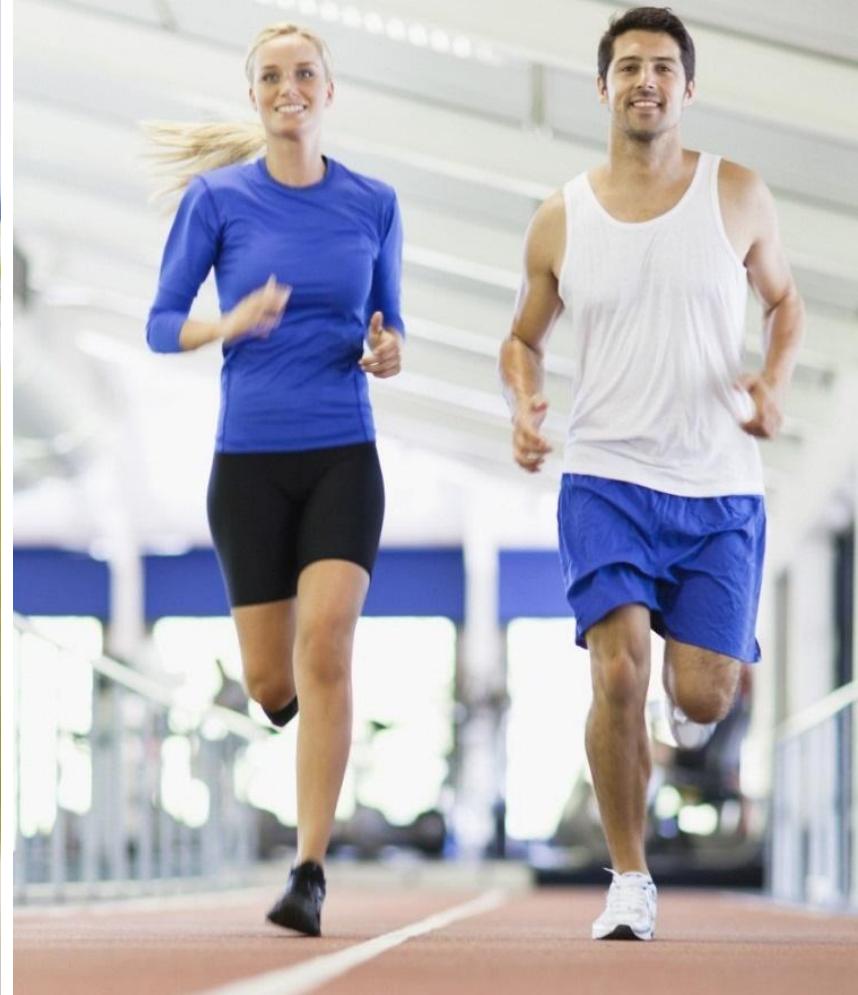
Uważne podejście do diagnozy zaburzeń osobowości oraz do powiązań między nimi a patologią relacji może zapewnić większy sukces diagnostyczny i terapeutyczny. Od dawna można było zastanawiać się nad sensownością objawowego opisu zjawiska, którego relacyjny charakter widoczny jest przy każdej, choćby pobicznej próbie zrozumienia problemu. Co ciekawe, nawet najnowsze badania dotyczące klasycznej już, pięcioczynnikowej struktury osobowości, zwanej Wielką Piątką, stawiają pod znakiem zapytania zasadność pomijania relacyjnego wymiaru osobowości. Badania prowadzone w ramach psychologii międzykulturowej pozwoliły wyodrębnić relacyjność interpersonalną (*interpersonal relatedness*), czyli stopień dążenia do kontaktu i więzi, jako szósty czynnik. Należy zaznaczyć, że czynnik ten, ujawniony w badaniach nad populacją azjatycką, został zreplikowany w populacjach nieazjatyckich (Cheung *et al.*, 2012, 2001; Kwiatkowska i Grzymała-Moszczyńska, 2008). Poznanie i właściwe rozumienie relacyjnego charakteru zaburzeń osobowości, proponowanego w najnowszych klasyfikacjach APA i WHO, pozwalały uniknąć mieliźn w procesie diagnozy, a zwłaszcza nieuzasadnionego rozpoznawania tych zaburzeń w przypadku wszystkich osób, których patologie nie rozumiemy albo które nie chcą współpracować w leczeniu czy zwyczajnie wydają się nam irytujące. Bardziej szczegółowe kryteria dotyczące zaburzeń relacji i zaburzeń osobowości, zawarte zarówno w ICD-11, jak i w DSM-5, wyposażają psychiatrów i psychoterapeutów w odpowiednie narzędzia, mogące stanowić wartościowe uzupełnienie informacji o pacjencie uzyskanych innymi metodami (Foran *et al.*, 2015).

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszały żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, 2013.
- Bajcar B, Borkowska A, Czerw A et al.: Psychologia preferencji i zainteresowań zawodowych. Przegląd teorii i metod. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego 2006; 34.
- Beach MC, Inui T; Relationship-Centered Care Research Network: Relationship-centered care. A constructive reframing. J Gen Intern Med 2006; 21 Suppl 1: S3–S8.
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF et al.: Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning. American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC 2018.
- Cheung FMC, Fan W, Yao J: Chinese personality and vocational behavior. In: Huang X, Harris Bond M (eds.): Handbook of Chinese Organizational Behavior: Integrating Theory, Research and Practice. Edward Elgar Publishing Ltd., Northampton 2012: 359–379.
- Cheung FMC, Leung K, Zhang JX et al.: Indigenous Chinese personality constructs: is the five-factor model complete? J Cross Cult Psychol 2001; 32: 407–433.
- Deary IJ, Peter A, Austin E et al.: Personality traits and personality disorders. Br J Psychol 1998; 89: 647–661.
- Drapeau M, Perry JC, Körner A: Interpersonal patterns in borderline personality disorder. J Pers Disord 2012; 26: 583–592.
- Dyga K: *Self i tożsamość: próba określenia znaczeń oraz wzajemnych związków między pojęciami*. Pol Forum Psychol 2018; 23: 413–429.
- Foran HM, Whisman MA, Beach SRH: Intimate partner relationship distress in the DSM-5. Fam Process 2015; 54: 48–63.
- Gaebel W, Zielasek J, Reed GM: Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. Psychiatr Pol 2017; 51: 169–195.
- Greene RR, Uebel M: Classical psychoanalytic thought, contemporary developments, and clinical social work practice. In: Greene RR (ed.): Human Behavior Theory & Social Work Practice. Routledge, Abingdon 2017: 57–84.
- Guénolé F, Spiers S, Gicquel L et al.: Interpersonal relatedness and non-suicidal self-injurious behaviors in female adolescents with borderline personality disorder. Front Psychiatry 2021; 12: 731629.
- Gullestad SE: Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. Scand Psychoanal Rev 2001; 24: 3–16.
- Hébert É, Diguer L, Descôteaux J et al.: The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): a preliminary report on its validity and interrater reliability. Psychother Res 2003; 13: 243–254.
- Heyman RE, Smith Slep AM, Beach SRH et al.: Relationship problems and the DSM: needed improvements and suggested solutions. World Psychiatry 2009; 8: 7–14.
- Jakubik A: Zaburzenia osobowości. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
- Kohut H: The Restoration of the Self. University of Chicago Press, Chicago 2009.
- Kramer U, Beuchat H, Grandjean L et al.: Lessening of the pervasiveness of interpersonal patterns in borderline personality disorder explains symptom decrease after treatment: a process analysis. J Clin Psychol 2022; 78: 772–784.
- Krawczyk P, Święcicki Ł: ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. Psychiatr Pol 2020; 54: 7–20.
- Kwiatkowska A, Grzymała-Moszczyńska H: Psychologia międzynarodowa. In: Strelau J, Doliński D (eds.): Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008: 451–487.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM et al.: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 1027–1040.
- Millon T, Davis R, Millon C et al.: Personality Disorders in Modern Life. John Wiley & Sons Inc., Hoboken 2000.
- Morey LC, Gunderson J, Quigley BD et al.: Dimensions and categories: the “big five” factors and the DSM personality disorders. Assessment 2000; 7: 203–216.
- Poropat AE, Corr PJ: Thinking bigger: the Cronbachian paradigm & personality theory integration. J Res Pers 2015; 56: 59–69.
- Salzer S, Streeck U, Jaeger U et al.: Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis 2013; 201: 94–98.
- Shaver PR, Mikulincer M: Attachment theory and research: resurrection of the psychodynamic approach to personality. J Res Pers 2005; 39: 22–45.
- Wachtel PL: Psychodynamics, behavior therapy, and the implacable experimenter: an inquiry into the consistency of personality. J Abnorm Psychol 1973; 82: 324–334.
- Wciórka J (ed.): Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM: Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 830–838.
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A et al.: The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2020; 216: 69–78.
- World Health Organization: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 2020. Available from: <https://icd.who.int/en>.
- World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true.



PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

WYKŁAD PO – 2024/2025 (SEMESTR LETNI)

BIBLIOGRAFIA

LITERATURA DODATKOWA

- Kłos, J., *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2014.
- Linke, S. E., Robinson, C. J., & Pekmezi, D. (2014). *Applying psychological theories to promote healthy lifestyles*. American Journal of Lifestyle Medicine, 8(1), 4-14.
- Sánchez-Miguel, P. A., Vaquero-Solís, M., Sánchez-Oliva, D., Pulido, J. J., López-Gajardo, M. A., & Tapia-Serrano, M. A. (2020). *Promoting healthy lifestyle through basic psychological needs in inactive adolescents: A protocol study from self-determination approach*. Sustainability, 12(15), 5893.

LITERATURA PODSTAWOWA

- Strelau J., Doliński D., *Psychologia akademicka. Podręcznik*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 681-734, Gdańsk.
- Heszen-Celińska I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2020.
- Włodarczyk, E. (2019). *Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia–wybrane zagadnienia*. Medyczna Wokanda, 12(12), 61-90.

STRUKTURA WYKŁADU

1. Zajęcia organizacyjne, prezentacja KOP, informacja o planowanym przebiegu zajęć oraz zasadach zaliczenia przedmiot

2. Wprowadzenie do psychologii zdrowia

3. Motywacja i zmiana zachowań zdrowotnych

4. Stres. Radzenie sobie ze stresem. Rola stresu w zdrowym stylu życia

5. Osobowość i zdrowie

6. Wpływ emocji na zdrowie i dobre samopoczucie

7. Znaczenie snu w zdrowym stylu życia

8. Uważność (*mindfulness*) i jej rola w zdrowym stylu życia

9. Zdrowe relacje interpersonalne i wsparcie społeczne. Społeczne czynniki zdrowia

10. Psychologiczne aspekty aktywności fizycznej

11. Zarządzanie czasem a zdrowy styl życia

12. Rola psychodietetyki w zdrowym stylu życia

13. Psychologiczne bariery w zmianie stylu życia

14. Znaczenie samoregulacji i samokontroli w zdrowym stylu życia

15. Psychologiczne aspekty uzależnień a zdrowy styl życia

WPROWADZENIE DO PSYCHOLOGII ZDROWIA

Polskojęzyczne

1. Heszen, I., & Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Ogińska-Bulik, N. (2010). *Psychologia stresu w zawodach usług społecznych: zdrowie i funkcjonowanie zawodowe*. Warszawa: Difin.
3. Wrześniowski, K., & Sobolewski, D. (2008). *Zdrowie i choroba: wybrane problemy psychospołeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Anglojęzyczne

1. Taylor, S. E. (2017). *Health Psychology* (10th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
2. Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook* (5th ed.). Berkshire: Open University Press.
3. Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2016). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (9th ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
4. Kaptein, A., & Weinman, J. (Eds.). (2004). *Health Psychology*. Oxford: Blackwell Publishing.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

PROBLEMY DEFINICYJNE

Wprowadzenie

- Psychologia zdrowia bada, jak czynniki psychologiczne, behawioralne i społeczne wpływają na zdrowie i chorobę
- Definicje psychologii zdrowia mogą się różnić w zależności od podejścia i perspektywy badawczej

Klasyczne definicje

- **Psychologia Zdrowia według Josepha Matarazzo:** "całość specyficznego edukacyjnego, naukowego i zawodowego wkładu psychologii do promocji i utrzymania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, identyfikacji etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i związanych z nimi dysfunkcji".
- **Model Biopsychospołeczny:** George Engel wprowadził model biopsychospołeczny, który zakłada, że zdrowie i choroba są wynikiem interakcji biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników. W tym kontekście psychologia zdrowia bada, jak te trzy aspekty wpływają na jednostkę.

Definicja APA: Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA): psychologia zdrowia to "dziedzina, która wykorzystuje wiedzę psychologiczną do promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia pacjentów z różnymi chorobami somatycznymi"

Różne perspektywy

- Definicje psychologii zdrowia mogą się różnić w zależności od perspektywy badawczej i zawodowej. Np. klinicyści mogą skupiać się bardziej na zastosowaniu terapii i interwencji, podczas gdy badacze mogą koncentrować się na identyfikacji czynników ryzyka i ochronnych

Ewolucja definicji

- Początkowo psychologia zdrowia koncentrowała się na wpływie stresu i stylu życia na zdrowie. Obecnie obejmuje szeroki zakres tematów, w tym psychoneuroimmunologię*, epigenetykę**, a także zdrowie publiczne i politykę zdrowotną

Podsumowanie

- Psychologia zdrowia jest interdyscyplinarną dziedziną, która łączy elementy psychologii, medycyny, socjologii i innych nauk społecznych. Różne definicje odzwierciedlają bogactwo i złożoność tej dziedziny, a także jej dynamiczny rozwój i adaptację do zmieniających się wyzwań zdrowotnych. Dyskusje wokół definicji psychologii zdrowia pokazują, jak ważne jest zrozumienie różnorodnych perspektyw i podejść w celu skutecznego promowania zdrowia i leczenia chorób.

***Psychoneuroimmunologia (PNI):** interdyscyplinarne pole badań, które zajmuje się badaniem wzajemnych oddziaływań pomiędzy układem nerwowym, układem odpornościowym i procesami psychicznymi. W skrócie, PNI bada, jak nasze myśli i emocje wpływają na nasze zdrowie fizyczne i odwrotnie

****Epigenetyka:** dziedzina biologii zajmująca się badaniem zmian w ekspresji genów, które nie są spowodowane zmianami w sekwencji DNA. Innymi słowy, epigenetyka bada, jak czynniki zewnętrzne i wewnętrzne mogą wpływać na to, które geny są włączane lub wyłączone, bez zmiany samego kodu genetycznego

Psychologia prewencyjna

- Skupia się na zapobieganiu chorobom poprzez promowanie zdrowych nawyków, takich jak regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, rezygnacja z palenia i ograniczenie spożycia alkoholu.

Psychologia kliniczna

- Koncentruje się na pomocy osobom chorym, zarządzaniu stresem, radzeniu sobie z bólem i wsparciu w procesie rehabilitacji.

Psychologia rehabilitacyjna

- Pomaga pacjentom po przebytych chorobach lub urazach w powrocie do zdrowia, ucząc ich strategii radzenia sobie z ograniczeniami i adaptacji do nowych warunków życia.

**OBSZARY
PSYCHOLOGII
ZDROWIA**

Zarządzanie stresem

- Psychologia zdrowia oferuje techniki i strategie, jak medytacja, trening autogenny, techniki oddechowe, które pomagają w redukcji stresu. Chroniczny stres może prowadzić do wielu problemów zdrowotnych, w tym chorób serca, nadciśnienia i osłabienia układu odpornościowego.

Motywacja do zmiany nawyków

- Psychologowie zdrowia pracują z pacjentami, aby zidentyfikować bariery wprowadzania zdrowych nawyków i opracować plany działania, które są realistyczne i dostosowane do indywidualnych potrzeb. Przykładem może być motywowanie do regularnych ćwiczeń fizycznych lub przestrzegania zdrowej diety.

Wsparcie w radzeniu sobie z chorobą

- Osoby z przewlekłymi chorobami, jak cukrzyca, rak czy choroby serca, mogą otrzymać wsparcie w radzeniu sobie z emocjonalnymi i psychologicznymi aspektami swojej choroby. To może obejmować techniki radzenia sobie, wsparcie grupowe i interwencje psychoterapeutyczne.

Poprawa jakości życia

- Interwencje psychologiczne mogą znacząco poprawić jakość życia, pomagając osobom lepiej zarządzać bólem, zmniejszać objawy depresji i lęku, oraz poprawiać ogólną satysfakcję z życia.

Edukacja zdrowotna

- Edukowanie ludzi na temat znaczenia zdrowego stylu życia i dostarczanie informacji na temat sposobów zapobiegania chorobom jest kluczowym aspektem psychologii zdrowia. Psychologowie zdrowia mogą pracować w szkołach, miejscach pracy i społecznościach, aby promować zdrowe zachowania.

**ZNACZENIE
PSYCHOLOGII
ZDROWIA DLA
ZDROWEGO
STYLU ŻYCIA**

PRZYKŁADY ZASTOSOWAŃ

Programy redukcji wagi

- programy, które łączą zmiany w diecie z terapią poznawczo-behawioralną w celu trwałej redukcji masy ciała

Programy antynikotynowe

- Np. terapia behawioralna, która może pomóc osobom rzucić palenie

Promowanie aktywności fizycznej

- Psychologowie zdrowia mogą opracowywać programy motywacyjne, które zachęcają do regularnej aktywności fizycznej

Psychologia zdrowia odgrywa kluczową rolę w promowaniu zdrowego stylu życia, wpływając na zachowania i nawyki, które prowadzą do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego. Poprzez zrozumienie i modyfikowanie zachowań zdrowotnych, psychologowie zdrowia przyczyniają się do poprawy jakości życia i zmniejszenia ryzyka wielu chorób

Model biomedyczny:

- **Opis:** Tradycyjny model koncentrujący się na biologicznych przyczynach chorób. Zakłada, że **każda choroba ma specyficzną przyczynę biologiczną** (np. wirusy, bakterie) i można ją wyleczyć, eliminując tę przyczynę.
- **Zalety:** Skuteczny w diagnozowaniu i leczeniu wielu chorób.
- **Wady:** Pomija czynniki psychologiczne i społeczne, które mogą wpływać na zdrowie.

15.03.205

Model biopsychospołeczny:

- **Opis:** Zakłada, że **zdrowie i choroba są wynikiem interakcji biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników**. Uwzględnia, że zdrowie jest kształtowane przez emocje, przekonania, zachowania oraz wsparcie społeczne.
- **Zalety:** Holistyczne podejście do zdrowia, uwzględniające szeroki zakres czynników wpływających na zdrowie.
- **Wady:** Może być trudny do zastosowania w praktyce ze względu na jego złożoność.

Model stresu i radzenia sobie z nim (Lazarusa i Folkman):

- **Opis:** Koncentruje się na tym, jak ludzie radzą sobie ze stresem i jak to wpływa na ich zdrowie. Zakłada, że **stres jest wynikiem interakcji między jednostką a jej środowiskiem**, a zdrowie zależy od skuteczności strategii radzenia sobie ze stresem.
- **Zalety:** Podkreśla znaczenie indywidualnych różnic w reakcjach na stres i radzeniu sobie.
- **Wady:** Może być trudny do mierzenia i oceny w badaniach empirycznych.

Model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model):

- **Opis:** Zakłada, że **zachowania zdrowotne są wynikiem indywidualnych przekonań dotyczących zdrowia**. Model ten identyfikuje kilka kluczowych czynników wpływających na zachowania zdrowotne, w tym: postrzegane zagrożenie (wrażliwość i ciężkość), postrzegane korzyści i bariery, oraz wskazówki do działania.
- **Zalety:** Użyteczny w projektowaniu interwencji zdrowotnych i programów edukacyjnych.
- **Wady:** Może nie uwzględniać wszystkich czynników wpływających na zachowania zdrowotne, takich jak emocje i nawyki.

MODELE
TEORETYCZNE
PSYCHOLOGII
ZDROWIA

MODELE TEORETYCZNE ... C.D.

Teoria planowanego zachowania (Theory of Planned Behavior):

- **Opis:** Rozwinięcie teorii działania uzasadnionego, która dodaje komponent percepji kontroli nad zachowaniem. Zakłada, że intencje zachowań są wynikiem postaw wobec zachowania, norm subiektywnych i postrzeganej kontroli nad zachowaniem.
- **Zalety:** Pozwala przewidywać i zmieniać szeroki zakres zachowań zdrowotnych.
- **Wady:** Zakłada racjonalność w procesie podejmowania decyzji, co nie zawsze jest zgodne z rzeczywistością.

Model transteoretyczny (Stages of Change Model):

- **Opis:** Opisuje proces zmiany zachowania jako przejście przez różne etapy: prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie, utrzymanie, i ewentualnie nawroty. Zakłada, że ludzie przechodzą przez te etapy w sposób cykliczny, a nie liniowy.
- **Zalety:** Użyteczny w planowaniu interwencji dostosowanych do etapu zmiany, w jakim znajduje się jednostka.
- **Wady:** Nie zawsze uwzględnia indywidualne różnice i specyficzne konteksty, które mogą wpływać na proces zmiany.

MOTYWACJA I ZMIANA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Polskojęzyczne

- 1. Ostrowska, A. (2008).** "Socjologia zdrowia i medycyny". Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- 2. Gacek, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2013).** "Zdrowie publiczne: Wybrane zagadnienia". Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- 3. Heszen, I. (2012).** "Psychologia zdrowia". Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- 4. Sęk, H. (2001).** "Psychologia kliniczna". Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Anglojęzyczne

- 1. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983).** "Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. New York.
- 2. Bandura, A. (1977).** "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Washington, DC.
- 3. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000).** "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being". *American Psychologist*, 55(1), 68-78. Washington, DC.
- 4. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013).** "Motivational Interviewing: Helping People Change" (3rd ed.). Guilford Press, New York.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

Motywacja:

- proces, który inicjuje, kieruje i podtrzymuje nasze działania mające na celu osiągnięcie określonych celów

22.03.2025

Teoria samodeterminacji (Self-Determination Theory, SDT):

- zakłada, że ludzie mają trzy podstawowe potrzeby psychologiczne – autonomii, kompetencji i więzi społecznych. Zaspokojenie tych potrzeb prowadzi do wewnętrznej motywacji, co jest bardziej trwałe i skuteczne w długoterminowej zmianie zachowania

Teoria oczekiwania i wartości (Expectancy-Value Theory):

- sugeruje, że motywacja zależy od przekonania jednostki o prawdopodobieństwie sukcesu (oczekiwanie) oraz wartości nagrody za osiągnięcie celu

Teoria celów (Goal Setting Theory):

- skupia się na znaczeniu wyznaczania konkretnych, mierzalnych, osiągalnych, realistycznych i terminowych celów (SMART)

DEFINICJA I TEORIE MOTYWACJI

Wewnętrzna (intrinsic motivation):

- Wynika z przyjemności lub satysfakcji, jaką daje samo działanie, np. ćwiczenia fizyczne dla własnej przyjemności

Zewnętrzna (extrinsic motivation):

- Opiera się na zewnętrznych nagrodach lub presji, np. odchudzanie się, aby zadowolić innych

RODZAJE MOTYWACJI

Model Transtheoretyczny (Stages of Change Model):

- Opisuje etapy, przez które przechodzi jednostka podczas zmiany zachowania – prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie, utrzymanie i ewentualny nawrót

Teoria Planowanego Zachowania (Theory of Planned Behavior):

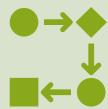
- Zakłada, że zmiana zachowania jest wynikiem intencji, które są kształtowane przez postawy, normy społeczne i postrzeganą kontrolę nad zachowaniem

PROCES ZMIANY ZACHOWANIA



Model Transtheoretyczny (Stages of Change Model)

<https://medicine.llu.edu/academics/resources/stages-change-model>



Jest to teoria opisująca proces zmiany zachowania u jednostki, opracowana przez Prochaskę i DiClemente. Model zakłada, że zmiana nie jest jednorazowym aktem, lecz dynamicznym procesem, w którym osoba przechodzi przez kolejne etapy



Główne założenia modelu:



- Zmiana zachowania to proces rozłożony w czasie, a nie jednorazowa decyzja.
- Osoby mogą przechodzić przez różne etapy w różnym tempie.
- Możliwe są nawroty, które stanowią naturalną część procesu zmiany

Etapy Zmiany Zachowania według Modelu Transtheoretycznego

- 1 **Prekontemplacja** – brak świadomości problemu, brak zamiaru zmiany.
- 2 **Kontemplacja** – rozważanie zmiany, dostrzeganie korzyści i barier.
- 3 **Przygotowanie** – podejmowanie pierwszych działań, planowanie zmiany.
- 4 **Działanie** – aktywne wdrażanie zmiany w życie.
- 5 **Utrzymanie** – długoterminowe podtrzymywanie nowego zachowania.
- 6 **Nawrót (opcjonalny)** – powrót do wcześniejszych nawyków, ale także szansa na lepsze przygotowanie do kolejnej próby zmiany.

Proces zmiany może przebiegać cyklicznie – nie zawsze jest liniowy!

Teoria Planowanego Zachowania (Theory of Planned Behavior)?

- Jest to teoria opracowana przez Icęka Ajzena, która wyjaśnia, w jaki sposób intencje prowadzą do określonych zachowań. Zakłada, że ludzie podejmują działania na podstawie świadomego planowania, a ich intencje są kluczowym czynnikiem determinującym zmianę zachowania.

Główne założenia modelu:

- Zachowanie jest wynikiem świadomej intencji
- Intencja kształtuje się pod wpływem trzech kluczowych czynników:
 - **Postaw** (indywidualne przekonania o skutkach zachowania)
 - **Norm społecznych** (oczekiwania społeczne i presja otoczenia)
 - **Postrzeganej kontroli nad zachowaniem** (czy osoba wierzy, że jest w stanie podjąć działanie)

Psychologiczne:

- lęk przed porażką, niskie poczucie własnej skuteczności

Fizyczne:

- brak dostępu do zasobów, problemy zdrowotne

Społeczne:

- brak wsparcia, presja społeczna

Emocjonalne:

- stres, depresja

**BARIERY I WYZWANIA
W ZMIANIE
ZACHOWAŃ**



Edukacja i Informowanie: Dostarczanie rzetelnej wiedzy na temat zdrowia i korzyści płynących z określonych zachowań



Wzmocnienie Pozytywne: Nagradzanie pozytywnych zmian, co wzmacnia pożądane zachowania



Wsparcie Społeczne: Angażowanie rodziny, przyjaciół i grup wsparcia, co może zwiększać motywację i ułatwiać utrzymanie zmian



Samomonitorowanie i Feedback: Zachęcanie do prowadzenia dzienników, aplikacji zdrowotnych czy regularnych ocen postępów



Kształtowanie Środowiska: Tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowym wyborom, np. dostęp do zdrowej żywności, miejsc do ćwiczeń

STRATEGIE MOTYWACYJNE I WSPIERAJĄCE ZMIANĘ ZACHOWANIA

STRES

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM. ROLA STRESU W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. Kardas, M. (2016). *Stres i radzenie sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Jasińska, K. (2014). *Psychologia stresu: Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
3. Sęk, H. (2013). *Radzenie sobie ze stresem i jego wpływ na zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Ziółkowska, E. (2009). *Stres i zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Anglojęzyczne

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
2. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Washington, DC.
3. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York.
4. McEwen, B. S. (2007). *The End of Stress as We Know It*. Joseph Henry Press, Washington, DC.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

Stres: reakcja organizmu na wszelkie wymagania, które zakłócają jego równowagę. Może być wywołany przez różnorodne czynniki, zwane stresorami, które mogą być zarówno fizyczne (np. ból), jak i psychiczne (np. presja w pracy)

- **Rodzaje stresu:**

- **Eustres** – pozytywny stres, który motywuje i daje energię do działania. Przykłady obejmują wyzwania sportowe, nowe projekty w pracy czy ekscytujące wydarzenia życiowe
- **Distres** – negatywny stres, który może prowadzić do problemów zdrowotnych i emocjonalnych, takich jak lęk, depresja, a także choroby fizyczne
- **Fizjologiczne Reakcje na Stres**

Reakcje na stres są naturalną częścią mechanizmu przetrwania organizmu, znanego jako reakcja "walcz lub uciekaj" (fight-or-flight). W sytuacji stresowej organizm uruchamia szereg reakcji fizjologicznych, jak:

- wzrost tętna i ciśnienia krwi
- wzmożone wydzielanie hormonów stresu, takich jak kortyzol i adrenalina
- przyspieszenie oddechu
- zwiększenie napięcia mięśniowego

DEFINICJA I RODZAJE STRESU

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Radzenie sobie ze stresem to proces zarządzania wymaganiami, które są postrzegane jako zagrażające lub przekraczające zasoby danej osoby. Obejmuje zarówno techniki psychologiczne, jak i praktyczne działania

- **Techniki Radzenia Sobie ze Stresem**

- **Techniki relaksacyjne:**

- **medytacja:** praktyka skupienia uwagi, która może pomóc w zmniejszeniu napięcia i poprawie koncentracji
 - **ćwiczenia oddechowe:** kontrolowane, głębokie oddychanie pomaga w obniżeniu poziomu stresu
 - **Joga:** łączy fizyczne ćwiczenia z technikami oddechowymi i medytacyjnymi

- **Aktywność fizyczna:**

- Regularne ćwiczenia fizyczne, takie jak bieganie, pływanie czy trening siłowy, mogą redukować poziom hormonów stresu i poprawiać nastrój poprzez wydzielanie endorfin

- **Wsparcie społeczne:**

- Rozmowy z przyjaciółmi, rodziną czy terapeutą mogą dostarczyć wsparcia emocjonalnego i pomóc w przetwarzaniu stresujących doświadczeń

- **Zdrowy styl życia:**

- Odpowiednia dieta, regularny sen i unikanie używek (alkohol, nikotyna) mogą znacząco wpływać na zdolność radzenia sobie ze stresem

- **Organizacja czasu:**

- Planowanie i priorytetyzowanie zadań pomaga w redukcji napięcia związanego z obowiązkami i terminami

Pozytywne aspekty stresu

- Stres, zwłaszcza eustres, może mieć korzystny wpływ na zdrowie i dobrostan. Motywuje do działania, pomaga w osiąganiu celów oraz w rozwoju osobistym i zawodowym. Dzięki stresowi ludzie mogą wypracować strategie radzenia sobie, które poprawiają ich odporność psychiczną.

Negatywne aspekty stresu

- Chroniczny stres, czyli długotrwały i intensywny distres, może prowadzić do licznych problemów zdrowotnych:
 - **Zdrowie fizyczne:**
 - choroby serca, nadciśnienie, zaburzenia immunologiczne, bóle głowy.
 - **Zdrowie psychiczne:**
 - lęk, depresja, zaburzenia snu

ROLA STRESU W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

Efektywne zarządzanie stresem jest kluczowym elementem zdrowego stylu życia i obejmuje:

- **prewencję:**
 - unikanie sytuacji stresujących, gdy jest to możliwe, oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie z potencjalnymi stresorami
- **adaptację:**
 - uczenie się elastycznego reagowania na zmieniające się okoliczności życiowe
- **rekonstrukcję:**
 - zmiana sposobu myślenia o stresie i postrzeganie go jako wyzwania, a nie zagrożenia

ZNACZENIE ZARZĄDZANIA STRESEM

OSOBOWOŚĆ I ZDROWIE

Polskojęzyczne

1. Brzezińska, A. (2021). Osobowość i zdrowie psychiczne: Związki i mechanizmy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Kowalski, M. (2020). Wpływ cech osobowości na zdrowie fizyczne i psychiczne. Kraków: Universitas.
3. Lewandowski, P. (2019). Osobowość typu A i jej konsekwencje zdrowotne. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
4. Nowak, J. (2018). Psychologia zdrowia: Teorie osobowości i ich wpływ na zdrowie. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Anglojęzyczne

1. Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2016). Personality and Health: Historical Perspectives and Contemporary Directions. New York, NY: Springer.
2. Friedman, H. S., & Kern, M. L. (2014). Personality, Well-being, and Health. Annual Review of Psychology, 65, 719-742.
3. Segerstrom, S. C. (2018). Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. Psychological Bulletin, 134(2), 250-275.
4. Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2020). Personality Trait Development and Health. Annual Review of Psychology, 61, 383-409.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

10 zasad zdrowego stylu życia

Wstęp



- Zdrowy styl życia jest pojęciem obejmującym różnorodne aspekty, takie jak dieta, aktywność fizyczna, sen, radzenie sobie ze stresem oraz relacje społeczne
- Jednym z kluczowych czynników wpływających na zdrowy styl życia jest osobowość
- Osobowość definiowana jest jako zbiór trwałych cech i wzorców myślenia, odczuwania oraz zachowania, które kształtują indywidualne sposoby reagowania na różnorodne sytuacje życiowe

- **Gordon W. Allport:**
 - **Definicja:** Osobowość to dynamiczna organizacja wewnętrz jednostki tych systemów psychofizycznych, które determinują jej specyficzne zachowanie i myślenie
 - Allport podkreśla tutaj zarówno stałość, jak i zmienność osobowości, oraz jej wewnętrzne złożenie z elementów psychicznych i fizycznych
- **Raymond B. Cattell:**
 - **Definicja:** Osobowość to to, co pozwala przewidzieć, co dana osoba zrobi w określonej sytuacji
 - Cattell koncentruje się na osobowości jako na zestawie cech, które pomagają przewidywać zachowanie jednostki
- **Sigmund Freud:**
 - **Definicja:** Osobowość jest wynikiem dynamicznych interakcji pomiędzy id, ego i superego
 - Freud przedstawia osobowość jako wynik konfliktów i negocjacji między trzema strukturami psychicznymi: prymitywnym "id", racjonalnym "ego" i moralistycznym "superego"
- **Carl Rogers:**
 - **Definicja:** Osobowość to unikalny wzór cech i wzorców zachowań, który determinuje sposób, w jaki jednostka odnosi się do otaczającego ją świata
 - zestaw cech, które kształtują relacje jednostki ze światem
- **Hans Eysenck:**
 - **Definicja:** Osobowość jest relatywnie stałą organizacją charakteru, temperamentu, intelektu i fizycznej budowy, która determinuje unikalną adaptację jednostki do środowiska
 - podkreśla stabilność osobowości oraz jej wpływ na sposób przystosowania się jednostki do świata

**DEFINICJE
OSOBOWOŚCI**

MODELE OSOBOWOŚCI

Model Pięcioczynnikowy (Big Five) – pięć wymiarów osobowości:

- **Ekstrawersja** (Extraversion): Obejmuje takie cechy jak towarzyskość, aktywność, pozytywne emocje
- **Ugodowość** (Agreeableness): Obejmuje cechy takie jak współczucie, uprzejmość, skłonność do współpracy
- **Sumienność** (Conscientiousness): Obejmuje cechy takie jak odpowiedzialność, skrupulatność, zorganizowanie
- **Neurotyczność** (Neuroticism): Obejmuje cechy takie jak lęk, emocjonalna niestabilność, skłonność do przeżywania negatywnych emocji
- **Otwartość na doświadczenie** (Openness to Experience): Obejmuje cechy takie jak kreatywność, otwartość na nowe doświadczenia, wyobraźnia

Teoria Freuda – trzy składniki osobowości:

- **Id**: Reprezentuje prymitywne instynkty i popędy, kierujące się zasadą przyjemności
- **Ego**: Jest to część osobowości odpowiedzialna za racjonalne myślenie, działająca zgodnie z zasadą rzeczywistości, dążąca do zaspokojenia potrzeb id w sposób akceptowalny społecznie
- **Supereo**: Reprezentuje moralność i sumienie, wprowadza normy i zasady społeczne, kontrolując impulsy id poprzez ego

Teoria Carla Junga – dwa główne aspekty osobowości:

- **Nieświadomość zbiorowa**: Zbiór wspólnych dla całej ludzkości archetypów i symboli, które wpływają na nasze zachowanie i sposób myślenia
- **Nieświadomość indywidualna**: Obejmuje doświadczenia osobiste, zapomniane lub stłumione, które wpływają na osobowość jednostki

Teoria Humanistyczna (Maslow, Rogers) – podkreśla znaczenie samorealizacji i rozwijania potencjału jednostki:

- **Samorealizacja**: Najwyższy poziom w hierarchii potrzeb Maslowa, gdzie jednostka dąży do pełnego wykorzystania swoich możliwości i osiągnięcia pełni człowieczeństwa
- **Ja idealne vs. Ja realne** (Rogers): Rogers wprowadził pojęcia „ja idealnego” (jakie chciałoby się być) oraz „ja realnego” (jakie się jest w rzeczywistości) Dysproporcja między tymi dwiema koncepcjami może prowadzić do wewnętrznych konfliktów

Teoria Typów Osobowości – Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) opiera się na teorii Carla Junga i dzieli osobowość na cztery pary preferencji:

- **Ekstrawersja vs. Introwersja**: Skłonność do interakcji z otoczeniem kontra skłonność do refleksji wewnętrznej
- **Percepcja vs. Intuicja**: Skupienie na faktach i szczegółach kontra skupienie na ogólnych wzorcach i możliwości
- **Myślenie vs. Odczuwanie**: Podejmowanie decyzji na podstawie logiki kontra na podstawie wartości i uczuć
- **Ocenianie vs. Obserwowanie**: Preferencja dla uporządkowanego stylu życia kontra preferencja dla elastyczności i otwartości na nowe informacje

TYPY OSOBOWOŚCI A ZDROWIE

Osobowość typu A:

- **Cechy charakterystyczne:** ambicja, agresywność, niecierpliwość, wysoki poziom stresu.
- **Wpływ na zdrowie:** Osoby z osobowością typu A są bardziej narażone na choroby sercowo-naczyniowe, takie jak nadciśnienie czy zawał serca. Ich skłonność do stresu i agresywne podejście do życia mogą prowadzić do przewlekłego stresu, co negatywnie wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne.

Osobowość typu B:

- **Cechy charakterystyczne:** spokój, cierpliwość, zrelaksowane podejście do życia.
- **Wpływ na zdrowie:** Osoby z osobowością typu B rzadziej doświadczają problemów zdrowotnych związanych ze stresem. Ich zdolność do radzenia sobie z napięciem w bardziej zrelaksowany sposób sprzyja lepszemu zdrowiu ogólnemu.

Osobowość typu D (distressed):

- **Cechy charakterystyczne:** skłonność do negatywnego myślenia, wysoki poziom niepokoju, unikanie kontaktów społecznych.
- **Wpływ na zdrowie:** Osoby z osobowością typu D są bardziej narażone na problemy zdrowotne związane z układem sercowo-naczyniowym oraz mają wyższe ryzyko zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i lęk

- **Neurotyczność:** Osoby z wysokim poziomem neurotyczności są bardziej podatne na stres, co może prowadzić do problemów zdrowotnych, takich jak choroby serca, osłabiona odporność i zaburzenia psychiczne, takie jak lęki i depresja
- **Ekstrawersja:** Ekstrawertycy, dzięki częstszym interakcjom społecznym, mogą cieszyć się lepszym zdrowiem psychicznym, ale ich skłonność do ryzykownych zachowań może zwiększać ryzyko urazów czy nadużywania substancji
- **Sumienność:** Wysoki poziom sumienia jest związany z lepszym stanem zdrowia fizycznego, ponieważ osoby te są bardziej skłonne do przestrzegania zdrowego stylu życia, unikania ryzykownych zachowań i regularnego dbania o zdrowie
- **Otwartość na doświadczenia:** Osoby otwarte na nowe doświadczenia mogą być bardziej skłonne do prób różnych metod dbania o zdrowie, co może prowadzić do lepszej kondycji fizycznej i psychicznej, ale też mogą być podatne na stres związany z niepewnością
- **Ugodowość:** Ugodowe osoby często utrzymują lepsze relacje społeczne, co pozytywnie wpływa na ich zdrowie psychiczne. Mogą jednak mieć trudności z asertywnością, co w dłuższej perspektywie może prowadzić do problemów emocjonalnych

CECHY OSOBOWOŚCI A ZDROWE ZACHOWANIA

WPŁYW EMOCJI NA ZDROWIE I DOBRE SAMOPOCZUCIE

Polskojęzyczne

1. **Borucka, A., & Ostrowski, T.** (2019). Emocje a zdrowie psychiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. **Brzezińska, A.** (2018). Psychologia zdrowia: Teoria i praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
3. **Kowalska, J.** (2021). Emocje i zdrowie: Jak dbać o równowagę psychiczną. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
4. **Kamińska, M.** (2017). Wpływ emocji na zdrowie psychiczne i fizyczne. Wydawnictwo Akademickie SEDNO
5. **Nowak, A., & Kowalczyk, M.** (2023). Zarządzanie emocjami w kontekście zdrowia psychicznego. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego

Anglojęzyczne

1. **Harris, M.** (2021). The Impact of Emotions on Health and Well-being. New York: Oxford University Press.
2. **Smith, J., & Brown, K.** (2020). Emotional Health and Its Effects on Physical Well-being. London: Routledge.
3. **Wilson, R.** (2019). Emotions and Health: A Comprehensive Guide. Chicago: University of Chicago Press.
4. **Davis, L.** (2022). Mind-Body Connection: How Emotions Influence Health. Boston: Harvard Health Publications.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

WPROWADZENIE

- Emocje odgrywają kluczową rolę w naszym codziennym życiu, wpływając nie tylko na nasze samopoczucie, ale również na zdrowie fizyczne. W ramach wykładów pt. "Psychologiczne aspekty zdrowego stylu życia" omówienie wpływu emocji na zdrowie i dobre samopoczucie jest niezwykle ważnym zagadnieniem. Przedstawienie tego tematu pozwoli zrozumieć, jak emocje mogą kształtować nasze życie, oraz jakie strategie można zastosować, aby poprawić zdrowie emocjonalne i fizyczne





DEFINICJA

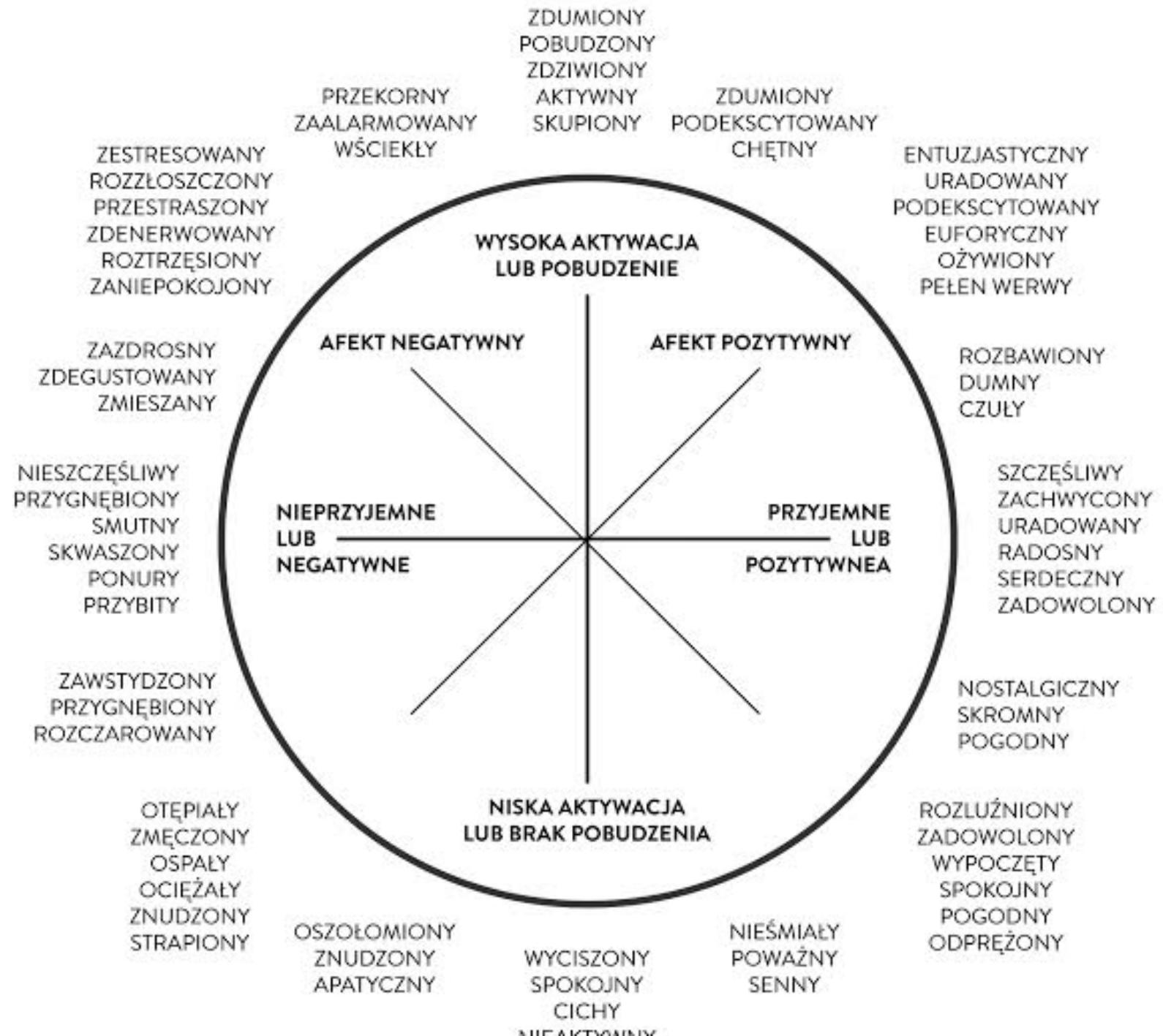
- Emocje to złożone reakcje psychofizyczne, które obejmują subiektywne odczucia, procesy poznawcze, zmiany fizjologiczne oraz reakcje behawioralne. Mogą być one zarówno pozytywne (radość, miłość, zadowolenie) jak i negatywne (smutek, złość, lęk)



JAK REGULOWAĆ
ROZREGULOWANE
EMOCJE



Monika Cybulska Psychoterapia
Poznańczo-Behawioralna
• ologicznie Centrum
• terapii i Rozwoju



MAPA EMOCJI

Fizjologiczne zmiany związane z emocjami:

- Emocje mogą wywoływać reakcje fizjologiczne w organizmie, takie jak zmiany tętna, ciśnienia krwi, poziomu hormonów stresu (np. kortyzolu) i funkcjonowania układu odpornościowego
- Przewlekły stres emocjonalny może prowadzić do nadmiernego wydzielania kortyzolu, co ma negatywny wpływ na układ immunologiczny i może zwiększać ryzyko infekcji oraz chorób autoimmunologicznych

Wpływ na układ sercowo-naczyniowy:

- Negatywne emocje, takie jak złość i lęk, mogą prowadzić do podwyższenia ciśnienia krwi i tętna, co zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych
- Przewlekłe stresy emocjonalne są związane z wyższym ryzykiem wystąpienia zawału serca i udaru mózgu

Wpływ na układ odpornościowy:

- Pozytywne emocje mogą wzmacniać układ odpornościowy, zwiększając produkcję przeciwciał i aktywność komórek NK (natural killer cells), które są kluczowe w zwalczaniu infekcji i komórek nowotworowych
- Negatywne emocje i przewlekły stres mogą osłabiać funkcjonowanie układu odpornościowego, zwiększając podatność na choroby

MECHANIZMY WPŁYWU EMOCJI NA ZDROWIE

EMOCJE A ZDROWIE PSYCHICZNE

Depresja i lęk: Negatywne emocje są silnie związane z zaburzeniami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja i zaburzenia lękowe. Przewlekły stres i negatywne myśli mogą prowadzić do rozwoju tych zaburzeń.

Pozytywne emocje: Pozytywne emocje, takie jak radość i zadowolenie, mogą działać ochronnie, zmniejszając ryzyko zaburzeń psychicznych i poprawiając ogólne samopoczucie.

Techniki relaksacyjne:

Medytacja, joga i głębokie oddychanie mogą pomóc w redukcji stresu i poprawie równowagi emocjonalnej.



Aktywność fizyczna:

Regularne ćwiczenia fizyczne są związane z poprawą nastroju i redukcją objawów depresji i lęku. Ćwiczenia wyzwalają endorfiny, które działają jako naturalne poprawiacze nastroju.



Wsparcie społeczne:

Silne relacje interpersonalne i wsparcie społeczne mogą działać jako bufor przeciwko negatywnym emocjom i stresowi.



Techniki poznawczo-behawioralne:

Terapie poznawczo-behawioralne (CBT) pomagają w identyfikacji i modyfikacji negatywnych myśli i przekonań, co może prowadzić do poprawy zdrowia emocjonalnego.



Świadome zarządzanie stresem:



Nauka technik zarządzania stresem, takich jak planowanie czasu, priorytetyzacja zadań i techniki radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, może zmniejszyć negatywny wpływ emocji na zdrowie

STRATEGIE POPRAWY ZDROWIA EMOCJONALNEGO

UWAŻNOŚĆ (MINDFULNESS) I JEJ ROLA W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. **Kabat-Zinn, J.** (2016). *Uważność dla wszystkich*. Kraków: Wydawnictwo Czarna Owca.
2. **Mrówka, D.** (2019). *Medytacja. Sposób na lepsze życie*. Warszawa: Wydawnictwo Sensus.
3. **McKenzie, S., & Hassed, C.** (2018). *Uważność. Trening mindfulness na co dzień*. Warszawa: Wydawnictwo Rebis.
4. **Scott, S. J., & Davenport, B.** (2023). *Mindfulness w 10 minut. 71 prostych nawyków, które pomogą Ci żyć tu i teraz*. Warszawa: Wydawnictwo Sensus.
5. **Musztyfaga, A.** (2024). *Uważność – jak wpływa na jakość życia i jak praktykować mindfulness?*. Kraków.

Anglojęzyczne

1. **Williams, M., & Penman, D.** (2011). *Mindfulness: An Eight-Week Plan for Finding Peace in a Frantic World*. New York: Rodale Books.
2. **Siegel, R. D.** (2010). *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems*. New York: The Guilford Press.
3. **Germer, C. K.** (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion: Freeing Yourself from Destructive Thoughts and Emotions*. New York: The Guilford Press.
4. **Harris, R.** (2008). *The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living*. Boston: Trumpeter.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

WPROWADZENIE DO UWAŻNOŚCI (MINDFULNESS)

Definicja: Uważność (ang. mindfulness) to stan świadomości polegający na celowym, nieoceniającym skupieniu uwagi na chwili obecnej

Korzenie mindfulness:

- Wywodzi się z tradycji buddyjskich (medytacja vipassana)
- W latach 70. XX wieku zaadaptowana w psychologii (Jon Kabat-Zinn – program MBSR)

Dlaczego jest ważna?

- Współczesny świat dostarcza nadmiaru bodźców i stresorów
- Uważność pomaga rozwijać odporność psychiczną i zwiększa jakość życia

Podstawowe komponenty:

- Skupienie na „tu i teraz” – odrzucenie rozpraszczy, skupienie na bieżącej chwili
- Akceptacja bez oceniania – przyjmowanie rzeczywistości taką, jaką jest

Przykłady praktyk mindfulness:

- Medytacja oddechu: skupianie uwagi na oddechu, obserwacja jego rytmu
- Skany ciała (body scan): systematyczne „przeglądanie” odczuć z różnych części ciała
- Uważne jedzenie i chodzenie: świadome doświadczanie codziennych aktywności

Cechy osoby uważnej:

Lepsza kontrola emocji, większa świadomość swojego ciała i otoczenia

• **KLUCZOWE ELEMENTY PRAKTYKI MINDFULNESS**

ROLA UWAŻNOŚCI W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

Korzyści psychiczne:

- Redukcja stresu – obniżenie poziomu kortyzolu (hormonu stresu).
- Lepsze radzenie sobie z emocjami – mniejsza reaktywność emocjonalna.
- Wsparcie w depresji i lękach – skuteczność potwierdzona badaniami.

Korzyści fizyczne:

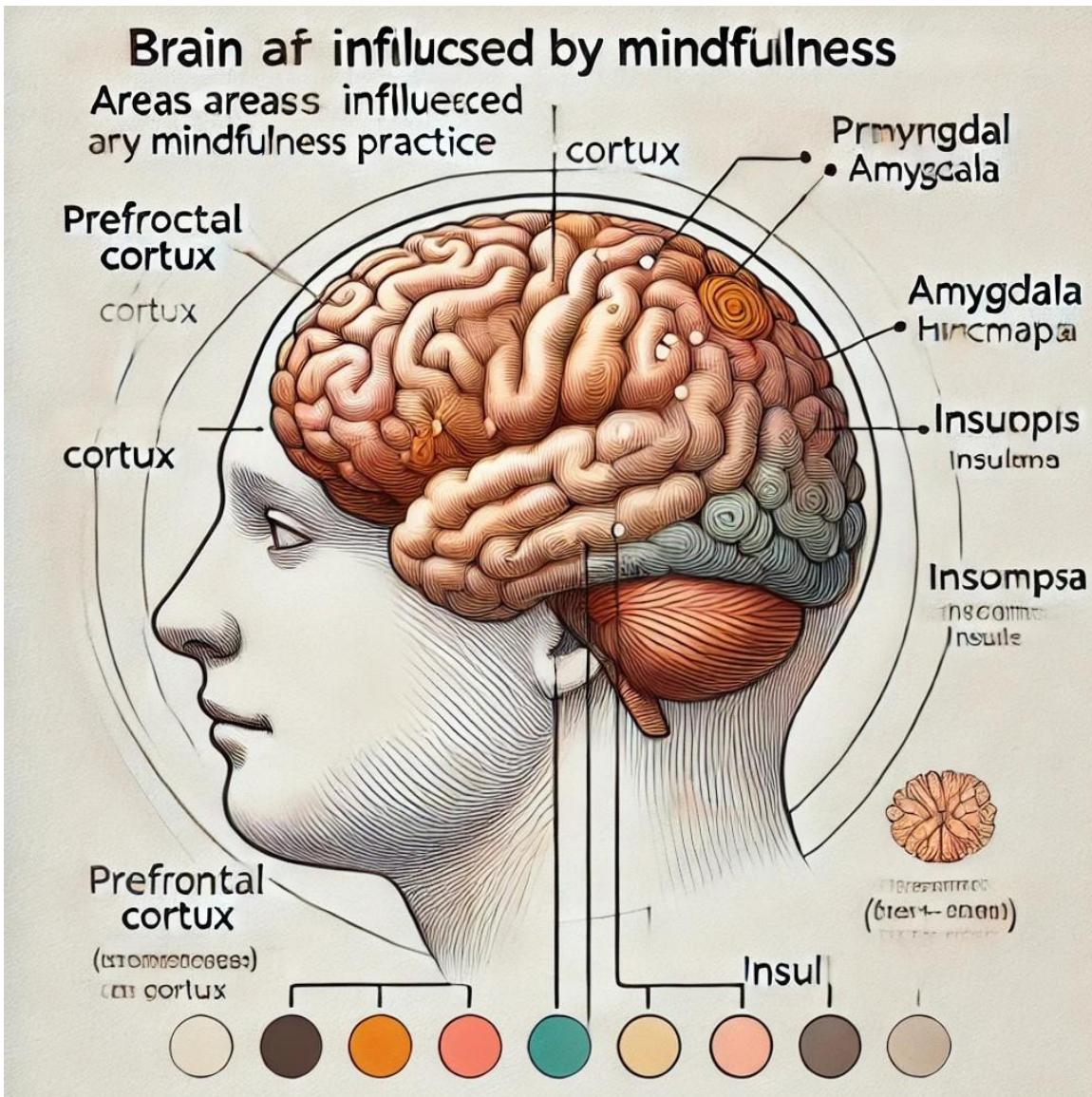
- Poprawa zdrowia serca – redukcja ciśnienia krwi i lepsza regulacja rytmu serca.
- Lepszy sen – zwiększcza jakość i głębokość snu.

Wpływ na codzienne nawyki:

- Zmniejszenie kompulsywnego jedzenia poprzez uważne odżywianie.

Zwiększenie motywacji do ruchu dzięki lepszemu rozumieniu potrzeb ciała.

BADANIA NAUKOWE POTWIERDZAJĄCE SKUTECZNOŚĆ MINDFULNESS



Dowody naukowe:

- Program MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) skutecznie redukuje poziom stresu i lęku
- Neuroplastyczność mózgu: badania pokazują wzrost gęstości istoty szarej w korze przedczolowej i hipokampie

Przykłady badań:

- Badanie A. Lazar (Harvard, 2011): zmiany w mózgu po 8 tygodniach medytacji
- Program MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): skuteczny w zapobieganiu nawrotom depresji

Wpływ na układ odpornościowy:

Mindfulness poprawia reakcję organizmu na stany zapalne

ZDROWE RELACJE INTERPERSONALNE I WSPARCIE SPOŁECZNE

SPOŁECZNE CZYNNIKI ZDROWIA

Polskojęzyczne

1. Łosiak, W. (2016). Relacje interpersonalne i ich znaczenie dla zdrowia psychicznego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Miciuk, L., & Domański, C. (2018). Wsparcie społeczne w kontekście zdrowego stylu życia. Poznań: Wydawnictwo UAM.
3. Brzezińska, A. I. (2019). Rola relacji interpersonalnych w kształtowaniu dobrostanu. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
4. Januszewska, E. (2020). Znaczenie wsparcia społecznego w życiu codziennym. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
5. Kowalska, M. (2021). Psychospołeczne aspekty zdrowych relacji międzyludzkich. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Anglojęzyczne

1. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
2. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. New York: Oxford University Press.
3. Reis, H. T., & Collins, W. A. (2000). Interpersonal Relationships and Health: Social and Clinical Perspectives. New York: Oxford University Press.
4. House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
<https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
5. Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

WPROWADZENIE

Relacje interpersonalne i wsparcie społeczne są kluczowymi aspektami zdrowego stylu życia

Jakość naszych relacji wpływa na zdrowie fizyczne, psychiczne i emocjonalne.

Zdrowe relacje i silne wsparcie społeczne mogą poprawić jakość życia, zmniejszyć stres i przeciwdziałać chorobom



Znaczenie zdrowych relacji interpersonalnych

- Definicja zdrowych relacji:
 - Zdrowe relacje charakteryzują się wzajemnym szacunkiem, zaufaniem, uczciwością, wsparciem emocjonalnym i otwartą komunikacją. Są to relacje, w których obie strony czują się bezpiecznie i doceniane
- Korzyści zdrowotne:
 - **Psychiczne:** Zdrowe relacje pomagają w redukcji stresu, zwiększą poczucie przynależności i własnej wartości, zmniejszą ryzyko depresji i lęku.
 - **Fizyczne:** Badania pokazują, że osoby w zdrowych związkach mają niższe ryzyko chorób serca, lepszą funkcję immunologiczną i dłuższą żywotność.
- Rozwój osobisty:

Zdrowe relacje sprzyjają rozwojowi osobistemu, umożliwiając wymianę doświadczeń, uczenie się i wzajemne wsparcie w realizacji celów życiowych

Znaczenie wsparcia społecznego

- **Definicja wsparcia społecznego:**
 - Wsparcie społeczne to zasoby emocjonalne, informacyjne i materialne dostarczane przez sieć społeczną, która może obejmować rodzinę, przyjaciół, współpracowników i społeczność
- **Rodzaje wsparcia społecznego:**
 - Emocjonalne: Uczucia troski, miłości i empatii, które pomagają jednostkom radzić sobie ze stresem i emocjonalnymi trudnościami
 - Informacyjne: Rady, sugestie i informacje, które pomagają w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów
 - Praktyczne: Pomoc materialna i fizyczna, np. pomoc w codziennych obowiązkach, finansowe wsparcie
- **Korzyści zdrowotne:**
 - Psychiczne: Silne wsparcie społeczne jest związane z lepszym zdrowiem psychicznym, niższym poziomem stresu, wyższym poczuciem własnej wartości i lepszym samopoczuciem.
 - Fizyczne: Osoby otrzymujące wsparcie społeczne mają lepsze wyniki zdrowotne, szybszą rekonalizację po chorobach i operacjach, oraz niższe ryzyko przewlekłych chorób

Budowanie zdrowych relacji i sieci wsparcia

- **Komunikacja:** Otwarte i szczerze rozmowy są podstawą zdrowych relacji. Ważne jest aktywne słuchanie, wyrażanie uczuć i potrzeb oraz rozwiązywanie konfliktów w sposób konstruktywny.
- **Empatia i zrozumienie:** Empatia pozwala na lepsze zrozumienie i współodczuwanie z innymi. Wzmacnia więzi i buduje głębsze relacje.
- **Uczciwość i zaufanie:** Budowanie zaufania poprzez uczciwość i konsekwencję w działaniu. Zaufanie jest fundamentem każdej zdrowej relacji.
- **Wspólne spędżanie czasu:** Aktywne uczestnictwo w życiu innych, wspólne zainteresowania i spędzanie czasu razem wzmacniają relacje.
- **Wsparcie emocjonalne:** Wspieranie innych w trudnych chwilach, okazywanie troski i miłości, co buduje silne i trwałe relacje.

Znaczenie społeczności i zaangażowania społecznego

- **Przynależność do grupy:** Udział w grupach społecznych, klubach, organizacjach i społecznościach może zwiększyć poczucie przynależności i wspólnoty.
- **Wolontariat i pomoc innym:** Zaangażowanie w wolontariat i pomoc innym może zwiększyć poczucie wartości, dawać satysfakcję i budować silne więzi społeczne.
- **Zarządzanie konfliktami:** Nauka skutecznego zarządzania konfliktami w relacjach społecznych, co przyczynia się do długotrwałego zdrowia emocjonalnego i społecznego

PODSUMOWANIE

- Zdrowe relacje interpersonalne i wsparcie społeczne są nieodzownym elementem zdrowego stylu życia. Wpływają one na nasze zdrowie fizyczne i psychiczne, pomagają radzić sobie ze stresem i poprawiają ogólną jakość życia
- Budowanie i utrzymanie zdrowych relacji wymaga komunikacji, empatii, zaufania i wspólnego zaangażowania
- Wsparcie społeczne, zarówno emocjonalne, informacyjne, jak i praktyczne, jest kluczowe dla zdrowia i dobrostanu.



PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Polskojęzyczne

1. **Sankowski, T.** (2001). Wybrane psychologiczne aspekty aktywności sportowej. Poznań: AWF Poznań.
2. **Gerc, K., Sikorska, I., Pawłowski, L., Szyszka, E., Pal, W., & Nowak, T.** (2017). Sportowcy z niepełnosprawnością: Aspekty psychologiczne i społeczne. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
3. **Kargulowa, A.** (2010). Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
4. **Pilch, W.** (2013). Psychologiczne i społeczne aspekty aktywności fizycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
5. **Trzcińska, D.** (2017). Psychologia aktywności fizycznej: Teoria i praktyka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Anglojęzyczne

1. **Hoffman, S. J.** (Ed.). (2014). Introduction to Kinesiology: Studying Physical Activity. Champaign, IL: Human Kinetics.
2. **Weinberg, R. S., & Gould, D.** (2018). Foundations of Sport and Exercise Psychology. Champaign, IL: Human Kinetics.
3. **Buckworth, J., Dishman, R. K., O'Connor, P. J., & Tomporowski, P. D.** (2013). Exercise Psychology. Champaign, IL: Human Kinetics.
4. **Lox, C. L., Martin Ginis, K. A., & Petruzzello, S. J.** (2019). The Psychology of Exercise: Integrating Theory and Practice. London: Routledge.
5. **Cox, R. H.** (2011). Sport Psychology: Concepts and Applications. New York, NY: McGraw-Hill.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE



WPROWADZENIE

Aktywność fizyczna odgrywa kluczową rolę w zdrowym stylu życia, wpływając nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także na zdrowie psychiczne.

Regularne ćwiczenia fizyczne mogą znacząco poprawić samopoczucie, zmniejszyć stres i lęk, a także zwiększyć poczucie własnej wartości.

Korzyści psychologiczne wynikające z aktywności fizycznej

- **Redukcja stresu:** Aktywność fizyczna pomaga w redukcji poziomu kortyzolu, hormonu stresu, w organizmie. Regularne ćwiczenia sprzyjają uwalnianiu endorfin, neuroprzekaźników, które poprawiają nastrój i działają jako naturalne środki przeciwbólowe.
- **Zmniejszenie objawów depresji i lęku:** Badania pokazują, że regularna aktywność fizyczna może być równie skuteczna jak farmakoterapia w leczeniu łagodnych i umiarkowanych objawów depresji. Ćwiczenia fizyczne mogą również zmniejszyć objawy lęku, poprawiając funkcje poznawcze i zdolność do relaksacji.
- **Poprawa nastroju i samopoczucia:** Aktywność fizyczna stymuluje uwalnianie endorfin, serotonininy i dopaminy, które są związane z poprawą nastroju i ogólnym samopoczuciem. Regularne ćwiczenia mogą prowadzić do długoterminowej poprawy nastroju i większej stabilności emocjonalnej.
- **Zwiększenie poczucia własnej wartości:** Regularna aktywność fizyczna może zwiększyć pewność siebie i poczucie własnej wartości, poprzez osiąganie celów związanych z ćwiczeniami, poprawę wyglądu fizycznego i ogólnego zdrowia.
- **Poprawa funkcji poznawczych:** Ćwiczenia fizyczne mogą poprawić pamięć, koncentrację i zdolność do podejmowania decyzji. Regularna aktywność fizyczna jest również związana z wolniejszym procesem starzenia się mózgu i zmniejszonym ryzykiem demencji

MECHANIZMY DZIAŁANIA

Biologiczne:

- Aktywność fizyczna wpływa na neuroplastyczność mózgu, czyli zdolność do tworzenia nowych połączeń neuronowych. Zwiększa przepływ krwi do mózgu, co poprawia dostarczanie tlenu i składników odżywcznych.
- Ćwiczenia fizyczne zwiększają poziomy neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego (BDNF), który wspiera zdrowie neuronów i synaptogenezy.

Psychologiczne:

- Ćwiczenia mogą działać jako forma medytacji ruchowej, pomagając w skupieniu się na chwili obecnej i redukując negatywne myśli.
- Regularna aktywność fizyczna może poprawić umiejętności radzenia sobie ze stresem i wzmacniać mechanizmy adaptacyjne.

Społeczne:

- Wspólne ćwiczenia, takie jak grupowe zajęcia fitness czy sporty zespołowe, sprzyjają interakcjom społecznym, co może zwiększyć poczucie przynależności i wsparcia społecznego.

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIA

Codzienna rutyna

- Wprowadzenie krótkich, regularnych sesji ćwiczeń do codziennej rutyny może przynieść korzyści zdrowotne. Nawet 30 minut umiarkowanej aktywności fizycznej dziennie może znaczaco poprawić zdrowie psychiczne.

Różnorodność aktywności

- Zachęcanie do różnych form aktywności fizycznej, takich jak bieganie, jazda na rowerze, joga, taniec czy sporty zespołowe, aby utrzymać motywację i zainteresowanie.

Dostosowanie intensywności

- Dobór intensywności ćwiczeń do indywidualnych potrzeb i możliwości. Nawet niskointensywne ćwiczenia mogą przynieść korzyści zdrowotne, szczególnie dla osób starszych lub z ograniczeniami fizycznymi.

Integracja z terapiami psychologicznymi

Motywacja:

- Utrzymanie motywacji do regularnej aktywności fizycznej może być trudne. Wykłady mogą omówić strategie motywacyjne, takie jak wyznaczanie realistycznych celów, prowadzenie dziennika aktywności czy poszukiwanie wsparcia od innych

Czas:

- Brak czasu jest często wymieniany jako bariera do regularnych ćwiczeń. Planowanie krótkich sesji aktywności fizycznej w ciągu dnia, takich jak spacery czy szybkie treningi, może pomóc w pokonaniu tej bariery

Dostępność:

- Ograniczony dostęp do miejsc do ćwiczeń czy sprzętu może stanowić problem. Wykłady mogą przedstawiać proste ćwiczenia, które można wykonywać w domu bez specjalistycznego sprzętu

WYZWANIA I BARIERY

Podsumowanie

Aktywność fizyczna ma znaczący wpływ na zdrowie psychiczne, pomagając w redukcji stresu, poprawie nastroju, zwiększeniu poczucia własnej wartości i poprawie funkcji poznawczych

Zrozumienie psychologicznych aspektów aktywności fizycznej jest kluczowe dla promowania zdrowego stylu życia

ZARZĄDZANIE CZASEM A ZDROWY STYL ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. **Jastrzębska, M.** (2019). Efektywne zarządzanie czasem. Jak znaleźć czas na wszystko? Wydawnictwo Onepress, Gliwice.
2. **Kawa, M.** (2018). Organizacja czasu pracy. Techniki i metody zarządzania czasem. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
3. **Mazur, M.** (2020). Czas na zdrowie. Jak zarządzać czasem, aby cieszyć się dobrym zdrowiem. Wydawnictwo Helion, Gliwice.
4. **Nowak, K.** (2021). Zdrowy styl życia a zarządzanie czasem. Wydawnictwo Poltext, Warszawa.
5. **Tomaszewski, M.** (2018). Zarządzanie czasem i zadaniami - 40 metod, technik i trików. Wydawnictwo Złote Myśli, Katowice

Anglojęzyczne

1. **Covey, S. R.** (2020). The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change. Simon & Schuster, New York.
2. **Glei, J. K.** (2019). Manage Your Day-to-Day: Build Your Routine, Find Your Focus, and Sharpen Your Creative Mind. Amazon Publishing, Seattle.
3. **Kruse, K.** (2016). 15 Secrets Successful People Know About Time Management: The Productivity Habits of 7 Billionaires, 13 Olympic Athletes, 29 Straight-A Students, and 239 Entrepreneurs. The Kruse Group, Philadelphia.
4. **Newport, C.** (2016). Deep Work: Rules for Focused Success in a Distracted World. Grand Central Publishing, New York.
5. **Vanderkam, L.** (2018). Off the Clock: Feel Less Busy While Getting More Done. Portfolio, New York.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE



WPROWADZENIE

Zarządzanie czasem jest kluczowym elementem zdrowego stylu życia. Skuteczne zarządzanie czasem pozwala na osiągnięcie równowagi między pracą, życiem osobistym, zdrowiem fizycznym i psychicznym.

Umiejętność efektywnego zarządzania czasem może znacząco poprawić jakość życia, zmniejszyć stres i zwiększyć produktywność

ZNACZENIE ZARZĄDZANIA CZASEM

Redukcja stresu:

- Skuteczne zarządzanie czasem pozwala na lepsze planowanie i organizację zadań, co zmniejsza uczucie przytłoczenia i stresu. Kiedy mamy kontrolę nad naszym harmonogramem, czujemy się mniej zestresowani i bardziej zrelaksowani.

Poprawa zdrowia fizycznego:

- Znalezienie czasu na regularną aktywność fizyczną, zdrowe posiłki i odpowiednią ilość snu jest kluczowe dla zdrowia fizycznego. Dobre zarządzanie czasem pomaga włączać te elementy do codziennej rutyny.

Lepsza równowaga między życiem zawodowym a prywatnym:

- Umiejętność zarządzania czasem pomaga w utrzymaniu równowagi między pracą a życiem osobistym, co przyczynia się do lepszego zdrowia psychicznego i ogólnego samopoczucia.

Zwiększoną produktywność:

Skuteczne zarządzanie czasem pozwala na lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów i osiąganie celów w krótszym czasie, co zwiększa produktywność i satysfakcję z wykonywanej pracy.

TECHNIKI ZARZĄDZANIA CZASEM

Planowanie i priorytetyzacja:

- Tworzenie listy zadań i priorytetów pomaga skupić się na najważniejszych zadaniach. Metody takie jak macierz Eisenhowera (ważne/pilne) pomagają w efektywnym zarządzaniu czasem.

Wyznaczanie realistycznych celów:

- Stawianie sobie realistycznych celów, które są mieralne, osiągalne, istotne i czasowo określone (SMART), pomaga w utrzymaniu motywacji i skuteczniejszym zarządzaniu czasem.

Zarządzanie zadaniami:

- Techniki takie jak metoda Pomodoro (25 minut pracy, 5 minut przerwy) pomagają w utrzymaniu koncentracji i efektywności w wykonywaniu zadań.

Eliminowanie rozpraszań:

- Identyfikowanie i eliminowanie źródeł rozproszenia, takich jak media społecznościowe czy niepotrzebne spotkania, pomaga zwiększyć produktywność i lepiej zarządzać czasem.

Delegowanie:

- Delegowanie zadań, które mogą być wykonane przez innych, pozwala na skoncentrowanie się na kluczowych obowiązkach i lepsze zarządzanie czasem.

Samodyscyplina i nawyki:

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY ZARZĄDZANIA CZASEM

Zmniejszenie prokrastynacji:

- Skuteczne zarządzanie czasem pomaga w zmniejszeniu prokrastynacji poprzez strukturyzację zadań i tworzenie jasnych planów działania.

Zwiększenie poczucia kontroli:

- Kiedy mamy dobrze zorganizowany harmonogram, czujemy większą kontrolę nad swoim życiem, co przyczynia się do lepszego zdrowia psychicznego i ogólnego samopoczucia.

Lepsze radzenie sobie ze stresem:

- Umiejętność zarządzania czasem pomaga w lepszym radzeniu sobie ze stresem, poprzez unikanie nagromadzenia zadań i terminów oraz tworzenie przestrzeni na odpoczynek i regenerację.

Poprawa jakości relacji interpersonalnych:

- Efektywne zarządzanie czasem pozwala na znalezienie czasu na budowanie i pielęgnowanie relacji interpersonalnych, co przyczynia się do lepszego zdrowia psychicznego i emocjonalnego.

Codzienne rutyny:

- Tworzenie codziennych i tygodniowych planów działania, które uwzględniają czas na pracę, odpoczynek, aktywność fizyczną i relacje społeczne

Ustalanie priorytetów:

- Regularne przeglądanie i aktualizowanie listy zadań i priorytetów, aby skoncentrować się na najważniejszych i najbardziej wartościowych działaniach

Zarządzanie energią:

- Zrozumienie swojego naturalnego rytmu dobowego i planowanie najbardziej wymagających zadań w okresach najwyższej energii i koncentracji

Wsparcie technologiczne:

- Wykorzystanie aplikacji i narzędzi do zarządzania czasem, takich jak kalendarze elektroniczne, listy zadań i aplikacje do monitorowania czasu

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIA

WYZWANIA I BARIERY

Brak samodyscypliny:

- Trudności z utrzymaniem samodyscypliny i nawyków mogą wpływać na skuteczność zarządzania czasem. Wykłady mogą omówić techniki motywacyjne i strategie wzmacniania samodyscypliny.

Nieprzewidziane zdarzenia:

- Niespodziewane wydarzenia i zmiany mogą zakłócać harmonogram i plany. Elastyczność i umiejętność dostosowania się do zmieniających się okoliczności są kluczowe.

Presja i nadmiar obowiązków:

- Presja zewnętrzna i nadmiar obowiązków mogą prowadzić do wypalenia zawodowego i obniżenia jakości życia. Ustalanie realistycznych oczekiwani i delegowanie zadań może pomóc w zarządzaniu tymi wyzwaniami.

Podsumowanie

- Zarządzanie czasem jest kluczowym elementem zdrowego stylu życia, wpływającym na zdrowie fizyczne i psychiczne, produktywność oraz ogólne samopoczucie. Efektywne techniki zarządzania czasem, takie jak planowanie, priorytetyzacja, eliminowanie rozpraszczań i kształtowanie pozytywnych nawyków, mogą znacząco poprawić jakość życia. Wykłady na temat psychologicznych aspektów zdrowego stylu życia powinny podkreślać rolę zarządzania czasem jako fundamentu dla utrzymania równowagi między pracą a życiem prywatnym, redukcji stresu i osiągania celów życiowych.

ROLA PSYCHODIETETYKI W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. Kardas, M. (2016). *Stres i radzenie sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Jasińska, K. (2014). *Psychologia stresu: Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
3. Sęk, H. (2013). *Radzenie sobie ze stresem i jego wpływ na zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Ziółkowska, E. (2009). *Stres i zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Anglojęzyczne

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
2. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Washington, DC.
3. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York.
4. McEwen, B. S. (2007). *The End of Stress as We Know It*. Joseph Henry Press, Washington, DC.

**SUGESTIE
BIBLIOGRAFICZNE**

WPROWADZENIE

- Psychodietetyka to interdyscyplinarna dziedzina, która łączy wiedzę z zakresu psychologii i dietetyki, aby zrozumieć i wspierać zdrowe nawyki żywieniowe oraz ich wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne. W ramach wykładów pt. "Psychologiczne aspekty zdrowego stylu życia" omówienie roli psychodietetyki jest kluczowym tematem. Psychodietetyka pomaga zrozumieć, jak nasze emocje, myśli i zachowania wpływają na nasze wybory żywieniowe, a także jak dieta wpływa na nasze samopoczucie i zdrowie psychiczne

Definicja psychodietetyki:

- Psychodietetyka bada wzajemne relacje między odżywianiem a psychiką człowieka, skupiając się na tym, jak emocje, nawyki, stres i inne czynniki psychologiczne wpływają na nasze zachowania żywieniowe

Cele psychodietetyki:

- Promowanie zdrowych nawyków żywieniowych.
- Pomoc w radzeniu sobie z problemami żywieniowymi, takimi jak jedzenie emocjonalne, zaburzenia odżywiania i otyłość
- Wsparcie w zmianie nawyków żywieniowych w kontekście długoterminowego zdrowia psychicznego i fizycznego

PODSTAWY PSYCHODIETETYKI

ZWIĄZEK MIĘDZY DIETĄ A ZDROWIEM PSYCHICZNYM

Wpływ diety na nastrój:

- Dieta bogata w składniki odżywcze, takie jak kwasy tłuszczone omega-3, witaminy z grupy B, magnez i cynk, może poprawić nastrój i zmniejszyć objawy depresji i lęku.
- Nieodpowiednia dieta, bogata w cukry i tłuszcze nasycone, może prowadzić do pogorszenia nastroju i zwiększenia ryzyka zaburzeń psychicznych

Rola mikrobiomu jelitowego:

- Zdrowy mikrobiom jelitowy jest kluczowy dla zdrowia psychicznego. Dieta bogata w błonnik, prebiotyki i probiotyki wspiera zdrowy mikrobiom, co może mieć pozytywny wpływ na nastrój i funkcje poznawcze

Dieta a funkcje poznawcze:

- Składniki odżywcze, takie jak antyoksydanty, kwasy tłuszczone omega-3 i witaminy, mogą poprawić funkcje poznawcze, pamięć i koncentrację

Emocjonalne jedzenie:

- Emocjonalne jedzenie polega na spożywaniu pokarmów w odpowiedzi na emocje, takie jak stres, smutek czy nuda, a nie na fizyczne uczucie głodu. Psychodietetyka pomaga zidentyfikować i zmienić te nawyki

Świadome jedzenie (mindful eating):

- Techniki świadomego jedzenia, takie jak skupienie się na smaku, zapachu i teksturze jedzenia, mogą pomóc w lepszym rozpoznawaniu sygnałów głodu i sytości oraz w zmniejszeniu emocjonalnego jedzenia

Nawyki i przekonania:

- Psychodietetyka bada, jak nasze nawyki i przekonania związane z jedzeniem wpływają na nasze wybory żywieniowe. Zmiana negatywnych przekonań i nawyków może prowadzić do zdrowszego stylu życia

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY NAWYKÓW ŻYWIEŃOWYCH

INTERWENCJE PSYCHODIETETYCZNE

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT):

- CBT jest skuteczną metodą w leczeniu zaburzeń odżywiania, otyłości i emocjonalnego jedzenia. Pomaga w identyfikacji i zmianie negatywnych myśli i zachowań związanych z jedzeniem

Motywacyjne rozmowy (MI):

- MI to metoda wspierająca zmianę zachowań, która pomaga klientom znaleźć wewnętrzną motywację do zmiany nawyków żywieniowych i utrzymania zdrowego stylu życia

Edukacja żywieniowa:

- Edukacja na temat zdrowego odżywiania i świadomość wpływu diety na zdrowie psychiczne mogą pomóc w podejmowaniu zdrowszych decyzji żywieniowych

Indywidualne doradztwo:

- Indywidualne sesje z psychodietetykiem mogą pomóc w opracowaniu spersonalizowanego planu żywieniowego, który uwzględnia zarówno potrzeby fizyczne, jak i psychiczne

Grupy wsparcia:

- Grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami odżywiania lub problemami z wagą mogą dostarczyć wsparcia emocjonalnego i pomóc w dzieleniu się doświadczeniami i strategiami radzenia sobie

Programy szkoleniowe i warsztaty:

- Warsztaty i szkolenia na temat psychodietetyki mogą zwiększyć świadomość i wiedzę na temat zdrowego odżywiania oraz jego wpływu na zdrowie psychiczne

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIA PSYCHODIETETYKI

WYZWANIA I BARIERY

Stymatyzacja:

- Osoby z problemami żywieniowymi często doświadczają stymatyzacji, co może utrudniać szukanie pomocy. Ważne jest tworzenie bezpiecznego i wspierającego środowiska.

Koszty i dostępność:

- Koszty i dostępność usług psychodietetycznych mogą stanowić barierę. Ważne jest promowanie dostępnych i przystępnych cenowo programów wsparcia.

Nawyki kulturowe i społeczne

Nawyki żywieniowe są często zakorzenione w kulturze i tradycji. Zmiana tych nawyków wymaga uwzględnienia kontekstu kulturowego i społecznego

Stymatyzacja:

- Osoby z problemami żywieniowymi często doświadczają stymatyzacji, co może utrudniać szukanie pomocy. Ważne jest tworzenie bezpiecznego i wspierającego środowiska.

Koszty i dostępność:

- Koszty i dostępność usług psychodietetycznych mogą stanowić barierę. Ważne jest promowanie dostępnych i przystępnych cenowo programów wsparcia.

Nawyki kulturowe i społeczne:

- Nawyki żywieniowe są często zakorzenione w kulturze i tradycji. Zmiana tych nawyków wymaga uwzględnienia kontekstu kulturowego i społecznego.

WYZWANIA I BARIERY

Podsumowanie

- Psychodietetyka odgrywa kluczową rolę w zdrowym stylu życia, łącząc wiedzę z zakresu psychologii i dietetyki w celu wspierania zdrowych nawyków żywieniowych i poprawy zdrowia psychicznego oraz promowania zdrowych nawyków żywieniowych poprzez techniki, jak terapia poznawczo-behawioralna, motywacyjne rozmowy i świadome jedzenie

PSYCHOLOGICZNE BARIERY W ZMIANIE STYLU ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. Kardas, M. (2016). *Stres i radzenie sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Jasińska, K. (2014). *Psychologia stresu: Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
3. Sęk, H. (2013). *Radzenie sobie ze stresem i jego wpływ na zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Ziółkowska, E. (2009). *Stres i zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Anglojęzyczne

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
2. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Washington, DC.
3. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York.
4. McEwen, B. S. (2007). *The End of Stress as We Know It*. Joseph Henry Press, Washington, DC.

SUGESTIE
BIBLIOGRAFICZNE

Wprowadzenie

- Zmiana stylu życia, obejmująca zdrowe nawyki żywieniowe, regularną aktywność fizyczną, odpowiedni sen oraz zarządzanie stresem, jest kluczowa dla utrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego. Jednak wprowadzenie trwałych zmian w stylu życia często napotyka na wiele psychologicznych barier. W ramach wykładów pt. "Psychologiczne aspekty zdrowego stylu życia" omówienie tych barier i sposobów ich pokonywania jest nieodzownym elementem

Brak motywacji:

- Motywacja jest kluczowym czynnikiem napędzającym zmianę. Brak wewnętrznej motywacji często prowadzi do szybkiego porzucenia nowych nawyków. Czynniki takie jak brak wiary w sukces, niskie poczucie własnej skuteczności oraz brak celów mogą osłabiać motywację.

Lęk przed zmianą:

- Zmiana stylu życia może wiązać się z lękiem przed nieznanym. Obawa przed porażką, utratą komfortu i niepewność co do rezultatów mogą powstrzymywać przed podjęciem kroków w kierunku zdrowego stylu życia.

Nawyki i rutyna:

- Utrwalone nawyki i codzienne rutyny są trudne do zmiany. Nawykowe zachowania są automatyczne i często nieświadome, co utrudnia wprowadzenie nowych, zdrowszych nawyków.

Brak wsparcia społecznego:

- Wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i społeczności jest kluczowe dla utrzymania motywacji i kontynuowania zmiany. Brak wsparcia może prowadzić do uczucia osamotnienia i zniechęcenia.

Negatywne przekonania i myśli:

- Negatywne przekonania na temat własnych możliwości, pesymistyczne myślenie i niska samoocena mogą stanowić barierę w zmianie stylu życia. Przekonania takie jak "Nie dam rady" czy "Nie mam wystarczającej siły woli" mogą sabotować wysiłki w kierunku zmiany.

Brak umiejętności zarządzania stresem:

- Stres jest częstą przyczyną niezdrowych nawyków, takich jak jedzenie emocjonalne czy brak aktywności fizycznej. Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem może utrudniać wprowadzenie i utrzymanie zdrowych nawyków.

RODZAJE PSYCHOLOGICZNYCH BARIER

Wzmacnianie motywacji:

- Wyznaczanie realistycznych, konkretnych i osiągalnych celów (SMART).
- Świętowanie małych sukcesów i postępów w drodze do celu.
- Znalezienie wewnętrznej motywacji poprzez zrozumienie osobistych korzyści wynikających ze zmiany stylu życia.

Radzenie sobie z lękiem przed zmianą:

- Stopniowe wprowadzanie zmian, aby zminimalizować uczucie przytłoczenia.
- Edukacja na temat korzyści zdrowotnych związanych ze zdrowym stylem życia.
- Wsparcie psychologiczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna, pomagająca w radzeniu sobie z lękiem.

Zarządzanie nawykami i rutyną:

- Identyfikacja i analiza obecnych nawyków oraz wypracowanie nowych, zdrowszych alternatyw.
- Wprowadzenie małych, stopniowych zmian w codziennej rutynie.
- Korzystanie z technik świadomego jedzenia (mindful eating) i aktywności fizycznej.

Budowanie wsparcia społecznego:

- Angażowanie rodziny i przyjaciół w proces zmiany stylu życia.
- Dołączanie do grup wsparcia i społeczności o podobnych celach zdrowotnych.
- Korzystanie z aplikacji i platform internetowych do śledzenia postępów i dzielenia się sukcesami.

Zmiana negatywnych przekonań i myśli:

- Praca nad zmianą negatywnych myśli poprzez techniki poznawczo-behawioralne.
- Wzmacnianie pozytywnego myślenia i budowanie zdrowej samooceny.
- Korzystanie z afirmacji i wizualizacji pozytywnych rezultatów.

Rozwijanie umiejętności zarządzania stresem:

- Techniki relaksacyjne, takie jak medytacja, głębokie oddychanie i joga.
- Regularna aktywność fizyczna jako naturalny reduktor stresu.
- Znalezienie zdrowych sposobów na odprężenie i regenerację, takich jak hobby czy spędzanie czasu na świeżym powietrzu

STRATEGIE POKONYWANIA PSYCHOLOGICZNYCH BARIER

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIA W PSYCHODIETETYCE

Indywidualne doradztwo i terapia:

- Psychodietetyk może pomóc w identyfikacji psychologicznych barier i opracowaniu spersonalizowanego planu działania, uwzględniającego indywidualne potrzeby i cele.

Warsztaty i szkolenia:

- Warsztaty na temat technik zarządzania stresem, świadomego jedzenia i budowania zdrowych nawyków mogą zwiększyć świadomość i umiejętności uczestników.

Programy wsparcia online:

- Aplikacje i platformy internetowe oferujące narzędzia do śledzenia postępów, materiały edukacyjne i społeczność wsparcia mogą być pomocne w pokonywaniu barier.

- Psychologiczne bariery w zmianie stylu życia są powszechnie, ale można je pokonać dzięki odpowiednim strategiom i wsparciu
- Zrozumienie i adresowanie tych barier jest kluczowe dla osiągnięcia trwałych zmian i zdrowego stylu życia
- Należy podkreślić znaczenie psychodietetyki, technik radzenia sobie z lękiem, budowania wsparcia społecznego, zmiany negatywnych przekonań oraz rozwijania umiejętności zarządzania stresem

PODSUMOWANIE

ZNACZENIE SAMOREGULACJI I SAMOKONTROLI W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. Kardas, M. (2016). *Stres i radzenie sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Jasińska, K. (2014). *Psychologia stresu: Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
3. Sęk, H. (2013). *Radzenie sobie ze stresem i jego wpływ na zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Ziółkowska, E. (2009). *Stres i zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Anglojęzyczne

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
2. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Washington, DC.
3. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York.
4. McEwen, B. S. (2007). *The End of Stress as We Know It*. Joseph Henry Press, Washington, DC.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

WPROWADZENIE

- Samoregulacja i samokontrola są kluczowymi umiejętnościami w utrzymaniu zdrowego stylu życia. Pozwalają one na świadome zarządzanie własnymi myślami, emocjami i zachowaniami, co jest niezbędne do wprowadzenia i utrzymania zdrowych nawyków

Samoregulacja:

- **Definicja:** Samoregulacja odnosi się do zdolności do zarządzania i kontrolowania własnych emocji, myśli i zachowań w sposób, który sprzyja długoterminowym celom.
- **Elementy:** Składa się z samomonitorowania (obserwacji własnych reakcji), samoocen (ocena tych reakcji) oraz samoregulacji (wprowadzanie odpowiednich zmian).

Samokontrola:

- **Definicja:** Samokontrola to zdolność do powstrzymywania się od natychmiastowych impulsów i pokus, aby osiągnąć długoterminowe cele
- **Elementy:** Obejmuje umiejętność odraczania gratyfikacji, kontrolowania impulsów oraz podejmowania decyzji zgodnych z długoterminowymi celami

DEFINICJE I RÓŻNICE

Zdrowe odżywianie:

- **Samoregulacja:** Pomaga w świadomym podejmowaniu decyzji dotyczących jedzenia, unikaniu jedzenia emocjonalnego i kontrolowaniu wielkości porcji.
- **Samokontrola:** Pozwala na powstrzymywanie się od niezdrowych przekąsek i trzymanie się zdrowej diety, nawet w obliczu pokus.

Regularna aktywność fizyczna:

- **Samoregulacja:** Umożliwia planowanie i utrzymanie regularnych treningów, niezależnie od zmieniających się okoliczności i nastrojów.
- **Samokontrola:** Pomaga w motywowaniu się do ćwiczeń, nawet gdy brakuje ochoty, oraz w konsekwentnym dążeniu do osiągnięcia celów fitness.

Zdrowy sen:

- **Samoregulacja:** Pozwala na tworzenie i utrzymanie rutyny snu, monitorowanie jakości snu i wprowadzanie zmian w celu jego poprawy.
- **Samokontrola:** Ułatwia unikanie działań zakłócających sen, takich jak korzystanie z elektroniki przed snem czy spożywanie kofeiny wieczorem.

Zarządzanie stresem:

- **Samoregulacja:** Pomaga w rozpoznawaniu i zarządzaniu reakcjami na stres, stosowaniu technik relaksacyjnych i dbaniu o zdrowie psychiczne.
- **Samokontrola:** Pozwala na unikanie natychmiastowych reakcji na stres, takich jak sięganie po niezdrowe jedzenie czy używki, oraz na wybieranie zdrowszych metod radzenia sobie ze stresem.

ZNACZENIE SAMOREGULACJI I SAMOKONTROLI W ZDROWYM STYLU ŻYCIA

MECHANIZMY SAMOREGULACJI I SAMOKONTROLI

Motywacja wewnętrzna:

- **Zdefiniowanie celów:** Jasne i realistyczne cele pomagają w utrzymaniu motywacji i kierunkują działania.
- **Znaczenie celów:** Zrozumienie, dlaczego dane cele są ważne, zwiększa zaangażowanie w ich realizację.

Monitorowanie i feedback:

- **Samomonitorowanie:** Regularne śledzenie postępów pomaga w ocenie skuteczności działań i wprowadzaniu potrzebnych zmian.
- **Feedback:** Otrzymywanie informacji zwrotnych, zarówno od siebie, jak i od innych, pomaga w utrzymaniu motywacji i dostosowywaniu strategii.

Strategie radzenia sobie:

- **Techniki relaksacyjne:** Medytacja, głębokie oddychanie i inne techniki pomagają w zarządzaniu stresem i emocjami.
- **Planowanie i organizacja:** Tworzenie planów działania i harmonogramów pomaga w utrzymaniu dyscypliny i konsekwencji.

Prokrastynacja:

- **Opis:** Odwlekanie działań, nawet tych związanych z ważnymi celami zdrowotnymi, może być dużą przeszkodą.
- **Strategie radzenia sobie:** Techniki zarządzania czasem, rozbijanie zadań na mniejsze kroki i tworzenie planów działania mogą pomóc w pokonywaniu prokrastynacji.

Brak natychmiastowych rezultatów:

- **Opis:** Brak szybkich efektów może demotywować i zniechęcać do kontynuacji działań.
- **Strategie radzenia sobie:** Skupienie się na małych sukcesach i długoterminowych korzyściach, a także regularne śledzenie postępów, mogą pomóc w utrzymaniu motywacji.

Wpływy zewnętrzne:

- **Opis:** Presja społeczna, stres zawodowy i inne zewnętrzne czynniki mogą utrudniać utrzymanie zdrowych nawyków.
- **Strategie radzenia sobie:** Tworzenie wsparcia społecznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i unikanie negatywnych wpływów mogą pomóc w pokonywaniu tych barier.

BARIERY W SAMOREGULACJI I SAMOKONTROLI

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIA W EDUKACJI I INTERWENCJACH

Edukacja i świadomość:

- **Szkolenia i warsztaty:** Nauczanie technik samoregulacji i samokontroli, takich jak mindfulness, planowanie celów i zarządzanie stresem.
- **Materiały edukacyjne:** Udostępnianie broszur, książek i artykułów na temat znaczenia samoregulacji i samokontroli w zdrowym stylu życia.

Programy wsparcia:

- **Indywidualne doradztwo:** Praca z trenerami zdrowia lub psychologami w celu opracowania spersonalizowanych strategii samoregulacji i samokontroli.
- **Grupy wsparcia:** Udział w grupach, gdzie uczestnicy dzielą się doświadczeniami, sukcesami i wyzwaniami, co może zwiększyć motywację i zaangażowanie.

Technologie wspomagające:

- **Aplikacje i narzędzia online:** Korzystanie z aplikacji do śledzenia nawyków, planowania celów i monitorowania postępów.
- **Platformy społecznościowe:** Udział w grupach i forach online, które oferują wsparcie, motywację i informacje na temat zdrowego stylu życia.

Podsumowanie

- Samoregulacja i samokontrola są kluczowymi umiejętnościami niezbędnymi do utrzymania zdrowego stylu życia. Pomagają w zarządzaniu nawykami, emocjami i codzinnymi decyzjami, co przekłada się na lepsze zdrowie fizyczne i psychiczne

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY UZALEŻNIEŃ A ZDROWY STYL ŻYCIA

Polskojęzyczne

1. Kardas, M. (2016). *Stres i radzenie sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Jasińska, K. (2014). *Psychologia stresu: Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
3. Sęk, H. (2013). *Radzenie sobie ze stresem i jego wpływ na zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Ziółkowska, E. (2009). *Stres i zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Anglojęzyczne

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
2. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Washington, DC.
3. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York.
4. McEwen, B. S. (2007). *The End of Stress as We Know It*. Joseph Henry Press, Washington, DC.

SUGESTIE BIBLIOGRAFICZNE

Uzależnienia jako problem współczesnego społeczeństwa:

- Wzrost dostępności substancji psychoaktywnych, rozwój technologii i presja codziennego życia sprzyjają powstawaniu zarówno uzależnień chemicznych (np. alkohol, narkotyki, nikotyna), jak i behawioralnych (np. media społecznościowe, hazard, zakupy)
- Problem ten ma poważne konsekwencje zdrowotne, psychologiczne i społeczne. Współczesne podejście do uzależnień obejmuje nie tylko leczenie, ale także profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia jako skutecznej formy przeciwdziałania nałogom

Równowaga między zdrowym stylem życia a mechanizmami uzależnień:

- Zdrowy styl życia, obejmujący regularną aktywność fizyczną, zbilansowaną dietę, odpowiednią ilość snu i skuteczne techniki radzenia sobie ze stresem, może stanowić naturalną ochronę przed rozwojem nałogów
- Mechanizmy uzależnień często wynikają z potrzeby ucieczki od trudnych emocji lub szybkiego dostępu do przyjemności, co w dłuższej perspektywie prowadzi do zaburzeń równowagi w organizmie i psychice
- Świadome dbanie o zdrowie oraz kształtowanie pozytywnych nawyków może pomóc w uniknięciu destrukcyjnych wzorców zachowań i wspierać trwałe poczucie satysfakcji życiowej.

WPROWADZENIE

Uzależnienia jako problem współczesnego społeczeństwa:

- Podatność na uzależnienia jest silnie związana z czynnikami psychologicznymi, które wpływają na sposób radzenia sobie z emocjami, stresem i codziennymi wyzwaniami
- Osoby o niskiej samoocenie, skłonności do impulsywności lub wysokim poziomie leku cześciej

WPROWADZENIE

CZYM JEST UZALEŻNIENIE?

Uzależnienie to stan, w którym jednostka traci kontrolę nad używaniem substancji lub wykonywaniem określonych czynności, mimo negatywnych konsekwencji. Trzy główne typy uzależnień:

- **Uzależnienie psychiczne** – polega na silnej potrzebie sięgania po substancję lub wykonywania danej czynności w celu uzyskania ulgi emocjonalnej lub przyjemności. Towarzyszy mu lęk przed rezygnacją oraz trudności w kontrolowaniu impulsów.
- **Uzależnienie fizyczne** – charakteryzuje się występowaniem objawów odstawienia (np. drżenie rąk, bóle, niepokój) po zaprzestaniu przyjmowania substancji, co oznacza, że organizm przystosował się do jej obecności
- **Uzależnienie behawioralne** – dotyczy nałogowego angażowania się w określone czynności, takie jak hazard, korzystanie z internetu, zakupy czy kompulsywne jedzenie. Nie wiąże się z substancjami chemicznymi, ale wywołuje podobne mechanizmy w mózgu, prowadząc do utraty kontroli i negatywnych skutków w życiu osobistym.

Uzależnienia można podzielić na dwie główne kategorie: uzależnienia od substancji i uzależnienia behawioralne. Obie grupy wiążą się z tym, że osoba uzależniona staje się zależna od pewnego rodzaju bodźca, który może prowadzić do utraty kontroli nad zachowaniem i negatywnie wpływać na życie codzienne.

- **A. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych**

- Uzależnienia od substancji psychoaktywnych są związane z używaniem substancji, które wpływają na centralny układ nerwowy, zmieniając nastroj, myślenie i percepcję. W tej grupie wyróżniamy:
 - Alkohol: Jedno z najczęściej występujących uzależnień na świecie. Długotrwałe nadużywanie alkoholu prowadzi do zmian w strukturach mózgu, uszkodzenia wątroby oraz wielu innych problemów zdrowotnych.
 - Narkotyki: Takie jak heroina, kokaina, amfetamina, czy marihuana. Narkotyki oddziałują na układ nerwowy, wywołując euforię, ale również prowadzą do uzależnienia fizycznego i psychicznego, a także mogą powodować poważne uszkodzenia zdrowotne.
 - Nikotyna: Najczęściej w postaci papierosów. Nikotyna powoduje silne uzależnienie fizyczne, prowadząc do zmiany struktury mózgu, która sprzyja nałogowi. Z kolei palenie papierosów wiąże się z licznymi chorobami, m.in. rakami, chorobami układu oddechowego i krążenia.

PODZIAŁ UZALEŻNIEŃ

B. Uzależnienia behawioralne

- Uzależnienia behawioralne dotyczą nawyków i zachowań, które przyjmują formę kompulsji, czyli powtarzalnych czynności podejmowanych w celu uzyskania przyjemności lub złagodzenia napięcia. Wśród nich wyróżniamy:
 - Hazard: Osoba uzależniona od hazardu staje się zależna od emocji związanych z ryzykiem i wygrywaniem, co prowadzi do nadmiernego wydawania pieniędzy i utraty kontroli nad zachowaniem.
 - Media społecznościowe: Uzależnienie od mediów społecznościowych wiąże się z nadmiernym korzystaniem z platform takich jak Facebook, Instagram czy TikTok, co prowadzi do utraty poczucia czasu, zaniedbywania obowiązków oraz zaburzeń zdrowia psychicznego.
 - Jedzenie: Uzależnienie od jedzenia może przejawiać się w kompulsywnym spożywaniu dużych ilości jedzenia, szczególnie wysokokalorycznych produktów, co prowadzi do problemów z otyłością i zdrowiem fizycznym.
 - Zakupy: Uzależnienie od zakupów, zwane również oniomania, charakteryzuje się impulsywnym kupowaniem rzeczy, nawet jeśli nie ma ku temu potrzeby, co prowadzi do problemów finansowych, a także emocjonalnych.

Uzależnienia, zarówno te od substancji, jak i behawioralne, są wynikiem zaburzeń w neurobiologicznych mechanizmach mózgu, zwłaszcza w układzie nagrody. Układ ten jest odpowiedzialny za odczuwanie przyjemności oraz motywację do wykonywania określonych działań.

A. Rola dopaminy

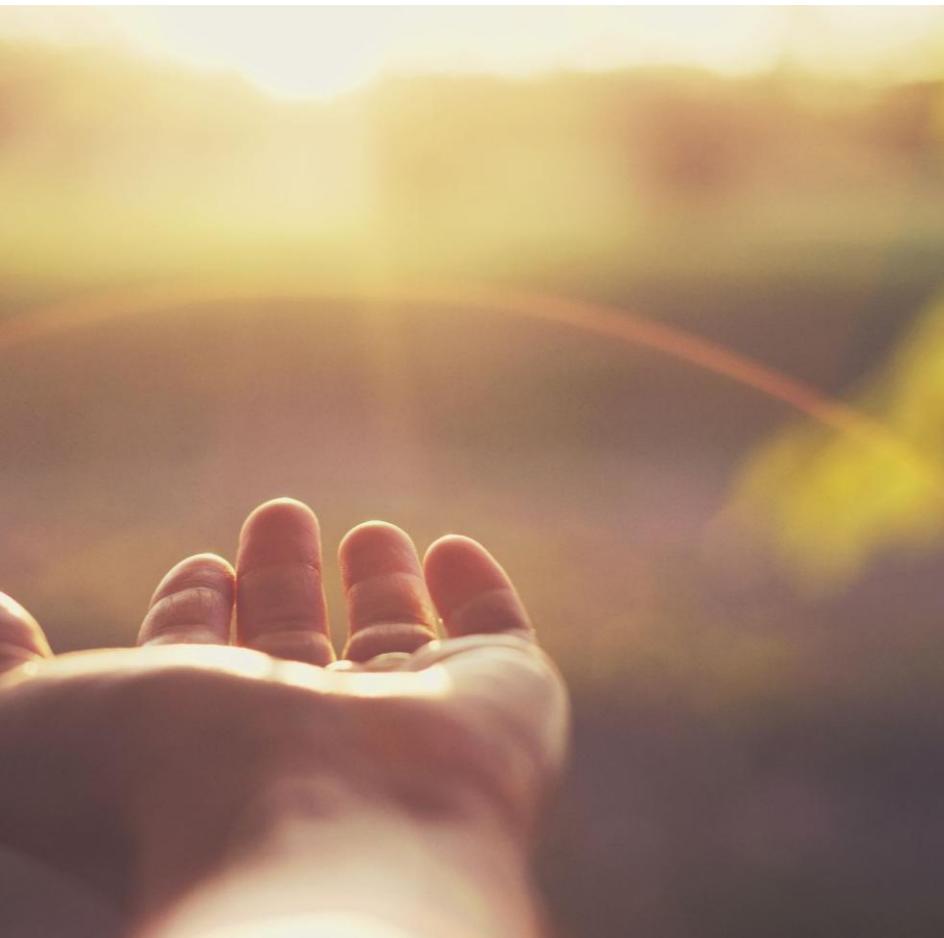
- Dopamina to neuroprzekaźnik, który pełni kluczową rolę w regulacji nastroju, motywacji, a także w systemie nagrody. Uwalnianie dopaminy w odpowiedzi na przyjemne bodźce, takie jak jedzenie, seks, a także substancje psychoaktywne, powoduje uczucie przyjemności i euforii. Przewlekłe uzależnienie prowadzi do tego, że mózg staje się coraz bardziej "zwyczajowy" w uwalnianiu dopaminy, co prowadzi do potrzeby zwiększania dawki substancji (w przypadku uzależnienia od substancji) lub intensyfikowania zachowań (w uzależnieniach behawioralnych), by osiągnąć ten sam efekt przyjemności.

B. Układ nagrody

- Układ nagrody to złożony system strukturalny mózgu, który obejmuje takie obszary jak: jądro półleżące, wzgórze, kora czołowa oraz inne regiony związane z motywacją i nagrodą. Jego celem jest motywowanie do zachowań, które są korzystne dla przetrwania (np. jedzenie, reprodukcja). Uzależnienie powoduje, że układ nagrody staje się nadwrażliwy na bodźce prowadzące do przyjemności. W przypadku uzależnienia, bodźce związane z uzależnieniem (np. alkohol, hazard, jedzenie) wyzwalają nadmierne uwalnianie dopaminy, co tworzy błędne koło poszukiwania przyjemności w danej aktywności. Z biegiem czasu, dla uzyskania satysfakcji, konieczne staje się stosowanie większych dawek substancji lub bardziej intensywnych zachowań, co prowadzi do głębokiego uzależnienia.

MECHANIZMY NEUROBIOLOGICZNE (ROLA DOPAMINY I UKŁADU NAGRODY)

PODSUMOWANIE



Uzależnienia, zarówno od substancji, jak i od zachowań, są wynikiem złożonych interakcji biologicznych, psychicznych i społecznych. Kluczową rolę w ich powstawaniu i utrzymaniu odgrywają mechanizmy neurobiologiczne, w tym dopamina i układ nagrody, które zapewniają poczucie przyjemności i motywują do kontynuowania uzależniających czynności. Terapia uzależnień często wiąże się z próbą "przeprogramowania" tych mechanizmów oraz wsparciem w odzyskiwaniu kontroli nad życiem.

PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY UZALEŻNIEŃ

Mechanizm błędnego koła uzależnień:

- **Czynniki psychologiczne, które zwiększą ryzyko uzależnienia:**
 - **Stres i sposób jego radzenia sobie:** Osoby, które nie potrafią efektywnie radzić sobie ze stresem, mogą sięgać po substancje lub zachowania uzależniające, aby złagodzić napięcie.
 - **Niskie poczucie własnej wartości:** Osoby z niską samooceną mogą szukać ucieczki w uzależnieniu, które daje chwilowe poczucie lepszego samopoczucia.
 - **Poszukiwanie nagrody i unikanie złych emocji:** Uzależnienia często wiążą się z próbą szukania przyjemności lub unikaniem negatywnych uczuć, co może prowadzić do wzmacniania destrukcyjnych nawyków.
 - **Rola wzmocnień:** Pozytywne wzmocnienia (np. chwilowa przyjemność z używania substancji) mogą powodować nawrót uzależnienia, a negatywne wzmocnienia (np. ulga w bólu emocjonalnym) mogą prowadzić do dalszego sięgania po uzależniające zachowania.



Zdrowy styl życia jako profilaktyka uzależnień: Utrzymanie zdrowego stylu życia, który obejmuje odpowiednią dietę, regularną aktywność fizyczną i techniki relaksacyjne, może pomóc w zapobieganiu uzależnieniom. Dbałość o te aspekty wspiera równowagę psychiczną i fizyczną, co zmniejsza ryzyko sięgania po substancje lub destrukcyjne zachowania.



Aktywność fizyczna a regulacja stresu: Regularna aktywność fizyczna, taka jak bieganie, joga czy spacer, pomaga w naturalny sposób redukować poziom stresu. Ćwiczenia zwiększą produkcję endorfin (hormonów szczęścia), co poprawia nastrój i zmniejsza chęć szukania ulgi w uzależniających substancjach.



Prawidłowa dieta a funkcjonowanie układu nerwowego: Zbilansowana dieta, bogata w witaminy, minerały i zdrowe tłuszcze, wspiera prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego. Odpowiednia ilość składników odżywczych pomaga utrzymać równowagę emocjonalną i koncentrację, co może zapobiegać sięganiu po uzależniające zachowania w chwilach stresu.



Techniki relaksacyjne i mindfulness jako narzędzia zapobiegające nałogom: Techniki relaksacyjne, takie jak medytacja, głębokie oddychanie czy mindfulness, pomagają w radzeniu sobie z napięciem i negatywnymi emocjami. Regularne praktykowanie uważności (mindfulness) zmniejsza ryzyko uzależnień, ponieważ pozwala lepiej kontrolować myśli i emocje, co utrudnia uciekanie w substancje uzależniające w trudnych chwilach.

UZALEŻNIENIE A ZDROWY STYL ŻYCIA

PROCES WYCHODZENIA Z UZALEŻNIENIA

Kluczowe etapy terapii:

- Świadomość problemu
- Podjęcie decyzji o zmianie
- Poszukiwanie wsparcia (terapia, grupy wsparcia)
- Nauka nowych sposobów radzenia sobie ze stresem

Strategie zapobiegania nawrotom

You have downloaded a document from



The Central and Eastern European Online Library

The joined archive of hundreds of Central-, East- and South-East-European publishers,
research institutes, and various content providers

Source: Roczniki Psychologiczne

Annals of Psychology

Location: Poland

Author(s): Marek Jarosz, Rafał P. Bartczuk

Title: Funkcja religijności w procesie radzenia sobie ze stresem. Koncepcja Kennetha I. Pargamenta
The function of religiosity in the process of coping with stress. Kenneth I. Pargament's theory

Issue: 1/2006

Citation style: Marek Jarosz, Rafał P. Bartczuk. "Funkcja religijności w procesie radzenia sobie ze stresem. Koncepcja Kennetha I. Pargamenta". Roczniki Psychologiczne 1:37-52.

<https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=133153>

ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE

Tom IX, numer 1 – 2006

RAFAŁ P. BARTCZUK
MAREK JAROSZ

FUNKCJA RELIGIJNOŚCI
W PROCESIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM
KONCEPCJA KENNETHA I. PARGAMENTA

Na polu badań psychologicznych obszary religii i stresu były powiązane ze sobą od dawna. Spośród koncepcji wyjaśniających funkcję religii w sytuacjach trudnych najbardziej popularna stała się w ostatnich latach teoria religijnego radzenia sobie (*religious coping*), rozwijana przez K. I. Pargamenta. Podejście to można scharakteryzować jako poznawcze, zorientowane na proces i pragmatyczne. W artykule przedstawiono aparat pojęciowy teorii, sposób, w jaki omawiana teoria wyjaśnia udział religii w poszczególnych etapach procesu radzenia sobie ze stresem, oraz mechanizmy, przez które ten udział się dokonuje. Przedstawiono również charakterystykę wyróżnionych przez Pargamenta religijnych metod radzenia sobie. Pomimo pewnych braków teoretycznych, model ten, dzięki swej wieloaspektowości, dostarczył podstawa do szerokich i perspektywicznych programów badań. Wprowadził bowiem nowy punkt widzenia na związek religijności ze zdrowiem psychicznym, co stanowiło impuls do ożywienia i zdynamizowania badań w dziedzinie psychologii religii.

Slowa kluczowe: religijność, stres, radzenie sobie, religia, funkcja religijności, religijne radzenie sobie.

Lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte ubiegłego stulecia to okres dynamicznego rozwoju psychologii religii, w którym znaczącą rolę odegrały badania związków pomiędzy religijnością a stresem – dziedzin, które wiązano ze sobą od

MGR RAFAŁ P. BARTCZUK, Katedra Psychologii Społecznej i Psychologii Religii KUL, Al. Racławickie 14, 20-095 Lublin; e-mail: bartczuk@kul.lublin.pl

DR MAREK JAROSZ, Katedra Psychologii Społecznej i Psychologii Religii KUL, Al. Racławickie 14, 20-095 Lublin; e-mail: mjarosz@kul.lublin.pl

dawna. Sytuacje trudne były bowiem stałym elementem badań i teorii psychologii religii, natomiast odniesienia do religii znajdujemy w badaniach z zakresu radzenia sobie ze stresem.

Wielokrotnie zwracano uwagę na fakt, że postawy religijne mogą zmieniać się pod wpływem kryzysu i stresu (por. Argyle, 2000; Wulff, 1999). Teorie psychoanalityczne akcentowały szczególnie intensywny rozwój religijności w sytuacjach przedłużającej się deprywacji potrzeb oraz to, że sytuacje trudne są jednym z czynników zwracających jednostkę w stronę religii. Niektórzy teoretycy, na przykład sam Freud (1923/1993), ze względu na ten fakt przyjęli skrajnie redukcjonistyczne stanowisko, twierdząc, że religia jest ze swojej natury sposobem radzenia sobie z niepewnością, że jest jedynie odpowiedzią na stres (por. Luhmann, 1977). Z drugiej strony – religijność może odgrywać ważną rolę w przeżywaniu sytuacji stresowych (por. Lazarus, 1966). Związek ten wpisuje się w szerszy kontekst powiązania religijności ze zdrowiem psychicznym i dobrostanem jednostki. Sygnalizowane powiązanie religijności i jej funkcji w zakresie redukcji stresu może być, na gruncie współczesnej psychologii poznawczej, rozpatrywane w ramach trzech różnych podejść.

1. *Podejście poznawczo-etrybuczne*. Autorzy związani z tym podejściem uważają, że osobista wiara znajduje wyraz w codziennym życiu przez to, że zajmuje miejsce w systemie poznawczym jednostki, dzięki któremu człowiek tworzy sobie koncepcję siebie, innych ludzi i świata (Spilka, 1986). Można zatem rozpatrywać religijność na przykład jako schemat poznawczy (*religion-as-a-schema*) (McIntosh, 1995). Tak ujęta religijność jest angażowana przez jednostkę w codziennym życiu, zaś w sytuacjach trudnych jest wykorzystywana do poszukiwania przyczyn tychże wydarzeń w czynnikach nadnaturalnych. Religijna interpretacja sytuacji trudnych odpowiada zwłaszcza na potrzeby: znaczenia (sensu), kontroli i szacunku do samego siebie (Bridges, Spilka, 1992). Ujęcie to podkreśla wielowymiarowość funkcji religijności i silne jej powiązanie ze strukturami poznawczymi (Bjorck, 1995).

2. *Podejście motywacyjno-przekonaniowe*. Jest ono kontynuacją nurtu badań religijności zapoczątkowanego przez G. Allporta, który podkreślił motywacyjną funkcję religijności. Jej badacze pierwotnie koncentrowali się na konstrukcie „religijności wewnętrznej vs. zewnętrznej” (*intrinsic-extrinsic religiosity*) (Batson, 1997). Obecne rozszerzenie tego modelu określa się jako wielozmiennową, przekonaniowo-motywacyjną teorię religijności (*multivariate belief-motivation theory of religiousness*) (Schaefer, Gorsuch, 1991). Model ten integruje w celu powiąza-

nia religijności z przystosowaniem człowieka do otaczającej rzeczywistości trzy obszary jej oddziaływanego: motywację, przekonania i styl rozwiązywania problemów. Styl rozwiązywania problemów pełni w tym modelu rolę pośredniczącą w osiąganiu przystosowania poprzez motywację i przekonania religijne, które mają również bezpośrednie powiązanie z przystosowaniem.

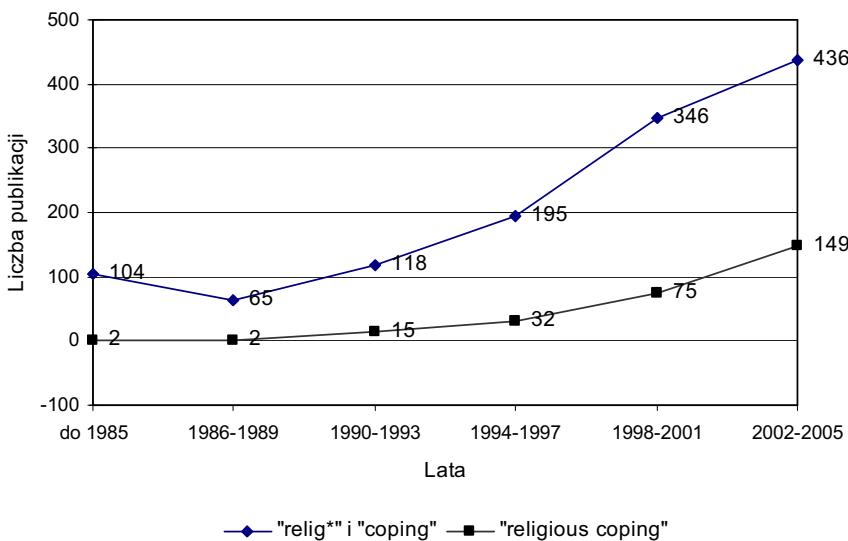
3. *Teoria religijnego radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi.* Podejście to, odwołując się do teorii stresu, adaptuje do sfery religijnej pojęcie radzenia sobie (*religious coping*) (Pargament, 1990; 1997). W modelu tym kładzie się nacisk na rolę, jaką religia może pełnić w złożonym procesie, dzięki któremu ludzie próbują zrozumieć i poradzić sobie z różnymi problemami pojawiającymi się w ich życiu. Religijność daje możliwości odnalezienia znaczenia sytuacji trudnej, a dokonuje się to poprzez zastosowanie specyficznych sposobów radzenia sobie związanych z religią (Pargament, 1996).

Niniejszy artykuł koncentruje się na prezentacji teorii, która zalicza się do trzeciego podejścia. Jest ono obecnie najszerzej, spośród wyżej opisanych, stosowane w badaniach nad związkami stresu i religijności. Powodem rosnącego zainteresowania omawianą teorią jest fakt, że w ostatnich latach odnotowano znaczny wzrost odwołań do tej tematyki, zarejestrowanych w bazie danych PsychINFO. Publikacją, która najbardziej się przyczyniła do wspomnianego wzrostu, była wydana w 1997 r. przez Pargamenta praca pod tytułem *The psychology of religion and coping*, zawierająca podsumowanie dotychczasowych badań z zakresu związków religii i stresu oraz teoretyczne ramy koncepcji religijnego radzenia sobie. W latach 1998-2005 opublikowano 224 pozycje z omawianej dziedziny, co stanowi ponad 4,5-krotny wzrost w stosunku do 47 prac opublikowanych w latach 1992-1997 (rys. 1).

I. PODSTAWOWE POJĘCIA TEORII

Autorem teorii religijnego radzenia sobie jest Kenneth Ira Pargament, profesor w Bowling Green State University w Ohio i wieloletni szef Sekcji Psychologii Religii Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Pargament zwrócił uwagę na pewne aspekty życia religijnego, które nie były do tej pory szeroko dyskutowane w literaturze psychologicznej. Pierwsze jego prace dotyczyły udziału religijności w procesie rozwiązywania problemów oraz religijnych atrybucji w sytuacjach negatywnych zdarzeń życiowych (Newman, Pargament, 1990; Pargament, Hahn, 1986). Nawiązująca do tych pierwszych badań teoria religijnego

radzenia sobie jest adaptacją ogólnej teorii radzenia sobie ze stresem, mającej już wypracowaną pozycję na terenie psychologii klinicznej i psychologii społecznej. Podejście Pargamenta do radzenia sobie można scharakteryzować jako poznawcze, procesualne, funkcjonalne, zorientowane na metody radzenia sobie. Kluczowymi pojęciami tej teorii są „radzenie sobie” i „religia”.



Rys. 1. Liczba publikacji recenzowanych, zawierających jako słowa kluczowe *relig** i *coping* oraz *religious coping* w bazie danych PsychINFO

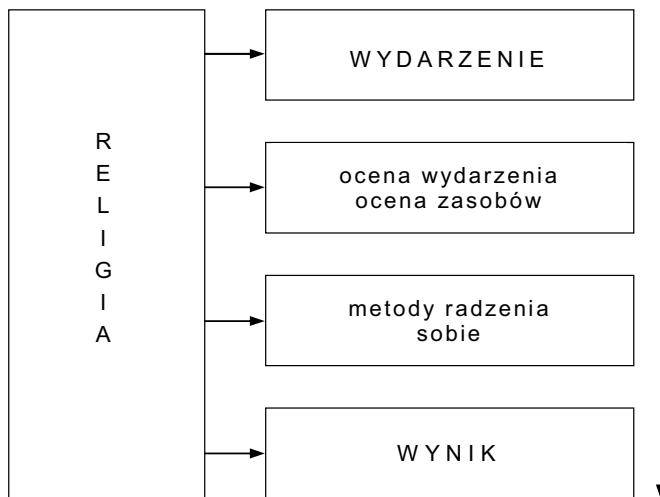
„Radzenie sobie” to proces, poprzez który jednostka stara się zrozumieć i zająć się istotnymi wymaganiami pojawiającymi się w jej życiu (Pargament, 1990). Badania nad radzeniem sobie opierają się na założeniu, że wszyscy ludzie, w obliczu sytuacji stawiających im szczególnie wysokie wymagania, podejmują próby zmiany swojej sytuacji. Dokonuje się to w procesie radzenia sobie, który w swej istocie polega – według Pargamenta – na „poszukiwaniu znaczenia w sytuacji stresu” (Pargament, 1997, s. 90). To poszukiwanie odbywa się, ogólnie mówiąc – poprzez poznawcze opracowanie (ocenę poznawczą) wydarzeń, w którym bierze udział system orientacyjny (zasoby), dostarczający specyficznych metod radzenia sobie ze stresem. Jednostka jest w tym procesie aktywnym sprawcą, który rozwija-

żą różne możliwości i dokonuje wyboru właściwych strategii radzenia sobie. Pragmatyzm teorii Pargamenta wyraża się w tym, że te metody określa się jako użyteczne i efektywne, których następstwem są pozytywne rezultaty, tzn. kiedy w wyniku ich zastosowania zostanie osiągnięty cel procesu – odnalezienie nowego znaczenia sytuacji stresowej. Te aktywności, które prowadzą do negatywnych wyników w wymiarze psychologicznym, duchowym, społecznym bądź fizycznym, są postrzegane jako nieefektywne i nieadaptacyjne.

W takim kontekście autor koncepcji wprowadza pojęcie systemu orientacyjnego, stanowiącego ogólną dyspozycję do stosowania konkretnych środków dla uzyskania konkretnych celów w życiu. Proponuje on uznanie religii za część systemu orientacji oraz – w opozycji do allportowsko-batsonowskiej tradycji orientacji religijnych – podkreśla różnorodność celów i środków w obszarze religijnym. (Pargament, Park, 1995; Pargament i in., 1992; Pargament, 1992). Pargament używa pojęcia „religia”, aby opisać doświadczenia, poznanie i czynności postrzegane przez jednostkę bądź społeczność jako będące w relacji do sfery świętości. W takim ujęciu religijność jest „procesem, poszukiwania znaczenia w odniesieniu do sacram” (Pargament, 1997, s. 32). Osią teorii Pargamenta, w której wyraża się funkcja religii, jest paralelność procesów religii i radzenia sobie ze stresem, którą można określić jako proces poszukiwania znaczenia.

II. RELIGIA A RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Omawiany model podkreśla ważną i konstruktywną funkcję, jaką religia może spełnić w procesie radzenia sobie ze stresem osobistym. Nie należy jej, zgodnie z prostymi stereotypami, sprowadzać do redukcji emocjonalnego napięcia i bólu czy sposobu uniknięcia konfrontacji ze stresem bądź wyparcia go (Pargament, Park, 1997; Pargament, 1997). Religia w procesie radzenia sobie ze stresem odkrywa wiele swoich funkcji: może dawać ludziom nadzieję, wskazówki do działania, wsparcie emocjonalne, ale może również być nieadaptacyjna (Pargament i in., 1988; Pargament, 1997). Pargament stwierdza, że religia może włączyć się do każdego z elementów procesu radzenia sobie ze stresem (rys. 2).



Rys. 2. Udział religii w procesie radzenia sobie ze stresem

Zdarzenie wywołujące stres może być samo w sobie religijne (np. nawrócenie, doświadczenie mistyczne, uświadomienie sobie grzechu, udział w rytuałach, ceremoniach czy wielkich spotkaniach o charakterze religijnym). Praktykowanie religii może również prowadzić do unikania bądź narażania się na sytuacje stresowe.

(1) *Ocena sytuacji stresowej* (za R. Lazarusem nazwana „oceną pierwotną”) może mieć religijny charakter. Pojawiać się tu mogą np. interpretacje wydarzenia jako nagrody lub kary od Boga czy też działania Opatrzności. Podobnie *ocena dostępnych zasobów osobistych i wsparcia* („ocena wtórna”) może mieć odniesienie do religii. Związek z tradycją religijną może zwielokrotnić lub ograniczyć liczbę postrzeganych możliwych zachowań w sytuacji trudnej, zaś osoba w stresie może upatrywać źródeł wsparcia w Bogu czy wspólnocie religijnej.

(2) Same *metody radzenia sobie* mogą być związane z religią. Takimi działaniami mogą być np. próby rozpoczęcia bardziej wartościowego życia lub działania mające na celu zadośćuczynienie. Osoba może szukać pomocy u Boga w modlitwie, u duszpasterzy lub u innych współwyznawców. Może również odrzucać religijne metody radzenia sobie ze stresem. Wybór przez osobę konkretnej strategii zaradczej jako najbardziej właściwej (co Pargament nazywa „oceną trzeciego

rzędu") może być również podyktowany względami religijnymi.

(3) *Rezultaty procesu stresowego* mogą mieć charakter religijny. Mogą to być zmiany religijnych przekonań, uczuć i zachowań, a nawet całego kierunku życia religijnego.

Tak więc cały proces radzenia sobie ze stresem – jako proces poszukiwania znaczenia – może mieć związek z religią, traktowaną jako narzędzie uzyskiwania znaczenia. Jakie są mechanizmy tego procesu? Pargament, korzystając z tradycji badań nad religijnością oraz na podstawie własnych badań, wyróżnił pięć kluczowych funkcji religii w sytuacji stresowej (Pargament, Koenig, Perez, 2000):

1. *Nadawanie sensu*. Religia pełni kluczową rolę w poszukiwaniu sensu. Za V. E. Franklem i C. Geertzem można przyjąć, że w obliczu cierpienia i zaskakujących doświadczeń religia oferuje ramy odniesienia dla ich zrozumienia i interpretacji.

2. *Uzyskanie kontroli*. Według E. Fromma religia pełni ważną rolę w poszukiwaniu kontroli osobistej. W sytuacjach przekraczających zasoby człowieka religia proponuje sposoby odzyskania poczucia kontroli nad swoim życiem.

3. *Pociecha duchowa*. Zgodnie z klasycznym ujęciem Z. Freuda religia redukuje lęk dotyczący życia w niepewnym świecie. Pargament łączy ten mechanizm również z duchowym pragnieniem zjednoczenia z siłą transcendentną.

4. *Zwiększenie intymności duchowej*. Socjologia wskazuje na to, że religia pełni pozytywną rolę we wspieraniu społecznej spójności, solidarności i tożsamości (E. Durkheim). Interpretacja Pargamenta wiąże tę funkcję religii z duszpasterstwem we wspólnotach religijnych, którego celem jest zwiększenie intymnej więzi z siłą wyższą.

5. *Przemiana życia*. Według Pargamenta religia jest nie tylko – zgodnie ze stereotypem – w sensie psychologicznym konserwatywna, lecz również motywuje ona i towarzyszy ludziom w wielkich życiowych przemianach, szczególnie w zakresie zmiany wartości bądź źródeł sensu.

Religia jest włączana w proces radzenia sobie, gdy jest zasobem dostępnym i osiągalnym w danej sytuacji. Ukonkretnieniem zaprezentowanych powyżej ogólnych mechanizmów oddziaływanego religii w sytuacji trudnej są religijne metody radzenia sobie ze stresem. Za ich pośrednictwem religijność może pełnić właściwą sobie funkcję. Mogą one być jednak wykorzystywane również do osiągania celów pozareligijnych.

III. RELIGIJNE RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Jednym z podstawowych celów teorii religijnego radzenia sobie jest zidentyfikowanie specyficznych, opartych na religii metod radzenia sobie ze stresem oraz ich systematyzacja. Jak już zostało wyżej powiedziane, z ujęcia „religii” w kategoriach celów i środków wynika ogromna różnorodność owych metod. Należą do nich różne aspekty funkcjonowania jednostki, a ich wspólną cechą jest to, że są one przez jednostkę bądź społeczeństwo łączone z religią. Jak to przedstawiono w tab. 1, Pargament prezentuje wiele metod radzenia sobie: od aktywnych do biernych, od zorientowanych na problem do zorientowanych na emocje, od pozytywnych do negatywnych oraz od poznawczo-behawioralnych do interpersonalnych i odwołujących się do duchowości. W wielości różnorodnych metod Pargament posługuje się następującymi pojęciami porządkującymi obszar religijnych sposobów radzenia sobie: (1) w odniesieniu do osobistej religijności jednostki zidentyfikował trzy *style religijnego radzenia sobie*, pojmowane jako względnie stałe dyspozycje jednostki; (2) w odniesieniu do nadawania znaczenia sytuacji przez jednostkę Pargament wprowadza rozróżnienie dwóch podstawowych *mechanizmów poszukiwania znaczenia*: transformacji i konserwacji – różne metody radzenia sobie wpisują się w przestrzeń zarysowaną przez te dwa wymiary; (3) w odniesieniu do adaptacyjnej funkcji metod wyróżniono dwa *wzory religijnego radzenia sobie*.

Style religijnego radzenia sobie. Na podstawie badań nad atrybutcjami w procesie radzenia sobie Pargament wyróżnił trzy style religijnego radzenia sobie. Ich odmienność polega na różnicach w intensywności aktywności zaradczej oraz odpowiedzialności przypisywanej sobie i Bogu przez jednostkę (Pargament i in., 1988). Istotą wyróżnienia stylów są trzy sposoby, na jakie ludzie integrują pojęcia boskiej mocy z ludzką inicjatywą. Są one następujące:

1. Styl charakteryzujący się *współpracą* (*collaborative*), w którym jednostka przyjmuje, że zarówno ona, jak i Bóg grają aktywną rolę w procesie rozwiązywania problemu. Człowiek, angażując się w działania zaradcze, stara się zrozumieć, jakich działań Bóg od niego oczekuje, powierzając Mu jednocześnie efekty tych działań.

2. Styl charakteryzujący się *ukierunkowaniem na siebie* (*self-directing*). Jednostka sama podejmuje działania mające na celu rozwiązanie swoich problemów bez odwoływania się bezpośrednio do Boga. Siebie traktuje jako kogoś, komu Bóg dał zdolności i zasoby potrzebne do rozwiązania problemu.

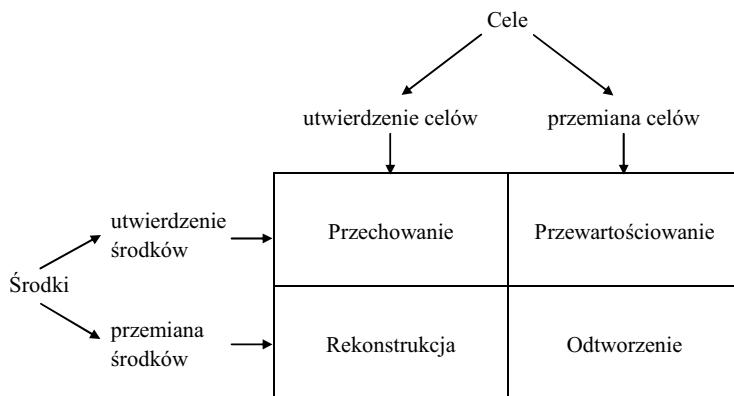
3. Styl charakteryzujący się *zrzuceniem odpowiedzialności (deffering)*. Tutaj w oczach jednostki to Bóg wybiera strategię rozwiązywania problemu. Osoby o tym stylu polegają na Bogu, nie na sobie, i oczekują znaków, aby dowiedzieć się, które ze sposobów rozwiązywania problemów powinni zastosować.

Tab. 1. Przykładowe metody religijnego radzenia sobie (za: Harrison i in., 2001)

Dobrowolne przewartościowanie religijne: Przedefiniowanie stresora za pomocą religii jako dobrowolnie przyjętego i potencjalnie korzystnego.
Przewartościowanie w kategoriach kary bożej: Przedefiniowanie stresora jako kary Boga za grzechy jednostki.
Przewartościowanie demoniczne: Przedefiniowanie stresora jako dzieła szatana.
Przewartościowanie mocy bożej: Przedefiniowanie możliwości wpływu Boga na sytuację stresową.
Religijne radzenie sobie oparte na współpracy: Szukanie kontroli poprzez współdziałanie z Bogiem w rozwiązywaniu problemu.
Przerzucające religijne radzenie sobie: Biernie oczekiwanie na przejęcie kontroli nad sytuacją przez Boga.
Religijne radzenie sobie skierowane na siebie: Poszukiwanie kontroli raczej przez osobistą inicjatywę niż liczenie na Boga.
Poszukiwanie duchowego wsparcia: Poszukiwanie pociechy i zabezpieczenia poprzez miłość i opiekę Boga.
Koncentracja na religii: Zaangażowanie w aktywność religijną, aby odwrócić swoją uwagę od stresora.
Religijne oczyszczenie: Poszukiwanie duchowego oczyszczenia przez działania religijne.
Duchowa łączność: Poszukiwanie poczucia łączności z siłami transcendującymi jednostkę.
Duchowe niezadowolenie: Wyrażanie niezadowolenia, wyobcowania i niechęci do Boga.
Szukanie wsparcia od kleru lub współwyznawców: Szukanie pocieszenia i zabezpieczenia przez miłość i opiekę wspólnoty wierzących.
Religijne pomaganie: Usiłowanie udzielania duchowego wsparcia i pocieszenia innym.
Interpersonalne religijne niezadowolenie: Wyrażanie niezadowolenia i niechęci względem duchownych bądź współwyznawców.
Religijne przebaczenie: Zwrócenie się w kierunku religii w celu pozbycia się gniewu, zranienia i lęku przed innymi.
Religijne nawrócenie: Zwrócenie się ku religii w celu radykalnej zmiany życia.

Do pomiaru stylów religijnego radzenia sobie skonstruowano metodę kwestionariuszową i przeprowadzono wiele badań (np. Pargament i in., 1988, 1999). Z badań Pargamenta i współpracowników wynika, że najpowszechniejszym i najefektywniejszym stylem jest pierwszy styl. Wiąże się on z najwyższymi wskaźnikami zaangażowania religijnego i wewnętrzną orientacją religijną. Trzeci styl także jest związany z wysokimi wskaźnikami zaangażowania w religię, ale również z zewnętrzną orientacją religijną oraz ukierunkowaniem religijności na zaspokojenie konkretnych potrzeb. Styl ukierunkowany na siebie korelował negatywnie z religijnością, zaś pozytywnie z religijną orientacją poszukującą (Pargament, 1997).

Mechanizmy religijnego radzenia sobie. Nabywanie znaczenia może zachodzić na drodze dwóch mechanizmów: utwierdzenia (*conservation*) bądź przemiany (*transformation*), które mogą odnosić się zarówno do środków, jak i do celów tego procesu. Poprzez skrzyżowanie tych mechanizmów uzyskujemy cztery rodzaje procesów uzyskiwania znaczenia w sytuacji trudnej: przechowywanie, rekonstrukcja, przewartościowanie i odtwarzanie (Pargament, 1997) (rys. 3).



Rys. 3. Procesy uzyskiwania znaczenia w radzeniu sobie ze stresem
(za: Pargament, 1997, s. 11)

Religijność, jeśli jest dostępna jednostce, może być zaangażowana w każdy z tych procesów. Utwierdzanie znaczenia może dokonywać się na drodze przechowania (*preservation*). Religijność wspiera zachowanie znaczeń, które osoba już posiada. Podpowiada ona różne sposoby utwierdzania się bądź odzyskania pewnych celów życiowych. Przechowanie może dokonywać się np. poprzez

wspomagane przez duchowe i społeczne wsparcie utwierdzanie się w swoich przekonaniach. Innym sposobem utwierdzenia znaczenia jest rekonstrukcja (*re-construction*). Pomimo iż, tak jak poprzednio, cele jednostki pozostają takie same, zmieniają się sposoby ich osiągania. Za religijne odpowiedniki tego procesu Pargament uznaje nawrócenie w znaczeniu pogłębienia religijności osobistej oraz religijnego oczyszczenia. W sytuacji stresu religia może nadać jednostce nowe ramy odniesienia dla interpretacji, ukazując je np. jako szansę duchowego wzrostu. Religia wnosi też element tajemnicy, którego akceptacja może usprawnić proces radzenia sobie ze stresem. Do tej kategorii procesów Pargament zalicza również interpretacje sytuacji w kategoriach interwencji sił duchowych (np. jako kara boża, dzieło szatana czy efekt ograniczonej mocy Boga).

Procesy przemiany znaczenia to przewartościowanie (*re-valuation*) oraz odnowienie (*re-creation*) znaczenia. W pierwszym przypadku jednostka dokonuje zmiany celów swoich działań w konkretnej sytuacji, nie zmieniając środków. W religijnym radzeniu sobie mówi się o takich grupach metod, jak poszukiwanie celu religijnego czy rytyły przejścia, obecne we wszystkich religiach (interpretacja w kategoriach powtórnych narodzin, odłączenie od świata, przemiany istoty czy włączenia w świat *Sacrum*), kiedy codzienność staje się uświęcona poprzez obecność elementu transcendentnego. Odtworzenie sensu to niejako całkowita przemiana, zarówno w obszarze celów życiowych, jak i sposobów ich osiągania. Może to być odzyskanie sensu niegdyś utraconego bądź też nabycie zupełnie nowych wartości. Przykładem religijnego odtworzenia jest konwersja, przebaczenie motywowane religijnie czy odnalezienie i przyjęcie *sacrum*.

Wzory religijnego radzenia sobie. Pargament konstruuje swoją teorię z myślą o zastosowaniu jej w praktyce klinicznej. Ewaluacja poszczególnych metod radzenia sobie jest dokonywana w odniesieniu do efektów całego procesu radzenia sobie. Podjęto zatem wysiłki w celu identyfikacji wzorów religijnego radzenia sobie sprzyjających bądź przeszkadzających w fizycznym, psychologicznym, społecznym i精神的 przystosowaniu (por. Pargament i in., 1990; Pargament, Smith, Koenig, Perez, 1998; Pargament i in., 2000; Pargament, 2002a; 2002b; Pargament i in., 2004). Można powiedzieć, że analizy przeprowadzone na podstawie narzędzi mierzących stosowanie metod radzenia sobie religijnego („Brief RCOPE” – Pargament i in., 1998, „RCOPE” – Pargament i in., 2000) wskazują na istnienie dwóch wzorów: negatywnego i pozytywnego. Pozytywny wzór wiąże się zarówno z pozytywnym przystosowaniem, jak i pozytywnym zaangażowaniem w religię. Do tych „pomocnych” metod religijnego radzenia sobie należy

poszukiwanie religijnego wsparcia duchowego i społecznego, dobrowolne przewartościowanie religijne oraz styl charakteryzujący się współpracą „Negatywne” formy religijnego radzenia sobie to niezadowolenie z Boga i Kościoła oraz negatywne przewartościowania zdarzenia: jako kary bożej, jako przejawu niemocy Boga i jako dzieła demona. Inne metody, w tym: rytuały religijne, ukierunkowanie na siebie i przerzucanie odpowiedzialności oraz konwersja, nie dają tak jednoznacznych wyników. Ich rezultaty są mieszane, uzależnione od innych zmiennych pośredniczących. Stwierdzono, że wzór pozytywny występuje częściej niż negatywny. Badania wskazują również na to, że w stosunku do innych metod radzenia sobie (niereligijnych), religijne radzenie sobie wnosi unikalny wkład w przystosowanie jednostki (por. Pargament, 1997).

Autor koncepcji podkreśla, że ostateczny kształt radzenia sobie jest uzależniony od czynników sytuacyjnych (np. nasilenia stresu), kulturowych (np. rodzaju wyznawanej religii) i indywidualnych (np. poziomu niepokoju). W tych ostatnich należy wyróżnić jako kluczowe zmienne charakter systemu orientacji oraz religijności. Skuteczność radzenia sobie, w tym radzenia sobie religijnego, zależy od wszystkich tych elementów (Pargament, 1997; Spilka i in., 2003).

*

Model K. I. Pargamenta wprowadza w obszar badań nad religijnością paradigm zaczerpnięty z badań nad stresem. Pozwala on spojrzeć na religię w kontekście życiowym, ukazując bieg życia jednostki w procesie poszukiwania znaczenia codziennych doświadczeń. Przekracza w ten sposób tradycyjne, stereotypowe sposoby myślenia o funkcji religijności w sytuacjach trudnych, które rozpatrują ją w kategoriach mechanizmów obronnych. W ich miejsce, jako podstawowy psychologiczny mechanizm działania religii, Pargament proponuje oddziaływanie poprzez system orientacyjny. W takim ujęciu funkcją religii w osobowości jest znalezienie i utrwalenie sensu sytuacji życiowej jednostki. Kiedy zaś utrzymanie sensu zawodzi i potrzebne jest jego przekształcenie, religia może pełnić znaczącą rolę w tym procesie, oferując alternatywne cele życiowe i środki do ich osiągnięcia. Takie ujęcie funkcji religijności w sytuacji trudnej jest bardziej zgodne z integrującym charakterem jej funkcji w osobowości (por. Allport, 1988; Frankl, 1978; Pręzyna, 1981).

Zaletą teorii religijnego radzenia sobie jest uwzględnienie w modelu wielu aspektów badanego zjawiska: sytuacyjnych, osobowościowych i kulturowych.

Niektórzy komentatorzy Pargamenta uważają jednak, że uwaga skierowana na procesy osobowościovie i społeczno-kulturowe zaangażowane w radzenie sobie z sytuacją trudną jest zbyt ograniczona, i są przekonani o konieczności rozbudowy teorii o nowe konteksty (Ganzevoort, 1998a, 1998b; Strženec, 1998). Pargament koncentruje się bowiem (co jest zapewne efektem początkowego etapu badań nad zagadnieniem) przede wszystkim na tym, co jest sednem problemu: na związkach procesu radzenia sobie z religią.

Inną ważną charakterystyką modelu Pargamenta jest podkreślenie wielorakości zachowań religijnych w obliczu stresu. Charakteryzuje go niejednostronne podejście do religijności. Złożone rezultaty procesu radzenia sobie mogą zawierać kombinacje wyników pozytywnych i negatywnych. Uznając w ten sposób istnienie „ciemnej strony religii”, model Pargamenta jest ukierunkowany pozytywnie, gdyż wskazuje na fakt, że pozytywne przeżywanie religii wiąże się z pozytywnymi wynikami w zakresie przystosowania (Pargament, 2002a, 2002b).

Pargament analizuje czynniki powodujące nieefektywność religijnego radzenia sobie w kategoriach nietrafności celów bądź środków. Nie odnosi się on jednak do ich treści: czy cele religijnego radzenia sobie są religijne czy pozareligijne. Problem ten jest zresztą największą słabością tego ujęcia, ponieważ religia ma tutaj tak szeroki zakres, że w jej zakres wchodzą zjawiska, które mają cele *sensu stricto* religijne, jak i te, które są jedynie postrzegane przez jednostkę czy społeczeństwo jako związane z religią. Nie muszą one być *ex definitione* intencjonalnie ukierunkowane na sferę nadprzyrodzoną. A przecież to ukierunkowanie (w sensie celu, a nie przypadkowej zbieżności) na przedmiot religijny jest czynnikiem konstytuującym religijność (por. Vergote, 1969; Pręzyna, 1977). Z drugiej strony nieuwzględnienie obiektywnych, zewnętrznych kryteriów dla celów religijnych naraża badacza na analizowanie rzeczywistości, która tak naprawdę wychodzi poza zakres pojęcia religii. Dlatego jakąś propozycją bądź dalszym kierunkiem badań powinno być odróżnienie sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych wówczas, kiedy cel jest religijny, i sytuacji, kiedy jest on jedynie subiektywnie postrzegany przez jednostkę za religijny, jednak obiektywnie nim nie jest. Błąd ten polega na stworzeniu jakby iluzorycznej religijności, pozbawionej fundamentalnego odniesienia do Sacrum lub rozumieniu go w okrojony, nieadekwatny sposób.

Teoria Pargamenta, choć jeszcze nowa w psychologii, jednak już znalazła swoje odzwierciedlenie w licznych badaniach. Jej ogromną zaletą jest praktyczny wymiar, który daje się z łatwością aplikować w różnych warunkach. Szpital, ho-

spicjum, domy dla ludzi starszych i samotnych są tymi miejscami, w których problematyka radzenia sobie z sytuacją trudną jest obecna z wyjątkową intensywnością. Prezentowana koncepcja pogłębia rozumienie sytuacji trudnej, wyzwala otwartość na sferę religijną, która funkcjonalnie pozwala odnaleźć jej znaczenie i zrozumieć, dlaczego pewne strategie radzenia sobie są nieskuteczne. Większa świadomość psychologów w zakresie szerokiego wachlarza zasobów pomagających radzić sobie z sytuacją trudną sprawi, że mogą być bardziej pomocni dla ludzi przeżywających trudne sytuacje życiowe.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. W. (1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: IW PAX.
- Argyle, M. (2000). *Psychology and religion. An introduction*. London–New York: Routledge.
- Batson, C. D. (1997). Toward motivational theories of intrinsic religious commitment. W: B. Spilka, D. N. McIntosh (red.), *The psychology of religion: Theoretical approaches* (s. 11-22). Boulder: Westview Press.
- Bjorck, J. P. (1995). A self-centered perspective on McIntosh's religious schema. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5, 23-29.
- Bridges, R. A., Spilka, B. (1992). Religion and the mental health of women. W: J. F. Schumaker (red.), *Religion and mental health* (s. 43-53). New York: Oxford University Press.
- Frankl, V. E. (1978). *Nieuświadomiony Bóg*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Freud, Z. (1913/1993). *Totem i tabu*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Ganzevoort, R. (1998a). Religious coping reconsidered. Part 1: An integrated approach. *Journal of Psychology and Theology*, 26, 260-275.
- Ganzevoort, R. (1998b). Religious coping reconsidered. Part 2: A narrative reformulation. *Journal of Psychology and Theology*, 26, 276-286.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86-93.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Luhmann, N. (1977). *Die Funktion der Religion*. Frankfurt: Suhrkam.
- McIntosh, D. N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5, 1-16.
- Newman, J. S., Pargament, K. I. (1990). The role of religion in the problem-solving process. *Review of Religious Research*, 31, 390-404.
- Pargament, K. I. (1990). God help me; toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. W: M. L. Lynn, D. O. Moberg (red.), *Research in the social scientific study of religion* (t. 2, s. 195-224). Greenwich: JAI Press.
- Pargament, K. I. (1992). Of means and ends: Religion and the search for significance. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 4, 201-229.

- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. W: E. P. Shafraanske (red.), *Religion and the clinical practice of psychology* (s. 215-239). Washington DC: American Psychological Association.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York–London: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2002a). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiosity. *Psychological Inquiry*, 13, 168-181.
- Pargament, K. I. (2002b). Is religion nothing but...? Explaining religion versus explaining religion away. *Psychological Inquiry*, 13, 239-244.
- Pargament, K. I., Cole, B., Vandecreek, L., Belavich, T., Brant, C., Perez, L. (1999). The vigil: Religion and the search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology*, 4, 327-341.
- Pargament, K. I., Hahn, J. (1986). God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 193-207.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three types of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 4, 519-543.
- Pargament, K. I., Koenig H., G., Tarakeshwar N., Hahn J. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Eldery Patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9, 713-730.
- Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S., van. Haitsma, K. (1992). God help me (II): The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31, 504-513.
- Pargament, K. I., Park, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51, 13-32.
- Pargament, K. I., Park, C. L. (1997). In times of stress: The religion-coping connection. W: B. Spilka, D. N. McIntosh (red.), *The psychology of religion: Theoretical approaches* (s. 43-53). Boulder: Westview Press.
- Pargament, K. I., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S., Haitsma, K. van, Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18, 793-824.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 4, 710-724.
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 77-89.
- Pręzyna, W. (1977). *Motywacyjne korelaty centralności postawy religijnej*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Pręzyna, W. (1981). *Funkcja religijności w osobowości człowieka*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

- Schaefer, C. A., Gorsuch, R. L. (1991). Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 4, 448-461.
- Spilka, B. (1986). The meaning of personal faith: A continuing research odyssey. *Journal of Psychology and Christianity*, 5, 85-90.
- Spilka B., Hood R., W., Hunsberger B., Gorsuch R. (2003). *The psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Strženec, M. (1998). The psychology of religion and coping: Theory, research and practice. *Mental Health, Religion & Culture*, 1, 197-198.
- Vergote, A. (1969). *The religious man*. Dublin: Gill and Macmillan.
- Wulff, D. (1999). *Psychologia religii: klasyczna i współczesna*. Warszawa: WSP.

THE FUNCTION OF RELIGIOSITY IN THE PROCESS OF COPING WITH STRESS. KENNETH I. PARGAMENT'S THEORY

S u m m a r y

In psychological research areas of religion and stress have been interconnected for many years. Among theories explaining the function of religion in stressful situations, the theory of religious coping developed by K. I. Pargament has recently gained considerable popularity. This approach can be characterized as cognitive, process-oriented and pragmatic. This article presents the terminological apparatus of this theory, the explanation the theory gives for the role of religion on particular stages of the process of coping with stress and mechanisms responsible for this role. The religious coping strategies described by Pargament are also characterized. Despite of some theoretical drawbacks, owing to its multi-dimensionality, this theory provided bases for extensive and promising research programmes. It introduced a new point of view on the associations between religiosity and psychic health, which provided an impulse for boosting research in psychology of religion.

Key words: religiosity, stress, coping, religion, function of religion, religious coping.

Translated by Konrad Janowski

Osobowość a postrzeganie stresogenności pracy w policji¹

Bohdan Dudek, Jerzy Koniarek, Maria Szymczak*

Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi

RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY AND PERCEIVED STRESS AMONG POLICE OFFICERS

Stress experienced at worksite is commonly recognized as a factor affecting workers' health and productivity. Subjective nature of stress is generally accepted by researchers into this field. Therefore, it is very important to know the role of personality traits in determining the level of experienced stress. 833 police officers participated in the presented study. The following variables were assessed: perceived stress at work (dependent variable) and: sense of coherence, self-efficacy, Big Five Personality Factors (neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, conscientiousness) and temperament domains (strength of excitatory process, strength of inhibitory process, equilibrium of nervous processes). A results analysis proved that ten personality variables explained 35.9 % of perceived job stress variability. Only three of them were correlated with the level of stress on a statistically significant level: sense of coherence ($r_p = -.40$), neuroticism ($r_p = .17$), and strength of excitatory process ($r_p = -.09$).

WPROWADZENIE

Problematyka stresu zawodowego budzi coraz większe zainteresowanie badaczy (teoretyków) i praktyków zajmujących się człowiekiem w pracy. Przyczyną tego zainteresowania są coraz lepiej, pełniej, dokładniej i naukowo poprawniej udokumentowane negatywne skutki nadmiernego stresu, które można podzielić na dwie kategorie: a) zaburzenia w stanie zdrowia pracowników i b) obniżenie ich efektywności pracy. Są to konsekwencje niezmiernie ważne z indywidualnego i społecznego punktu widzenia, dlatego powinno się poświęcić więcej, niż to czyniono do tej pory, uwagi i środków na rozpoznawanie przyczyn stresu, określenie jego poziomu i uwarunkowań oraz sposobów jego redukowania. Ten postulat powinien być realizowany przede wszystkim w tych zawodach, które są wysoce stresogenne. Do takich zawodów zaliczyć można zawód policjanta. Badania prowadzone w Instytucie Medy-

cyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi wykazały, że wśród 47 zawodów, których przedstawiciele byli objęci programem badawczym, praca policjanta oceniona była jako najbardziej stresująca, zarówno w ocenie samych policjantów jak i ekspertów znających ich pracę (Dudek i Waszkowska, 1997). Opinie takie formułują również inni badacze, wskazując na częstsze występowanie w tej grupie zawodowej takich uznanych skutków stresu, jak: zaburzenia psychosomatyczne, próby samobójcze, nadużywanie alkoholu (Bigman i in., 1997). Stanowisko takie zyskuje powszechną akceptację, chociaż nie brakuje również badaczy, którzy nie podważając tej opinii wysuwają zastrzeżenia odnośnie dowodów ją potwierdzających (Brown i Campbell, 1994). W Polsce nie prowadzono badań nad stresem w policji, za wyjątkiem prób wycinkowych (Krzyna, 1999).

Uzyskanie wiarygodnych dowodów, potwierdzających przyczynę zależności między stresem a skutkami, nie jest sprawą prostą. Wynika to ze: 1) złożonej natury samego procesu stresu (na który składają się zjawiska fizjologiczne i psychologiczne), 2) z jego wieloczynnikowego uwarunkowania (czyli tkwiące w sytuacji i cechach jednostki) i 3) trudności związanych z pomiarem poziomu stresu (pomiar subiektywny i obiektywny) (Frese i Zapf, 1988). Te trudności nie powinny jednak zniechęcać badaczy, a wręcz odwrotnie,

*Praca wykonana w ramach programu wieloletniego pn. Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy, dofinansowanego przez Komitet Badań Naukowych w latach 1998-2001.

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Bohdan Dudek, Instytut Medycyny Pracy, ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, Skr. poczt. 199. e-mail: impx@imp.lodz.pl

powinny stymulować ich do zwiększych wysiłków, prowadzących do poznania procesu kształtowania się stresu zawodowego.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie związków między cechami osobowości policjantów a poziomem postrzeganej stresogenności pracy. W psychologicznych modelach stresu (Payne i Firth-Cozens, 1987; Sigrest, 1991; Fletcher, 1991) uwzględnia się fakt, że o poziomie stresu, jakiego doświadcza jednostka, decyduje wiele czynników, w tym trwałe właściwości charakteryzujące jej osobowość. Np. w tej samej sytuacji, w której dochodzi do rywalizacji, wyższy poziom napięcia, a więc stresu, doświadczać będą osoby typu A niż osoby typu B (Wrześniowski, 1993). Poznanie zależności między cechami osobowości a poziomem przeżywanego stresu jest ważne z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia. Z jednej strony, zebrane informacje na ten temat poszerzają naszą wiedzę o stresie, z drugiej strony, mogą być wykorzystane bądź do celów selekcyjnych (jeżeli zależy nam na zatrudnianiu pracowników odpornych na stres), bądź do celów profilaktycznych (ponieważ ocena cech osobowości może usprawnić proces terapeutyczny).

HIPOTEZY I PYTANIA BADAWCZE

Ludzie różnią się między sobą pod względem wielu cech osobowości. W badaniach empirycznych można uwzględnić jedynie ich ograniczoną liczbę. Przy wyborze cech osobowości, których związek ze stresem zamierzaliśmy ocenić, kierowaliśmy się kilkoma przesłankami.

W teorii Lazarusa (Lazarus i Folkman, 1984), najpopularniejszej poznawczej koncepcji stresu, zakłada się, że wystąpienie stresu i jego poziom zależy od poznawczej oceny sytuacji (tzw. oceny pierwotnej). Z kolei, ocena sytuacji zależy od struktur poznawczych jednostki (Aronson, 1997). Ludzie różnią się między sobą pod względem utrwalonych struktur i ich układów, co może być podstawą do wyróżniania różnych typów ludzkich, odmiennie odbierających i ocenяjących otoczenie. Jednym z możliwych podziałów, bardzo ważnym z punktu widzenia jego związku z przeżywaniem stresu, jest tzw. poczucie koherencji (Antonovsky, 1979; Pasikowski, 1997). Poczucie koherencji jest definiowane jako ogólna orientacja jednostki, wyrażająca stopień, w jakim jednostka ma zaufanie, że jej wewnętrzny i zewnętrzny świat jest przewidywalny, uporządkowany, że istnieje duże prawdopodobieństwo, iż sprawy dotyczące jednostki oddają się kontroli, że warto angażować się w różne sytuacje.

Według Antonovsky'ego, twórcy tego konstruktu teoretycznego i narzędzia do jego pomiaru, wysokie poczucie koherencji chroni człowieka przed doświadczeniem silnego stresu (Antonovsky, 1979, 1987, 1993). W badaniach zamierzamy zweryfikować twierdzenie Antonovsky'ego i przyjmujemy hipotezę:

H1: Poczucie koherencji będzie ujemnie skorelowane z poziomem postrzeganej stresogenności pracy.

Poczucie koherencji składa się z trzech komponentów: Zrozumialość, Sterownalność, Sensowność (Antonovsky, 1987). Nie rozstrzygając z góry o znaczeniu poszczególnych komponentów w determinowaniu stresu, stawiamy ogólne pytanie badawcze: który z komponentów silniej niż inne koreluje z poziomem odczuwanej stresogenności pracy?

Bardzo ważnym wymiarem osobowości, ukształtowanym na bazie utrwalenia się specyficznych struktur poznawczych, jest poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1977). Według Schwarzera (1993) poczucie własnej skuteczności oddaje przekonanie jednostki, że czuje się ona zdolna do kontrolowania różnych wymagań stawianych przez środowisko za pomocą podejmowania odpowiednich czynności przystosowawczych. Można założyć, że ludzie o wysokim poczuciu własnej skuteczności będą oceniali wymagania otoczenia jako mniej trudne, mniej zagrażające, a więc mniej stresujące, niż osoby o poczuciu słabej własnej skuteczności. Stawiamy zatem kolejną hipotezę:

H2: Poczucie własnej skuteczności będzie ujemnie skorelowane z poziomem postrzeganej stresogenności pracy.

W ostatnich latach jedną z najbardziej popularnych koncepcji osobowości, ujmowanej jako kompozycja cech, jest tzw. pięcioczynnikowy model osobowości. Cechy osobowości najczęściej wyróżniane w literaturze psychologicznej można sprowadzić do następujących pięciu wymiarów: Neurotyczność, Ekstrawersja, Otwartość na Doświadczenie, Ugodowość, Sumienność (Costa i McCrae, 1989; Zawadzki i in., 1998). Spośród wymienionych wymiarów osobowości, najsilniej ze stresem powinna być związana Neurotyczność, jako że osoby o wysokim poziomie tej cechy są podatne na doświadczanie negatywnych emocji i są mało zdolne do zmagania się ze stresem. Związek pozostałych cech osobowości ze stresem nie jest już tak oczywisty, jak w przypadku neurotyczności. Np. można przytoczyć argumenty za tym, że wysoki poziom sumienności może chronić przed przeżywaniem silnego stresu, ale można również spodziewać się odwrotnej zależności. Zatem do badań przystępujemy z hipotezą:

H3: Poziom neurotyczności będzie pozytywnie korelował z poziomem postrzeganej stresogenności pracy.

Natomiast odnośnie pozostałych cech osobowości stawiamy otwarte pytanie badawcze: które z nich okażą się związane i w jakim kierunku z poczuciem stresu?

Bardzo ważnymi wymiarami osobowości, determinującymi odporność na stres, są cechy temperamentu

wyróżnione na podstawie charakterystyki układu nerwowego. Wychodząc od pawłowskiej klasyfikacji OUN, można przyjąć, że osoby o słabym układzie nerwowym reagować będą silniejszym pobudzeniem podczas zmagania się z różnymi wymaganiem środowiska niż osoby o silnym układzie nerwowym. Wyniki badań potwierdzają, że ten drugi typ osób jest bardziej odporny na stres, że ich zachowanie ulega mniejszemu zakłóceniu w sytuacji silnie emocjogennej (Strelau, 1998). Przyjmujemy zatem hipotezę:

H4: Siła nerwowych procesów pobudzenia i hamowania będzie ujemnie skorelowana z poziomem postrzeganej stresogenności pracy.

Oprócz siły, inną cechą OUN mogącą różnicować czas trwania napięcia, a więc utrzymywania się stresu, może być ruchliwość procesów nerwowych. Ruchliwość rozumiana jako labilność przejawia się w prędkości wzbudzania i zanikania procesów nerwowych (Strelau, 1998). Można zatem oczekiwąć, że osoby cechujące się wyższą ruchliwością procesów nerwowych będą bardziej odporne na stres.

H5: Poziom ruchliwości procesów nerwowych będzie ujemnie skorelowany z poziomem postrzeganej stresogenności pracy.

Powyżej przedstawiliśmy hipotezy dotyczące związków między pojedynczymi cechami osobowości a poziomem postrzeganej stresogenności pracy. Wiadomo, że cechy te nie występują w izolacji; że wzajemnie na siebie oddziałują; że mogą mieć wspólne źródło zmienności, i że razem determinują procesy percepcyjne, emocjonalne i zachowania jednostki. Choć zdajemy sobie sprawę z tego, że ich rola i waga w kształtowaniu poziomu postrzeganej stresogenności może być różna, to jednak nie stawiamy hipotez istotnościowych (Brzeziński, 1996). Pozostawiamy ten problem otwarty i formułujemy tylko dwa ogólne pytania: 1) Jaki procent wariancji zmiennej zależnej (postrzegana stresogenność pracy) jest wyjaśniony przez zmienne osobowościowe zastosowane w badaniu? Odpowiedź na to pytanie ukaże znaczenie osobowości w postrzeganiu stresogenności pracy. 2) Która ze zmiennych osobowościowych tłumaczy największy procent wariancji zmiennej zależnej? Odpowiedź na to pytanie ukaże znaczenie poszczególnych cech osobowości w kształtowaniu odczuwania stresogenności pracy.

PROCEDURA

Osoby badane. Badaniami objęto około 100-osobowe grupy policjantów z 8 komend wojewódzkich. Ogółem przebadano 833 osoby. Wszyscy badani pracowali w jednym z trzech wydziałów: prewencji, dochodzeniowo-śledczym i kryminalnym.

Metody. Badania miały charakter ankiety audytyjnej, tzn. badani byli zorganizowani w małe grupy i wypełniali kwestionariusz oraz testy papierowe pod kontrolą psychologa, który wyjaśniał cel badań, uzyskiwał pisemną zgodę badanych na uczestniczenie w badaniach, udzielał potrzebnych wyjaśnień i zapewniał badanych o poufności wyników.

Do oceny stresogenności pracy zastosowano Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (Dudek, Waszkowska i Hanke, 1999). Składa się on z 55 pytań dotyczących różnych cech pracy, które mogą mieć charakter stresogenny. Do każdego pytania dołączona jest 5-punktowa skala. Wskaźnikiem natężenia odczuwanej stresogenności pracy jest suma punktów wskazanych przez badanego. Im jest ona wyższa, tym większe jest poczucie stresogenności pracy. Rzetelność wyniku globalnego jest zadowalająca ($r_{tt} = .87$, a Cronbacha = .84).

Poczucie koherencji mierzone Kwestionariuszem Orientacji Życiowej A. Antonovsky'ego, który został adaptowany do warunków polskich (Koniarek, Dudek i Makowska, 1993). Oprócz poczucia koherencji (wynik globalny), umożliwia pomiar jej trzech komponentów: Zrozumiałosć, Sterownalność i Sensowność. Składa się z 29 itemów. Rzetelność wyniku globalnego wynosi: $r_{tt} = .92$, a Cronbacha = .78 (Koniarek, Dudek i Makowska, 1993).

Poczucie własnej skuteczności mierzone Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności Schwarzera (1993), adaptowaną do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego (2000). Kwestionariusz składa się z 10 pytań; jego rzetelność wynosi: $r_{tt} = .78$, a Cronbacha = .85.

Cechy osobowości wchodzące w skład tzw. Wielkiej Piątki mierzone polską wersją Inwentarza Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae (Zawadzki i inni, 1998). Test składa się z 60 pytań (po 12 pytań dla każdej z 5-ciu skal), do których dołączono 5-punktową skalę. Rzetelność obliczono metodą a Cronbacha. Dla poszczególnych skali otrzymano następujące wskaźniki a: neurotyczność – .71 (kobiety) i .73 (mężczyźni); eks-trawersja – .72 (K) i .69 (M); sumienność – .76 (K i M); otwartość – .44 (K) i 0,50 (M); ugodowość – .63 (K) i .56 (M). Nie oceniono stabilności czasowej polskiej wersji.

Cechy układu nerwowego mierzone Kwestionariuszem Temperamentu PTS (Strelau i Zawadzki, 1998). Kwestionariusz składa się z 57 pozycji i umożliwia pomiar: siłę procesu pobudzenia (SPP), siłę procesu hamowania (SPH), ruchliwość procesów nerwowych (RPN) oraz równowagę procesów nerwowych (RW). Ten ostatni pomiar wyraża się stosunkiem SPP do SPH. Poziom rzetelności trzech podstawowych skali kwestionariusza, mierzony współczynnikiem α Cronbacha, wynosił dla skali SPP = .80, SPH = .71, RPN = .83. Oceniona po 2 tygodniach stabilność skali okazała się zadowalająca i wynosiła odpowiednio: .76, .60 i .78.

WYNIKI

Badaniami objęto 833 osoby; w grupie tej były tylko 2 kobiety. Z powodu zbyt małej liczby kobiet kwestionariusze przez nie wypełnione wyłączono z analizy. Wiek badanych mężczyzn zawierał się w granicach 18 do 50 lat ($x = 25.6$; $\sigma = 5.59$). Badani pracowali w policji od 1 do 25 lat ($x = 6.9$; $\sigma = 4.96$). Przeważała grupa osób ze średnim wykształceniem (91.7%). Z wyższym wykształceniem było 6.2% osób; zasadnicze wykształcenie miało tylko 2.1% badanych. Prawie 2/3 badanych (64.9%) było żonatych; kawalerów było 33.2%; rozwiedzionych i wdowców – 1.9%.

Ponieważ w celu zapewnienia poufności wyników pozwolono badanym wkładać wypełnione kwestionariusze i testy do koperty, którą badany sam zaklejał, zdarzało się, że nie wszystkie kwestionariusze zostały wypełnione w całości bądź w takiej części, która umożliwiała obliczenie wyników. Dlatego w kolejnych tabelach występuje różna liczba osób, których wyniki poddane były analizie.

Tabela 1
Parametry rozkładu wyników Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy ($N = 821$)

Poziom postrzeganej stresogenności pracy	\bar{x}	σ	skośność
134.10	39.12	.804	

W tabeli 1 przedstawiona jest charakterystyka rozkładu wyników uzyskanych za pomocą Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy. Średnia wartość dla całej grupy świadczy o tym, że badani ocenią swoją pracę jako wysoce stresogenną. Potwierdza to powszechnie panującą opinię o tym, że praca policjanta, zwłaszcza w tych wydziałach, z których rekrutowali się badani, jest związana z doświadczaniem wysokiego stresu. Porównując tę średnią ze średnią oceną stresogenności 47 różnorodnych zawodów (Dudek, Waszkowska, 1997), badani przez nas policjanci znacznie przewyższają pod względem odczuwanego stresu porównywane grupy zawodowe. Ten wysoki wynik znajduje swoje potwierdzenie w innych badaniach prowadzonych w grupie policjantów z tych samych wydziałów komendy łódzkiej, przy zastosowaniu tej samej metody oceny stresu. Średnie wartości dla policjantów z wydziału prewencyjnego wynosiła 135.4, a z wydziału dochodzeniowego 133.8 (Dudek i Merecz, 1999).

W tabeli 2 przedstawiono dane obrazujące charakterystykę rozkładu wyników uzyskanych za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej oraz współczynniki korelacji pomiędzy poczuciem koherencji (z uwzględnieniem jego komponentów) a poziomem odczuwanego stresu. Stosunkowo niskie współczynniki skośności upoważniają nas do obliczania siły związku za pomocą

Tabela 2

Parametry rozkładu wyników uzyskanych za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej Antonovsky'ego oraz współczynniki korelacji komponentów i wyniku ogólnego z poziomem postrzeganej stresogenności pracy ($N = 821$)

Poczucie koherencji	\bar{x}	σ	skośność	współczynniki korelacji ze stresem
Zrozumiałość	49.0	9.54	.041	-.48***
Sterowalność	50.7	8.29	-.364	-.53***
Sensowność	43.2	7.02	-.508	-.42***
Wynik ogólny	142.9	22.17	-.187	-.54***

*** $p < .001$

wzoru r Pearsona. Otrzymane wyniki potwierdzają hipotezę 1. W miarę wzrostu poczucia koherencji osób badanych, zmniejsza się ich poziom postrzeganej stresogenności pracy. Analiza współczynników korelacji wskazuje, że ta tendencja najsielniej występuje w przypadku Sterowalności (-.53, $p < .001$). W porównaniu z innymi cechami osobowości, poczucie koherencji koreluje najsielniej z postrzeganiem stresogenności pracy.

Wyniki zawarte w tabeli 3 potwierdzają hipotezę 2. Poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) koreluje ujemnie z odczuwaniem stresu w pracy ($r = -.22$, $p < .001$). Siła tego związku jest jednak słaba.

Tabela 3

Parametry rozkładu wyników uzyskanych za pomocą Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności Schwarzera oraz współczynnik korelacji z poziomem postrzeganej stresogenności pracy ($N = 821$)

Poczucie własnej koherencji	\bar{x}	σ	skośność	współczynniki korelacji ze stresem
31.6	3.28	.115		-.22***

*** $p < .001$

W tabeli 4 znajdują się dane dotyczące związku między cechami osobowości zaliczonymi do tzw. Wielkiej Piątki a oceną stresogenności pracy. Potwierdzona została kolejna hipoteza, w której zakładano pozytywny związek między poziomem neurotyczności a subiektywną oceną stresu w pracy. Siła tego związku jest słabsza niż związku między poczuciem koherencji a oceną stresu, natomiast jest znacznie większa, gdy porównamy ją z wielkościami współczynników korelacji pozostałych zmiennych osobowościowych z oceną stresu. Ekstrawersja, ugodowość i sumienność korelują negatywnie z odczuwaniem stresogenności pracy, tzn. osoby o wyższym nasileniu tych cech mają tendencję do słabszego odczuwania stresu. Współczynniki korelacji

Tabela 4

Parametry rozkładu wyników uzyskanych za pomocą testu NEO-FFI Costy i McCrae oraz współczynniki korelacji cech osobowości z poziomem postrzeganej stresogenności pracy ($N = 821$)

Cechy osobowości	\bar{x}	σ	skośność	współczynniki korelacji ze stresem
Neurotyczność	27.9	5.57	.627	-.41***
Ekstrawersja	39.5	6.15	.345	-.16***
Otwartość na doświadczenie	33.2	5.36	.630	-.03
Ugodowość	35.5	5.58	.754	-.20***
Sumienność	42.7	6.14	-.339	-.24***

*** $p < .001$

sa istotne statystycznie, lecz świadczą o słabej zależności. Natomiast otwartość na doświadczenie, najsilniej ze wszystkich cech związana z cechami intelektu (Zawadzki i in., 1998), okazała się być nie skorelowana z oceną stresogenności pracy. Otwartość rozumiana jako ciekawość poznawcza, tolerancja wobec nowości nie wpływa na ocenę stresogenności zdarzeń rutynowo występujących w pracy. Być może cecha ta chroni przed odczuwaniem silnej stresogenności nowych zjawisk, nowych doświadczeń.

Cechy układu nerwowego, determinujące temperament osób badanych, korelują ujemnie z oceną stresogenności pracy na średnim poziomie (patrz tabela 5). Osoby cechujące się silnym układem nerwowym, zarówno w zakresie siły procesów pobudzenia jak i hamowania, wykazują skłonność do słabszego odczucia stresogenności pracy ($r = -.34$; $r = -.32$) niż osoby o przeciwnie charakterystyczne OUN. Również osoby

charakteryzujące się wyższą ruchliwością procesów nerwowych wykazują odporność na stres w pracy, jeżeli przez odporność rozumiemy słabsze odczuwanie oddziaływania na jednostkę tych samych elementów pracy ($r = -.32$). Zatem wyniki przedstawione w tabeli 5 potwierdzają hipotezy 4 i 5, w których zakładano istnienie ochronnej roli siły układu nerwowego i ruchliwości procesów nerwowych przed odczuwaniem stresu w pracy.

Powyżej analizowano związki poszczególnych cech osobowości z postrzeganiem stresogenności pracy. Tymczasem wiadomo, że cechy osobowości korelują ze sobą, mają wspólne źródło wariancji. O tym, że z taką sytuacją mamy do czynienia w naszym badaniu przekonują dane zawarte w tabeli 6. Ponadto, cechy osobowości mogą w sposób interakcyjny wspólnie wyznaczać poziom odczuwanego stresu. Aby odpowiedzieć na pytania o rolę osobowości i ważności poszczególnych cech w kształtowaniu poczucia stresu, należy przeprowadzić wielozmiennową analizę regresji. Do analizy wybrano 10 cech osobowości. Nie uwzględniono komponentów poczucia koherencji, ponieważ bardzo wysoko korelują one z ogólnym wynikiem kwestionariusza.

Odpowiednie dane ukazujące wyniki analizy regresji przedstawione są w tabeli 7. Wynika z nich, że analizowane w badaniu cechy osobowości determinują poziom postrzeganej stresogenności pracy w 36%. W pozostałej części postrzeganie stresogenności pracy zależy od innych zmiennych, takich jak: obiektywne zróżnicowanie wymagań pracy, inne nie wzięte pod uwagę cechy osobowości, aktualny stan osoby badanej i błąd pomiaru. Spośród 10 analizowanych cech osobowości, tylko trzy wnoszą istotny wkład w wyjaśnienie zmienności postrzeganej stresogenności pracy. W największym stopniu ocena stresogenności zależy od poczucia koherencji (współczynnik korelacji cząstkowej $r_p = .40$). Osoby z wyższym poczuciem koherencji mają skłonność oceniać swoją pracę jako mniej stresogenną. Ta cecha osobowości w 32% decyduje o ocenie stresogenności pracy (patrz tab. 8).

Drugą cechą pod względem stopnia determinacji zmiennej zależnej jest neurotyczność ($r_p = .17$). Wraz z nasileniem się tej cechy, nasila się tendencja osób do postrzegania zwiększonej stresogenności pracy. Dodanie jej w drugim kroku do równania regresji (tab. 8) podnosi poziom wariancji wyjaśnionej zmiennej zależnej (ocenę stresogenności) o około 3%.

Trzecią cechą, która wnosi swój specyficzny udział w wyjaśnianiu wariancji postrzeganej stresogenności pracy jest siła procesów pobudzenia mierzona kwestionariuszem PTS. Cecha ta wprowadzona w trzecim kroku do równania regresji zwiększa poziom wariancji wyjaśnionej o około 1%. Wzrost jest niewielki, ale istotny statystycznie i dlatego zasługuje na uwagę.

Wspólny wpływ pozostałych zmiennych na postrzeganie stresogenności pracy jest bardzo mały. Jego

Tabela 5

Parametry rozkładu wyników uzyskanych za pomocą Kwestionariusza Temperamentu PTS Strelau'a oraz współczynniki korelacji mierzonych wymiarów z poziomem postrzeganej stresogenności pracy ($N = 803$)

Cechy układu nerwowego	\bar{x}	σ	skośność	współczynniki korelacji ze stresem
Siła procesów pobudzenia	53.1	7.56	.049	-.34***
Siła procesów hamowania	52.9	7.06	-.098	-.32***
Ruchliwość procesów nerwowych	54.4	7.38	-.223	-.32***

*** $p < .001$

Tabela 6

Macierz współczynników korelacji między mierzonymi w badaniu zmiennymi osobowościovymi

	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2
SOC	1. Zrozumiałosć	.41	.44	.44	.37	.31	.15	.25	-.44	.40	.89	.60
	2. Sterowność	.41	.43	.45	-.34	.30	.16	.29	-.44	.42	.92	.74
	3. Sensowność	.38	.36	.42	.39	.30	.21	.36	-.35	.40	.85	X
	4. Ogólny	.45	.47	.49	.42	.34	.19	.33	-.47	.45	X	
	5. Skuteczność	.39	.36	.45	.37	.30	.29	.38	-.16	X		
NEO-FFI	6. Neurotyczność	-.33	-.33	-.30	-.19	-.05*	.07	-.03*	X			
	7. Ekstrawersja	.49	.27	.49	.60	.56	.49	X				
	8. Otwartość	.27	.19	.26	.39	.49	X					
	9. Ugodowość	.33	.31	.34	.61	X						
	10. Sumienność	.48	.41	.45	X							
PTS	11. SPP	.76	.62	X								
	12. SPH	.66	X									
	13. RPN	X										

Wszystkie współczynniki korelacji, poza oznaczonymi *, istotne na poziomie co najmniej $p < .05$;
 SOC – poczucie koherencji; SPP – siła procesów pobudzenia,
 SPH – siła procesów hamowania, RPN – ruchliwość procesów nerwowych

Tabela 7

Wyniki równania regresji wykonanej metodą Enter między zmiennymi osobowościovymi a postrzeganiem stresogenności pracy

Nazwa zmiennej	β	Współczynnik korelacji cząstkowej (r_p)	Poziom istotności statystycznej	R^2 dla całego równania
Poczucie koherencji (wynik ogólny – SOC)	-.458	-.40	$p < .001$	
Poczucie własnej skuteczności	.54	.06	ni.	
NEO-FFI	Neurotyczność	.170	.17	$p < .001$
	Ekstrawersja	.028	.02	ni.
	Otwartość	.012	.01	ni.
	Ugodowość	.048	-.04	ni.
	Sumienność	.032	.03	ni.
PTS	SPP	-.129	-.09	$p < .06$
	SPH	.040	.03	ni.
	RPN	-.032	-.02	ni.

wielkość można ustalić, porównując R^2 dla III kroku (tab. 8) z R^2 dla równania obejmującego 10 zmiennych (tab. 7). Odpowiednia różnica wynosi .005, co oznacza, że pozostałe 7 cech osobowości wyjaśniają .5% wariancji zmiennej zależnej.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Ocena stresogenności wymagań, jakie jednostka napotyka w swoim otoczeniu, zależy od właściwości jednostki, wśród których istotną rolę odgrywają cechy osobowości i temperamentalne (Strelau, 1996). Badacze wykorzystujący transakcyjny model stresu traktują zmienne osobowościowe w dwojakim sposobie: a) analizują ich rolę w procesie oceny pierwotnej i/lub b) próbują wyjaśnić ich modyfikujący wpływ na relację stres – zdrowie (Payne, 1988; Cox, 1993). W niniejszym artykule nawiązano do pierwszego podejścia. Podjęto próbę określenia, w jakim stopniu cechy osobowości, poprzez swój wpływ na proces oceny pierwotnej, decydują o poziomie oceny stresogenności pracy. Wykorzystano w tym celu badania nad stresem traumatycznym w policji. Dobór cech uwzględnionych w badaniu wynikał z ich związku z mechanizmami tworzenia się zespołu zaburzeń po stresie urazowym (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) (Everly, 1995). Ponieważ teorie psychologiczne zakładają istotną rolę struktur poznawczych w powstawaniu PTSD, wybrano cechy osobowości, które są efektem ukształtowania się specyficznych struktur poznawczych, tj. poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności. Teorie neurologiczne upatrują przyczyny PTSD w utworzeniu się w wyniku doświadczenia zda-

rzenia traumatycznego trwałych struktur nerwowych, podtrzymujących nadmierną wrażliwość OUN na pewną klasę bodźców. Można założyć, że cechami osobowości sprzyjającymi bądź utrudniającymi tworzenie się nadwrażliwości mogą być takie cechy, jak neurotyczność, ekstrawersja i cechy temperamentalne. Ponieważ w programie badawczym nastawionym na określenie czynników ryzyka powstawania PTSD mierzono również subiektywną ocenę stresorów występujących w pracy, powstała sposobność poszukania odpowiedzi na postawione powyżej pytanie. To tłumaczy fakt, że w badaniu pominięto takie zmienne, jak: umiejscowienie kontroli, optymizm, które są ważnymi modyfikatorami chronicznego stresu w pracy.

Badacze stresu zwykle uwzględniają w swoich badaniach jedną cechę osobowości, którą uważają za najważniejszą z punktu widzenia jej roli w kształtowaniu procesu stresu (Payne, 1988). Niniejsze badania należą do tych mniej licznych, w których sprawdza się rolę (wagę) kilku zmiennych osobowościowych równocześnie. Uzyskano dzięki temu lepsze podstawy do określenia stopnia, w jakim osobowość, jako pewna całość, decyduje o skutkach oceny pierwotnej w postaci oceny poziomu stresogenności pracy oraz które cechy w większym stopniu niż inne decydują o ocenie stresogenności wymagań pracy.

Badania wykazały, że uwzględnione zmienne osobowościowe tłumaczą w 36% wariancję oceny stresogenności pracy. Można przypuszczać, że gdyby włączono do badań jeszcze inne cechy osobowości, ten procent mógłby być większy, ale należy sądzić, że nie dużo większy, ponieważ uwzględniono w badaniu

Tabela 8
Wyniki równania regresji wykonanej metodą Forward między zmiennymi osobowościowymi a postrzeganiem stresogenności pracy

Krok	Nazwy zmiennych oraz współczynniki β i korelacji cząstkowej (r_p)				R^2	Przyrost R^2	
I	SOC				.321	–	
	b		-.567				
II	r_p		.570		.347	.026**	
	SOC						
II	β		-.474		β		
	r_p		-.460		r_p		
II	SOC		Neurotyczność		SPP		
	β	-.439	β	.174	β	.091	
	r_p	-.410	r_p	.180	r_p	.100	

** – $p < .001$; * – $p < .05$; SOC – poczucie koherencji (wynik ogólny); SPP – siła procesu pobudzenia

podstawowe wymiary osobowości, np. Wielką Piątkę. Biorąc pod uwagę fakt, że na ocenę stresogenności wymagań pracy mają wpływ jeszcze inne zmienne, tj. obiektywna różnica w poziomie wymagań na różnych stanowiskach, inne niż osobowość różnice indywidualne (uzdolnienia, wiedza, potrzeby itp.) oraz aktualny stan fizyczny i psychiczny osób badanych, należy uznać otrzymany procent wariancji wyjaśnionej za bardzo duży. Świadczy on o bardzo ważnej roli osobowości w determinowaniu oceny stresorów zawodowych. Rację ma zatem O'Hanlon (1987) gdy mówi, że stresory są w znacznym stopniu tworami ludzkiego umysłu. Zatem w badaniach, w których próbuje się ocenić związek między psychospołecznymi warunkami pracy a zdrowiem pracowników (lub innymi skutkami stresu), nie można pominąć bądź określonego zestawu zmiennych osobowościowych, bądź subiektywnej oceny stresu, która w istotnym stopniu ujmuję już wpływ osobowości na otrzymane wyniki, bo wtedy nie kontroluje się bardzo ważnego źródła wariancji.

Spośród dziesięciu zmiennych osobowościowych zastosowanych w badaniu, tylko trzy wnoszą istotny udział w wyjaśnianiu wariancji subiektywnej oceny stresorów. Udział ten wynosi 35.4%, co stanowi 98.6% wariancji wyjaśnionej przez wszystkie zastosowane w badaniu zmienne osobowościowe. Wynika to z faktu, że cechy osobowości korelują ze sobą i to w stopniu stosunkowo wysokim (patrz macierz współczynników korelacji w tab. 6). Każda z nich wnosi zatem do wariancji zmiennej zależnej, którą jest ocena stresogenności pracy, swój specyficzny udział oraz wspólny dla kilku cech.

Z uzyskanych danych wynika, że jeżeli w badaniach zamierza się kontrolować wpływ osobowości na proces stresu, wystarczy mierzyć kilka (w naszym przypadku trzy) najważniejszych cech osobowości. Sprawą otwartą pozostaje kwestia, które zmienne osobowościowe uznać za najważniejsze. Badacze stresu najczęściej stosowali pomiar neurotyczności, umiejętności kontroli i wzór zachowania typu A, wykazując istotną rolę tych zmiennych w wyjaśnianiu subiektywnej oceny stresogenności wymagań (Payne, 1988). W naszych badaniach najważniejsze w wyjaśnianiu zróżnicowania postrzegania stresorów w pracy okazały się trzy zmienne: poczucie koherencji, neurotyczność i siła procesów pobudzenia. Pierwsza z tych zmiennych tłumaczyła największą część wariancji zmiennej zależnej (32.1%). Pozostałe dwie zmienne wyjaśniały znacznie mniejszy procent wariancji; odpowiednio: 2.6% i 7%. Zaskakujący jest niski udział neurotyczności w determinowaniu subiektywnej oceny stresorów. Zgodnie z definicją tej cechy i wynikami innych badań, spodziewano się większej roli tej cechy w wyjaśnianiu zmienności subiektywnej oceny wymagań pracy.

Tę zdecydowaną przewagę poczucia koherencji nad neurotycznością i siłą procesów pobudzenia w wyja-

sznaniu zmienności postrzegania stresorów można tłumaczyć dwojako: a) poczucie koherencji jest zmienną obejmującą różne aspekty funkcjonowania jednostki, jest zatem zmienną dość złożoną, bardziej niż inne mierzone zmienne i dlatego może obejmować sporą część wariancji innych zmiennych osobowościowych; b) wykorzystany w analizie regresji metodą krokową program statystyczny rozpoczyna obliczanie wskaźników determinacji (R^2) od zmiennej niezależnej, najsilniej skorelowanej ze zmienną zależną. W naszych badaniach było to poczucie koherencji; w związku z czym ta zmienna już w pierwszym kroku analizy regresji wykorzystała swój specyficzny udział w wyjaśnianiu wariancji zmiennej zależnej oraz udział, który wynika ze wspólnego źródła wariancji podzielanego z innymi zmiennymi. Dlatego jej udział w wyjaśnianiu postrzegania stresogenności pracy jest przeszacowany. W następnych krokach wprowadzane zmienne wnosiły już tylko swój specyficzny udział w wyjaśnianie zmiennej zależnej.

Być może o ważności analizowanych zmiennych dla oceny stresogenności pracy lepiej informują nas współczynniki korelacji cząstkowej. Współczynnik ten, który mówi o „czystym” związku między zmienną niezależną i zależną, z wyłączeniem wpływu innych zmiennych, dla poczucia koherencji wynosi -.40 (patrz tab. 7) i jest on tylko ponad dwukrotnie większy niż współczynnik korelacji cząstkowej dla neurotyczności ($r_p = .17$). Również ten sposób oceny wagii poczucia koherencji w kształtowaniu poziomu subiektywnie postrzeganej stresogenności pracy wskazuje na dominującą rolę tej cechy osobowości.

Podsumowując, wyniki potwierdziły przyjęte w badaniu główne założenie, mówiące o bardzo ważnym znaczeniu osobowości w kształtowaniu postrzegania stresorodności wymagań związanych z pracą oraz zweryfikowały pozytywnie bardziej szczegółowe hipotezy wskazujące na istotną rolę w procesie oceny pierwotnej takich zmiennych, jak: poczucie koherencji, neurotyczność, siła procesów pobudzenia. Nie potwierdzone zostały hipotezy zakładające związek z procesem oceny stresogenności pracy takich zmiennych, jak: poczucie własnej skuteczności i ruchliwość procesów nerwowych. Zmienną, która w najwyższym stopniu determinowała postrzeganie stresogenności było poczucie koherencji.

LITERATURA

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco – London: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science Medicine*, 36, 6, 725-733.

- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i Ska.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bigam, F.H., Powier, K.G., Macdonald, R.R., Carcary, W.B., Moodie, E. (1997). Self-perceived occupational stress and distress in Scottish police force. *Work and Stress*, 11, 2, 118-133.
- Brown, J.M., Campbell, E.A. (1994). *Stress and policing. Sources and strategies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1989). Personality stress and coping: some lessons from a decade of research. W: K.S. Markides, C.L. Cooper (red.), *Aging, Stress and Health* (s. 269-283). Chichester: John Wiley & Sons.
- Cox, T. (1993). *Stress research and stress management: Putting theory to work*. HSE Contract Research Report No. 61/1993. Sudbury: HSE Books.
- Dudek, B., Merecz, D. (1999). *Eksperymentalny program prewencji stresu zawodowego w policji – ocena skuteczności interwencji nastawionych na jednostkę i organizację*. Sprawozdanie etapowe SPR 04.10.33. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera.
- Dudek, B., Waszkowska, M. (1997). *Opracowanie systemu oceny ryzyka zdrowotnego związanego z narażeniem na psychospołeczne stresory występujące w miejscu pracy*. Sprawozdanie końcowe SPR IV.22.1, Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Dudek, B., Waszkowska, M., Hanke, W. (1999). *Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera.
- Everly, Jr.G.S. (1995). *Innovation in disaster and Trauma Psychology*. Maryland: Chevron Publishing Corporation.
- Fletcher, B. (1991). *Work, Stress and Life Expectancy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Frese, M., Zapf, D. (1988). Methodological issues in the study of work stress: Objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. W: C.L. Cooper, R. Payne (red.), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (s. 375-411). Chichester: John Wiley & Sons.
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzienensis. Folia Psychologica*, 4, 11-24. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Koniarek, J., Dudek, B., Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja the Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 36, 4, 491-502.
- Krzyna, I. (red.). (1999). *Psychologia a praktyka policyjna. Dotychczasowe doświadczenia i kierunki rozwoju kształcenia psychologicznego w szkołach policyjnych*. Szczytno: Wyższa Szkoła Policji.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag.
- O'Hanlon, J.F. (1987). Neurophysiological reactions to stress. W: R. Kalimo, M.A. El-Batawi, C.L. Cooper (red.), *Psychosocial factors at work and their relation to health* (s. 37-47). Geneva: WHO.
- Pasikowski, T. (1997). *Koncepcja salutogenezy Antonovsky'ego: Analiza psychologiczna i empiryczna weryfikacja wybranych założeń*. Nie opublikowana praca doktorska, Poznań: UAM.
- Payne, R., Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in Health Professionals*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Payne, R. (1988). Individual differences in the study of occupational stress. W: C.L. Cooper, R. Payne (red.), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (s. 209-232). Chichester: John Wiley & Sons.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freien Universität.
- Siegriest, J. (1991). Contributions of sociology to the prediction of heart disease and their implications of public health. *European Journal of Public Health*, 1, 10-21.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji pracy* (s. 88-132). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Strelau, J. (1998). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (1998). *Kwestionariusz Temperamentu PTS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Wrześniowski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Małgorzata Głoskowska-Sołdatow

Wybrane aspekty motywowania uczniów do nauki

W kręgu zainteresowań pedagogów od zawsze pojawiał się problem skuteczności działań edukacyjnych. Różne czynniki brane były pod uwagę. Stosunkowo mało uwagi poświęcało się i poświęca (zwłaszcza w praktyce pedagogicznej) problemowi motywacji.

Motywacja jako kwestia regulująca przebieg nauczania i uczenia się jest w polskiej szkole obszarem zaniedbanym, a podstawowym sposobem motywowania uczniów do uczenia się jest ocena szkolna, która traktowana jest jako główny instrument motywujący ucznia do pracy. Odebranie nauczycielowi tego narzędzia, nawet w klasach początkowych, budzi sprzeciw wśród nauczycieli i prowokuje działania przywracające, chociaż częściowo, oceny w stopniu (decyzją rad pedagogicznych w szkołach funkcjonującą oceny częstokrotnie w klasach I-III przy zachowaniu obligatoryjnie wprowadzonej opisowej oceny końcowej). To świadczy o tym, że nauczyciele wykorzystują głównie sposoby motywowania zewnętrznego (instrumentalnego), nie doceniając roli i znaczenia motywacji wewnętrznej.

To właśnie motywacja wewnętrzna, która organizuje aktywność podmiotu z uwagi na wybrany problem/czynność, stwarza możliwość wyboru działania, który uczeń traktuje za samodzielny (własny) oraz samo działanie związane z problemem lub czynnością wybraną, gdzie skutki działania mają znaczenie drugorzędne, powinna być instrumentem wykorzystywanym przez nauczyciela w pracy z uczniem. Czynności autonomiczne wywołują w uczniu takie stany jak ciekawość poznawcza, zaciekawienie, radość, satysfakcja – emocje typowe dla dziecka i zwykle towarzyszące podejmowanej przez nie aktywności.

Motyw pobudzają celową działalność człowieka i umożliwiają utrzymanie kierunkowej działalności przez określony czas, a pozytywny stosunek do nauki wzmacnia wykonywanie zadań z nią związanych. Motywację postrzega się jako główny czynnik zapewniający skuteczność podejmowanych przez ucznia działań.

Motywacja to proces regulacji, który pełni funkcję sterowania czynnościami tak, aby doprowadziły one do osiągnięcia określonego wyniku, którym może być zarówno zmiana zewnętrznego stanu rzeczy, jak zmiana w samym sobie, czy też zmiana własnego położenia¹.

Powszechnie uważa się, że motywacja może być:

1. wewnętrzna – wtedy pobudza do działania, które ma wartość samo w sobie; jej przykładem są indywidualne zainteresowania lub zamiłowanie do czegoś. Motywacja wewnętrzna w odniesieniu do sytuacji szkolnej wiąże się z przyjemnością czerpaną z nauki, większą ciekawością świata, z niższym poziomem lęku przed szkołą, z tendencją do głębszego przetwarzania informacji, angażowania do tego lepszych strategii, ze skłonnością do podejmowania zadań stanowiących wyzwanie dla człowieka, z lepszymi osiągnięciami w nauce;
2. zewnętrzna – kiedy stwarza zachętę do działania, które jest w jakiś sposób gratyfikowane, lub które pozwala na uniknięciu różnie rozumianej kary. Takiej motywacji sprzyja system ocen szkolnych, system nagród i kar, czy zbiór przepisów regulujących procedurę postępowania w określonej sytuacji;
3. pozytywna – polega na stworzeniu perspektyw coraz lepszego urzeczywistniania własnych celów w miarę spełniania oczekiwani otoczenia;
4. negatywna – opiera się na lęku, który pobudza do działania przez stwarzanie poczucia zagrożenia (np. publiczne ośmieszenie się, zła ocena).

Wiele jest teorii motywacji. Spośród wielu z nich można wskazać teorię A. Maslowa, który podkreśla potrzeby poznawcze jako swego rodzaju mechanizm motywacji. Wprawdzie nie wymienia on ich w hierarchii potrzeb podstawowych, ale przyznaje im wyjątkową rolę².

W nawiązaniu do teorii A.H. Maslowa, D. McGregora³ rozwinął koncepcję motywacji do pracy, która może być również zastosowana do analizy sytuacji nauczania. W swojej teorii przyjął założenia co do natury ludzkiej, z których wynika, że przeciętna jednostka ludzka w sposób wrodzony nie lubi pracy i robi wszystko, aby jej uniknąć. Człowiek unika podejmowania odpowiedzialności, woli być kierowany, ma stosunkowo niskie ambicje i pragnie przede wszystkim poczucia bezpieczeństwa (teoria X). Przeciwstawny zbiór założeń (teoria Y), zawiera poglądy, że ludzie są w większości twórczy, posiadają wyobraźnię

¹ J. Reykowski, *Emocje i motywacja*, [w:] *Psychologia*, T. Tomaszewski (red.), Warszawa 1975.

² A.H. Maslow, *Motywacja i osobowość*, przekł. J. Radziecki, Warszawa 1990.

³ D. Mc Gregor za: M. Łaguna, *Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna*, „Edukacja i Dialog” 1996, nr 1.

i pomysłowość, a wydatkowanie energii, wysiłek fizyczny i umysłowy, jest procesem naturalnym. W odpowiednich warunkach człowiek nie tylko jest odpowiedzialny, ale sam domaga się odpowiedzialności. Jeśli cele działania zaspokajają osobiste potrzeby człowieka (szacunek dla samego siebie, ciekawość, kompetencja), to ludzie będą wewnętrznie motywowani do podjęcia tego działania. McGregor twierdzi, że każda organizacja, a więc również szkoła, jest zbudowana zgodnie z pewnym zbiorem założeń co do natury ludzkiej.

Z kolei **teoria sprawiedliwości** opiera się na założeniu, że w motywacji ważnym czynnikiem jest indywidualna ocena sprawiedliwości czy zasadności otrzymanej przez osobę nagrody, przy czym każdy indywidualnie tę kwestię ocenia. Sprawiedliwość można określić jako stosunek nakładów pracy do uzyskiwanych nagród. Teoria sprawiedliwości mówi o tym, że motywacja jednostki jest skutkiem odczuwania przez nią zadowolenia z tego, co otrzymuje w zamian za poniesiony wysiłek.

Teoria oczekiwania mówi o tym, że ludzie wybierają określone zachowanie spośród różnych możliwości, aby uzyskać swoje cele. Założenia te są podstawą tzw. modelu oczekiwania, na który składają się trzy główne składniki:

- oczekiwania dotyczące wyników zachowań,
- wartość (siła motywacyjna),
- przewidywania dotyczące wysiłku i efektywności.

Według teorii oczekiwania poszczególne osoby mają motywację, jeżeli dostrzegają sprzyjającą im kombinację tego, co dla nich jest ważne i tego, czego oczekują jako nagrody za ich wysiłek. Zachowanie danej osoby w pewnym stopniu zależy od rodzaju oczekiwanych wyników.

Teoria wzmacniania kojarzona z nazwiskiem psychologa B.F. Skinnera, przedstawia, w jaki sposób w cyklicznym procesie uczenia się skutki poprzednich zachowań wpływają na postępowanie w przeszłości.

Według tego poglądu dobrowolne zachowanie (reakcja) danej osoby wobec danej sytuacji lub bodźca prowadzi do określonych skutków. Jeżeli takie skutki są pozytywne, osoba ta w przyszłości zapewne podobnie zareaguje na podobne sytuacje (i odwrotnie). Teoria wzmacniania wiąże się z doświadczeniami człowieka dotyczącymi dawnych bodźców – reakcji – skutków. Zgodnie z tą teorią człowieka cechuje motywacja, jeżeli jego reakcje na bodźce są konsekwentne i zgodne z dotychczasowymi wzorami zachowań. Teoria wzmacniania, podobnie jak teoria oczekiwania, kojarzy motywację i zachowania.

Modyfikacja zachowań stosuje teorię wzmacniania do zmiany zachowań ludzkich. Jeżeli chcemy zmienić zachowania jednostki, to powinniśmy zmienić skutki tych zachowań. We wzmacnieniu pozytywnym zachęca się do

pożądanych zachowań, czyli wzmacnia się je przez pozytywne skutki, takie jak pochwała czy w warunkach szkolnych – dobra ocena. W uczeniu się unikania ludzie zmieniają swoje zachowania, aby uniknąć nieprzyjemnych skutków, takich jak krytyka lub niska ocena.

Teoria wyznaczania celów skupia uwagę na procesie wyznaczania samych celów. Według psychologa Edwina Locke'a naturalna ludzka skłonność do wyznaczania celów i dążenia do ich osiągania jest przydatna jedynie wtedy, kiedy dany człowiek zarazem rozumie i akceptuje określony cel. Człowiek ma motywację, kiedy postępuje w sposób prowadzący go do osiągnięcia wyznaczonego celu, który został przez niego zaakceptowany i uznany za możliwy do osiągnięcia⁴.

Poszukując podstaw teoretycznych dla problematyki motywacji w odniesieniu do uczniów klas młodszych warto sięgnąć do teorii samookreślanego, motywacji i potrzeb⁵. Autorzy tej teorii koncentrują się na roli **motywacji wewnętrznej**, nazywanej przez nich „samoistną” i wskazują, że „samoistnie motywowane działanie to takie, które zachodzi samo przez sieć, tylko samo dla siebie, dla którego jedyną nagrodą są spontaniczne odczucia (*affects*) i towarzyszące im procesy poznawcze”⁶. Motywacja wewnętrzna, która przejawia się w tendencji do aktywnego uczenia się i twórczej aktywności polega na tym, że jednostka odczuwa zainteresowanie i zadowolenie ze swojej działalności. Taki rodzaj działania jest typowy dla dzieci w młodszym wieku szkolnym, i co podkreślają autorzy, ważne dla edukacji początkowej jest przyjęcie założenia, że człowiek jest zdolny do samoregulacji zachowań nie tylko dzięki motywacji (wrodzonej) wewnętrznej, ale również dzięki różnym rodzajom oddziaływań zewnętrznych.

Motywy odgrywają dużą rolę w uczeniu się, wpływając na jego efekty. Wszystkie rodzaje motywów mają jednakowe znaczenie, zależnie od okoliczności wpływ jednych lub innych okazuje się korzystniejszy. To, jaką rolę odgrywa w uczeniu się określona motywacja, zależy od innych cech jednostki,

4 Por.: A.L. McGinnis, *Sztuka motywacji*, przekł. S. Wojciechowski, Warszawa 1997; J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, *Kierowanie*, przekł. A. Erlich, Warszawa 1992.

5 Por.: E.L. Deci, R.M. Ryan, *The „What” and „Why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior*, “Psychological Inquiry” 2000, Vol. 11, No. 4, p. 227–268; R.M. Ryan, E.L. Deci, *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, “American Psychologist” 2000, p. 55; A. Tokarz, *Motywacja jako warunek aktywności twórczej*, [w:] *W poszukiwaniu zastosowań psychologii twórczości*, A. Tokarz (red.), Kraków 2005.

6 E.L. Deci, R.M. Ryan, za: A. Tokarz, *Motywacja jako warunek...*, op. cit.

7 E.L. Deci, R. M. Ryan, *The „What” and „Why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior*, “Psychological Inquiry” 2000, Vol. 11, No. 4, p. 227–268.

od zadań, wobec których staje i szeroko rozumianych warunków, w jakich odbywa się działanie.

W uczeniu się szkolnym szczególnie znaczenie przypisuje się **motywacji poznawczej** wpływającej na zainteresowania i dzięki temu przyczyniającej się chyba najbardziej do rozwoju umysłowego jednostki. Poprzez odpowiednie zabiegi dydaktyczno-wychowawcze motywację można kształtować, pobudzając subtelnie uczniów do odpowiednio ukierunkowanych wysiłków. Oddziaływanie takie okazuje się szczególnie skuteczne, uczeń bowiem podejmuje wówczas określone wysiłki nie dlatego, że coś zostało mu narzucone, ale w następstwie tego, że odczuwa określone potrzeby i – poprzez podejmowane działania – pragnie je zaspokoić.

Nietrudno dostrzec, że różne rodzaje motywacji wiążą się z różnymi potrzebami i zależnie od tego, które z nich okazują się najsilniejsze, taka lub inna motywacja odgrywa w uczeniu się rolę dominującą. Najczęściej więcej niż jeden motyw pobudza ucznia do działania i ukierunkowuje jego aktywność.

Aktywność jednostki uwidacznia się w działaniu na swoje zewnętrzne i wewnętrzne środowisko po to, by być efektywnym i zaspokajać swoje potrzeby, ale to działanie wymaga wsparcia społecznego. Próbując przenieść te założenia na grunt pedagogiki, należy w kontekście społecznym (edukacji) poszukiwać możliwości zachowania równowagi między naturalną dla dziecka motywacją wewnętrzną a sposobami oddziaływania, umożliwiającymi realizację potrzeb dziecka. To właśnie realizacja potrzeb kompetencji i autonomii jest podstawowym źródłem satysfakcji. Poczucie kompetencji odnośnie danej działalności oraz otrzymane z zewnątrz informacje potwierdzające te kompetencje (system nagród) nie wystarczą do wzrostu wewnętrznej motywacji do działania, bardziej według Deci'ego i Ryana potrzebne jest poczucie autonomii oraz poczucie sprawstwa i kontroli.

Coraz częściej eksponowana w problematyce edukacyjnej jest kategoria kompetencji. Jej obecność jest bezpośrednio związana z podejmowaniem kwestii funkcji kształcenia przez pryzmat pytań o możliwości kreowania potencjału ucznia, jako podmiotu działań edukacyjnych, dla jego aktywnego uczestnictwa w procesach społecznych. Sens kategorii **kompetencja** nie jest jednoznaczny – z jednej strony traktowana jest jako wynik edukacyjnej praktyki, z drugiej – jako indywidualny potencjał człowieka, angażującego całą sferę osobowości⁸. Drugie podejście do kompetencji zgodne jest ze rozumieniem kompetencji jako warunku konstruowania psychospołecznej tożsamo-

8 A. Męczkowska, *Od świadomości nauczyciela do konstrukcji świata społecznego*, Kraków 2002.

ści jednostki, jako zjawiska nieodłączne towarzyszącemu rozwojowi. Rozwój osobowej tożsamości nie jest procesem samorzutnym, ale rezultatem aktywności podmiotu, zależnej od stanu osiągniętej przez niego **autonomii**. Ta autonomia oznacza zdolność integracji wcześniejszych doświadczeń i wykraaczanie poza ich obszar, dzięki czemu podmiot samodzielnie konstruuje bardziej rozbudowane formy tożsamości⁹.

Na gruncie pedagogiki zdolność integracji wcześniejszych doświadczeń z nowymi wpisuje się w konstruktivistyczną teorię wiedzy i poznania, w której przyjmuje się, że wiedza jest indywidualnie konstruowana w społecznym kontekście, a uczenie się jest ciągłym procesem konstruowania, interpretowania i modyfikowania osobistych reprezentacji rzeczywistości, bazujących na indywidualnych doświadczeniach, uzyskiwanych w toku działania w tej rzeczywistości¹⁰.

Jednym z warunków niezbędnych do konstruowania wiedzy jest rozumienie znaczeń. Adaptacja dokonuje się za pośrednictwem asymilacji i akomodacji, które powinny znajdować się w stanie równowagi. Asymilacja to nic innego, jak dopasowanie nowych informacji do istniejących już struktur poznawczych i polega na włączaniu nowych informacji w obszar wiedzy, którą jednostka się posługuje, traktuje ją jako osobistą i oczywistą. Akomodacja rozumiana jest jako konieczność uwzględniania różnorodności atrybutów asymilowanych elementów.

Stan równowagi między asymilacją a akomodacją, traktowany przez J. Piageta jako inteligencja, jest formą biologicznej adaptacji, którą należy rozumieć jako samoregulujący się mechanizm, który zapewnia rozwijającemu się dziecku efektywne interakcje z otoczeniem.

Motywy pobudzają celową działalność człowieka i umożliwiają utrzymanie kierunkowej działalności przez określony czas, a pozytywny stosunek do nauki wzmacnia wykonywanie zadań z nią związanych. Motywację postrzega się jako główny czynnik zapewniający skuteczność podejmowanych przez ucznia działań¹¹.

Z punktu widzenia pedagogiki wczesnego dzieciństwa konieczność badania problematyki dotyczącej motywacji do uczenia się oraz rozwoju kompetencji temu sprzyjających wynika nie tylko z przesłanek poznawczych, co przede

9 L. Witkowski, *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erica H. Eriksona*, Toruń 1989.

10 Por.: G. Dryden, J. Vos, *Rewolucja w uczeniu się*, przekł. B. Jóźwiak, Poznań 2003; D. Klus-Stańska, *Konstruowanie wiedzy w szkole*, Olsztyn 2002.

11 B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, przekł. M. Babiuch, Warszawa 1998.

wszystkim – praktycznych. W wielu publikacjach naukowych wskazuje się na rolę i rangę motywacji wewnętrznej człowieka, natomiast odczuwalny jest brak publikacji o charakterze metodycznym, przekładających koncepcje teoretyczne na praktyczne działania edukacyjne, sprzyjające realizacji tego postulatu.

Uświadomienie nauczycielom sposobów wykorzystywania naturalnych dla dziecka cech dla podniesienia skuteczności ich działań i służących rozwojowi dziecka, powinno przełożyć się na praktyczne rozwiązania metodyczne.

Postulat „złotego środka” sformułowała A. Tokarz¹², odnosząc go, co prawda, do działań twórczych, zastanawiając się nad sposobami łączenia motywacji autonomicznej i instrumentalnej (autorka nie zgadza się ze stosowanymi nazwami: motywacja zewnętrzna i wewnętrzna). Punktem wyjścia do tych rozważań uczyniła charakterystykę wymienionych rodzajów motywacji.

Tabela 1. Charakterystyka motywacji autonomicznej i instrumentalnej

	Motywacja autonomiczna	Motywacja instrumentalna
Stymulatory	Doznanie Nowa informacja Poznanie czegoś Wyzwanie Zadanie stawiane samemu sobie	Ukierunkowanie Cel Zadanie Nakaz Przymus
Emocje, uczucia	Ciekawość Zdziwienie Emocje związane z JA	Emocje osoby działającej Poczucie skuteczności Poczucie kontroli
Emocje i uczucia tła	Emocje osoby działającej Poczucie skuteczności Poczucie kontroli	Ciekawość Zdziwienie Emocje związane z JA
Podstawowy mechanizm	Pozytywne sprzężenie zwrotne	Negatywne sprzężenie zwrotne
Efekt	Utrzymanie istniejących struktur	Wytwarzanie nowych stanów rzeczywistości
Źródło regulacji	Zaangażowanie JA Utożsamienie z zadaniem Samonapędzanie się	Zaangażowanie zadaniowe Zewnętrzne kary i nagrody Redukcja dążenia do osiągnięcia celu

Źródło: A. Tokarz, *Motywacja jako warunek aktywności twórczej*, [w:] *W poszukiwaniu zastosowań psychologii twórczości*, A. Tokarz (red.), Kraków 2005, s. 54

¹² A. Tokarz, *Motywacja jako warunek aktywności twórczej*, [w:] *W poszukiwaniu zastosowań psychologii twórczości*, A. Tokarz (red.), Kraków 2005.

Tym, co charakteryzuje motywację autonomiczną jest organizowanie aktywności podmiotu z uwagi na wybrany problem/czynność, wybór jest uważany za samodzielny; ważne jest samo działanie związane z problemem lub czynnością wybraną, skutki działania mają znaczenie drugorzędne, aktywność „napędza się sama”.

Z kolei organizowanie aktywności podmiotu z uwagi na dany cel lub zadanie jest typowe dla motywacji instrumentalnej. Ważny jest również efekt działania i jego skutki – które mają znaczenie pierwszorzędne. Aktywność regulowana jest przez kary i nagrody zewnętrzne lub/i wewnętrzne¹³.

Czy jest możliwa synergia między motywacją autonomiczną i instrumentalną? Z punktu widzenia pracy z dziećmi w młodszym wieku szkolnym warto zwrócić uwagę na niektóre aspekty motywacji, które winny mieć przełożenia na postulowane zmiany w rozwiązańach metodycznych, pamiętając o tym, że to, jaką rolę odgrywa w uczeniu się określona motywacja, zależy od indywidualnych cech jednostki, od celów i zadań, wobec których staje uczeń i warunków, w jakich odbywa się działanie. Z przeglądu badań wynika, że:

1. Zewnętrzne czynniki motywujące w postaci nagrody, zapłaty, współzawodnictwa czy ograniczenia obniżają wewnętrzną motywację aktywności. Dzieje się tak na skutek zmiany spostrzeganego umiejscowienia przyczyny działania (na zewnątrz, a nie wewnątrz podmiotu) oraz obniżenia związanego z tym poczucia sprawstwa, osobistego wpływu¹⁴.
2. Zauważono również, że możliwość wyboru, choćby nawet iluzoryczna, zwiększa motywację wewnętrzną.
3. W sytuacji, gdy człowiek jest motywowany zewnętrznie, wybiera najbliższą drogę, gdyż zwiększa to szansę uzyskania oczekiwanej nagrody zewnętrznej.
4. Przymus powoduje u wykonujących zadanie bunt i przekorę.
5. Powtarzanie sobie zdań podkreślających swoje mocne strony, sprzyja uwierzeniu we własne możliwości i dzięki temu lepsze samopoczucie, które z kolei zwiększając naszą wiarę w możliwość kontrolowania sytuacji, daje chęci do dalszej nauki.
6. Mniejszy nacisk na oceny zewnętrzne, włączenie elementów samooceny, sprzyja pojawiению się motywacji wewnętrznej i związanych z nią konsekwencji¹⁵.

¹³ Ibidem.

¹⁴ A. Tokarz, *Rola motywacji poznawczej w aktywności twórczej*, Wrocław 1985.

¹⁵ E.L. Deci, *Intrinsic motivation*, New York 1985.

7. Czynnikiem sprzyjającym pojawiению się motywacji wewnętrznej mogą być również techniki uczenia się wzajemnego przez uczniów, przekazywanie innym zdobytej wiedzy czy umiejętności. Techniki te wykorzystywane są często w aktywizującym podejściu do nauczania.
8. Maria Braun-Gałkowska uznaje zainteresowania za podstawowy motyw działania. Jednocześnie zauważa, że zależność między aktywnością poznawczą a zainteresowaniami ma charakter sprzężenia zwrotnego: zainteresowanie pobudza aktywność, ale jednocześnie aktywne działanie związane z przedmiotem poznania, które jest stymulowane przez metody aktywizujące, pobudza zainteresowanie¹⁶.

Wskazanie sposobów, zasad motywowania uczniów oraz wskazanie czynników wpływających na motywację uczniów do podejmowania czynności edukacyjnych powinno być punktem wyjścia do opracowania rozwiązań praktycznych, poszukujących możliwości wykorzystania zarówno motywacji wewnętrznej (autonomicznej) i zewnętrznej (instrumentalnej) poprzez rozwijanie kompetencji uczniów. Do tego może przyczynić się:

- preferowanie działań, które mają charakter działań twórczych,
- stwarzanie sytuacji do dokonywania wyboru przez uczniów,
- preferowanie aktywnych form uczenia się,
- organizowanie zajęć dydaktycznych w sposób, który daje uczniom możliwość odniesienia sukcesu (dla człowieka odczuwającego potrzebę sukcesu, sukces ważny jest sam przez się – wtedy nie zwraca się uwagi na jakiekolwiek korzyści),
- indywidualizacja nauki domowej – wykorzystanie indywidualnego potencjału ucznia,
- stosowanie poszukującego toku nauczania – wykorzystanie różnych źródeł wiedzy,
- odwoływanie się do tego co uczeń wie, co go interesuje – wykorzystywać wiedzę osobistą uczniów,
- utrzymanie i właściwe ukierunkowanie naturalnej ciekawości poznawczej uczniów,
- tworzenie sytuacji sprzyjających pozytywnym przeżyciom emocjonalnym i pozytywnemu nastawieniu do działania,
- budowanie w dzieciach poczucia własnej wartości i podkreślanie mocnych strony ucznia.

¹⁶ A. Braun-Gałkowska za: M. Łaguna, *Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna*, „Edukacja i Dialog” 1996, nr 1.

Należy mieć nadzieję, że wraz z wyraźną tendencją do odwrócenia proporcji między nauczaniem a uczeniem się w procesie edukacji (na rzecz uczenia się) motywacja wewnętrzna obok stosowanej powszechnie motywacji zewnętrznej znajdzie w niej należne miejsce.

SUMMARY: *Chosen aspects of giving reasons of schoolboys to learning*

This paper constitutes an overview dedicated to the role of motivation, as a major factor in the learning process. It covers the mechanism and determinants of the phenomenon of intrinsic motivation, presented as the element facilitating the learning process, nevertheless, not applied in the educating processes to the desired extend. The author presents the comparative study of the inner and outer motivation, and draws attention to the practical possibilities of applying motivation into the learning processes.

Anna Adamus-Matuszyńska

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych
e-mail: adamus@ue.katowice.pl
tel. +48 601 525 216

Konflikt w społeczeństwie a emocje człowieka

Streszczenie. Konflikt, zarówno jako zjawisko społeczne, jak i przedmiot badań naukowych, jest związany z emocjami. Rolę emocji w sytuacjach konfliktowych podkreśla wielu badaczy i analityków życia społecznego, wskazując na ich znaczenie jako bezpośrednich lub pośrednich przyczyn konfliktu, dostrzegając ich wpływ na przebieg konfliktu oraz oddziaływanie na zachowania ludzi, ale także na rozwiązywanie konkretnego antagonizmu. Celem prezentowanego artykułu jest próba interpretacji teorii konfliktu z punktu widzenia socjologii emocji. Autorzy pracy *Socjologia emocji* dokonali analizy teoretycznej emocji w następujących, dość luźno dobranych, stanowiskach socjologicznych: teorii dramaturgicznych i kulturowych, teorii rytuału, interakcjonizmu symbolicznego, wymiany, strukturalnych i ewolucyjnych. Pominęli z nieznanych powodów teorie konfliktu. Dlatego pytaniem badawczym stawianym w artykule jest zagadnienie, w jakim stopniu teorie konfliktu wyjaśniają dynamikę emocjonalną oraz w jaki sposób emocje determinują wybuch i przebieg konfliktu. Bezpośrednim powodem analizy jest esej Dominique'a Moisiego pt. *Geopolityka emocji*. Autor stawia tezę, że nie można zrozumieć dzisiejszego świata, w tym istniejących konfliktów, bez analiz kształtuujących go emocji. Dlatego próba socjologicznej konceptualizacji emocji w teorii konfliktu może być formą weryfikacji tez Moisiego.

Słowa kluczowe: konflikt, emocje, dynamika emocji, dynamika konfliktu

Wprowadzenie

Konflikt jest nieodłącznym elementem szeroko rozumianego życia społecznego, a historia myśli społecznej ujawnia wiele prób analizy tego zjawiska. Literatura specjalistyczna jednak nie dostarcza jednoznacznych rozstrzygnięć kwestii

związanych ze spornymi sytuacjami. O konfliktach piszą psycholodzy, socjolodzy, politolodzy, ekonomiści, specjaliści od zarządzania oraz wielu innych badaczy różnych naukowych dyscyplin.

Konflikt, jako przedmiot zainteresowania myślicieli, jest bez mała wieczny. Powszechnie powtarzany aforyzm Heraklita: „Wojna jest ojcem wszystkich rzeczy” to pewien symboliczny początek refleksji wokół znaczenia sporu w życiu społecznym. Zagadnienie konfliktu jest przedmiotem rozważań od tysięcy lat, chociaż metodyczne studia nad tym zjawiskiem społecznym rozpoczęto dopiero w XX wieku, kiedy konflikt, a przede wszystkim wojna, ujawniły swoją globalną, niszczycielską siłę. W socjologii systematyczne rozważania nad konfliktem podjął Georg Simmel, postawiwszy tezę, że skoro każde wzajemne oddziaływanie między ludźmi ma charakter uspołeczniający, to również i walkę trzeba uznać za uspołecznienie¹. Drugim inicjatorem rozważań nad znaczeniem konfliktu był Karol Marks, który, odmiennie niż Simmel, widział w nim raczej źródło zmian w systemie społecznym, traktował jako nieuniknioną i immanentną jego właściwość.

Rozważania naukowo-teoretyczne dotyczące sporów, konfliktów czy wojen znaleźć można w pracach wielu myślicieli niemal na całym świecie. Badania empiryczne nad konfliktem rozpoczęto zaś na początku lat 50. XX w., w wyniku których powstała odrębna dyscyplina naukowa w ramach szeroko rozumianych nauk społecznych². Założono wówczas czasopismo „Journal of Conflict Resolution”, uruchomiono także pierwsze centrum badań nad konfliktami (Center for Research in Conflict Resolution), co umożliwiło metodyczne badania nad tym zagadnieniem. Aleksandra Jasińska-Kania wyróżnia trzy podstawowe perspektywy teoretyczne, w ramach których poszukiwane są wyjaśnienia konfliktów etnicznych³. Ten podział można z powodzeniem wykorzystywać do analizy innych niż etniczne konfliktów. Pierwsza, to perspektywa socjobiologii, która wskazuje na genetycznie uwarunkowany charakter więzi etnicznych i potrzebę obrony tożsamości grupowej. Druga – perspektywa teorii racjonalnego wyboru, a trzecia – teoria modernizacji.

Definicji konfliktu jest niezmiernie dużo. Badacze różnych dyscyplin podejmują próby określenia tego, co rozumieją przez to pojęcie, często przyjmując za podstawę dyscyplinę, którą reprezentują albo wprost konkretny cel badawczy. Stąd definicje konfliktu mogą podkreślać jego wymiar polityczny, ekonomiczny, psychologiczny, biologiczny, antropologiczny czy socjologiczny. Podsumowując

¹ G. Simmel, *Spór*, w: idem, *Pisma socjologiczne*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2008, s. 223.

² Zob. J.A. Schellenberg, *The Science of Conflicts*, Oxford University Press, New York – Oxford 1982, s. 4.

³ A. Jasińska-Kania, *Trzy podejścia do źródeł konfliktów etnicznych i narodowych*, w: *Trudne sąsiedztwa. Z socjologii konfliktów narodowościowych*, red. A. Jasińska-Kania, WN Scholar, Warszawa 2001, s. 15 i dalsze.

liczne sposoby ujęcia zagadnienia konfliktu, można przyjąć, że jest to określony stosunek pomiędzy dwoma stronami zawsze reprezentowanymi przez ludzi, którymi mogą być jednostki, grupy, zbiorowości formalnie lub nieformalnie powiązane, zmierzające w określonym czasie do niedających się ze sobą pogodzić celów lub zmierzające do tego samego celu różnymi, sprzecznymi drogami. Konflikty zachodzą pomiędzy ludźmi, dlatego też każdy spór jest konfliktem społecznym.

Dwudziesty pierwszy wiek zmusza do pogłębianej refleksji dotyczącej sporów społecznych. Współcześnie poziom konfliktów międzynarodowych, konfliktów w skali makro, tak licznych w pierwszej połowie XX w., został zamieniony przez konflikty lokalne lub regionalne, a także spory wynikające z przemian cywilizacyjnych wykraczających poza znane z przeszłości konflikty walki o obronę wartości narodowych czy po prostu o przetrwanie. Dzisiaj: „Mniej popularne jest teraz myślenie w kategoriach szerszej wspólnoty lub mówienie o obowiązku obrony wspólnego dobra. Zamiast tego obecnie postrzegana jest zmiana nacisku na wzmacnianie mikrointeresów”⁴. Poziom narodowych wartości został zastąpiony wartościami jednostki (indywidualna kariera, sukces) lub wartościami grupowymi (np. kibice sportowi). Jak pisze Maria Hirschowicz: „Wiele konfliktów, które w przeszłości stanowiły oś walk politycznych, traci na znaczeniu, jednocześnie zaś inne konflikty, które miały charakter marginalny, przenoszą się niejako do centrum”⁵. W Polsce na początku lat 90. XX w. dominowały konflikty płacowe, dotyczące spraw socjalnych, wynikające z prywatyzacji i lęku przed nią pracowników. Dzisiaj, choć te ekonomiczne nadal mają znaczenie, spory dotyczą wartości, np. związków partnerskich, planów zagospodarowania terenu, np. antagonizmy wokół przebiegu autostrady, czy problemów o bardzo złożonym – społeczno-zarządczym – charakterze, jakim jest spór w polskiej służbie zdrowia. Konflikty nadal istnieją, ale zmieniają się wraz ze zmieniającymi się warunkami społecznego, politycznego i ekonomicznego życia.

Amerykański politolog Edward Azar zwraca uwagę na szczególny rodzaj współczesnego konfliktu nazywany przez niego – przewlekłym konfliktem (*protracted social conflict*). Wywoływany jest on przez zwielokrotnione czynniki, takie jak uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne, zmieniające się cele, zmieniające się aktorów konfliktu oraz brak jednoznacznego początku i końca⁶. Takim przykładem są na pewno konflikty etniczne czy religijne, ale także spory wokół wartości występujące w każdym społeczeństwie demokratycznym (np. spór czy

⁴ J. Babiuch-Luxmoore, Kościół i społeczeństwo w powojennej Europie Wschodniej, w: *W biegu czy zawieszeniu? Ludzie i instytucje w procesie zmian*, red. A. Frieske, W. Morawski, Wyd. Instytutu Socjologii UW, Warszawa 1994, s. 21.

⁵ M. Hirschowicz, *Stąd ale dokład. Społeczeństwo u progu nowej ery*, Wyd. Sic!, Warszawa 2007, s. 142.

⁶ E.E. Azar, *The Management of Protracted Social Conflict. Theory and Cases*, Dartmouth Publishing Company Ltd Aldershot, Aldershot 1990, s. 6.

raczej debata wokół *in vitro* to typowy przykład konfliktu wartości), które mają charakter przewlekłych antagonizmów. W naukach społecznych po II wojnie światowej wyróżniono odrębną dyscyplinę nazwaną studia nad konfliktami i pokojem. W literaturze francuskiej mówi się o *polemologii*, rozumianej jako nauka pozytywna studiuje konflikt we wszystkich jego aspektach, które nie mają normatywnych implikacji. Jednak próby tworzenia odrębnych nauk nie przyczyniają się do zmniejszenia liczby i gwałtowności konfliktów, a raczej do lepszego zrozumienia ich przyczyn, przebiegu i możliwych form rozwiązywania.

Keneth Boulding zauważa istotny metodologiczny problem w naukach zajmujących się konfliktami. Badania sytuacji antagonistycznych ze względu na świadomość ludzi negatywnych aspektów konfliktu zawsze mają charakter nauki normatywnej. Stąd proponowane inne nazwy dyscyplin zajmujących się konfliktami, jak na przykład: badania pokoju, rezolucja konfliktu (*conflict resolution*), zarządzanie konfliktami (*conflict management*), studia nad konfliktami (*conflict studies*). Dla uniknięcia metodologicznego problemu wynikającego z normatywności studiów nad sporami społecznymi Boulding proponuje wyróżnić dwie dyscypliny: *polemologię* jako naukę pozytywną analizującą przyczyny i przebieg sytuacji konfliktowych oraz dyscyplinę *zarządzanie konfliktami* jako dziedzinę podejmującą zagadnienia normatywne, czyli zalecenia dotyczące rozwiązywania konfliktów⁷. Jednak konflikt jest przede wszystkim zjawiskiem społecznym i jako taki powinien być badany. Dlatego zrozumienie zachowań jednostek i grup prowadzących do antagonizmów, lub też je rozwiązyjących, wymaga holistycznego wyjaśniania tego fenomenu.

Dziś badacze coraz częściej odwołują się do tak zwanych czynników „miękkich” lub subiektywnych, a więc takich, które niezbyt chętnie poddają się matematyczno-statystycznym metodom mierzenia lub racjonalnym algorytmom. Ludzkimi namiętnościami przez wieki zajmowali się głównie artyści, choć i badacze rzeczywistości społecznej od zarania poszukują odpowiedzi na pytanie, jaka jest rola namiętności w życiu człowieka i społeczeństwa. Konflikt zarówno jako zjawisko społeczne, jak i przedmiot badań jest związany z emocjami. Jak zauważał już Simmel, w sporze znaczną funkcję pełnią emocje. Niemiecki socjolog uznawał, że ich zaangażowanie wpływa bezpośrednio na gwałtowność konfliktu⁸. Rolę emocji podkreśla wielu innych badaczy i analityków życia społecznego, wskazując na ich znaczenie jako przyczyny konfliktu, ich wpływ na przebieg konfliktu oraz oddziaływanie na zachowania ludzi, ale także wpływ emocji na rozwiązanie konkretnego antagonizmu. Celem prezentowanego artykułu jest próba interpretacji teorii konfliktu z punktu widzenia socjologii emocji. Autorzy pracy pt. *Socjologia emocji* dokonali analizy teoretycznej emocji w następujących, dość luźno dobranych, stanowiskach socjologicznych: teorii dramaturgicznych i kul-

⁷ K.L. Boulding, *Future Directions in Conflict and Peace Studies*, w: *Conflict: Readings in Management and Resolution*, red. J. Burton, F. Dukes, The Macmillan Press, London 1990, s. 37.

⁸ J.H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*, PWN, Warszawa 1985, s. 197.

tuowych, teorii rytuału, interakcjonizmu symbolicznego, wymiany, strukturalnych i ewolucyjnych. Pominęły z nieznanych powodów teorie konfliktu. Dlatego pytaniem badawczym stawianym w artykule jest zagadnienie, w jakim stopniu teorie konfliktu wyjaśniają dynamikę emocjonalną oraz w jaki sposób emocje determinują wybuch i przebieg konfliktu. Powodem do tej analizy jest esej Dominique'a Moisiego *Geopolityka emocji*. Autor stawia tezę, że nie można zrozumieć dzisiejszego świata, w tym istniejących konfliktów, bez analizy kształtuujących go emocji. Dlatego próba socjologicznej konceptualizacji emocji w teorii konfliktu może być formą weryfikacji tez Moisiego.

1. Społeczne tworzenie emocji

Emocje, choć są typową cechą człowieka, przez całe lata były poza zainteresowaniem socjologów, pozostając przedmiotem rozważań psychologii lub/i biologii człowieka, nie zaś składnikiem rzeczywistości społecznej badanej przez socjologów⁹. Pod koniec XX w. zwrócono uwagę na proces społecznego tworzenia emocji. Dziś niektórzy socjologowie (przedstawiciele konstruktywizmu społecznego) uznają, że emocje są społecznymi konstruktami, to znaczy sposób doświadczania i wyrażania emocji uzależniony jest od socjalizacji, uczestnictwa ludzi w kulturze i strukturach społecznych¹⁰. Stanowisko to traktuje emocje jako cechę wyłącznie socjologiczną, nie biorąc pod uwagę, że emocje są powiązane, a nawet uzależnione od fizjologii oraz że sześć podstawowych emocji charakterystycznych jest, jak uważają psycholodzy¹¹, dla każdego człowieka niezależnie od urodzenia, pochodzenia czy cech charakteru, dlatego też nie mamy problemów z interpretacją tych emocji wyrażanych m.in. przez mimikę twarzy. Jak udowadniają w swoim wywodzie autorzy pracy *Socjologia emocji*, biologia wchodzi w interakcję z czynnikami kulturowymi i społecznymi, ale to nie wystarcza do uznania za prawdziwą tezę, że emocje są jedynie konstruktem kulturowym. Sześć podstawowych emocji to: szczęście, zdziwienie (zaskoczenie), smutek, strach, gniew i wstręt (odraza/pogarda)¹². Są one wbudowane w ludzką neuroanatomię, ponieważ miały wartość przystosowawczą dla ssaków, a potem dla naczelnych. Emocje dzieli się więc na dwie grupy: pierwotne (podstawowe) i wtórne (pochodne). Pierwotne to reak-

⁹ A. Jasińska-Kania podkreśla, że to tradycja Weberowska traktowania emocji jako „odchyleń” sprawiła, że zagadnienie to tak długo nie było przedmiotem zainteresowania socjologów. Zob. A. Jasińska-Kania, *Socjologiczne odkrywanie emocji*, „Kultura i Społeczeństwo”, 2006, r. L, nr 1-2, s. 43.

¹⁰ J.H. Turner, J.E. Stets, *Socjologia emocji*, WN PWN, Warszawa 2009, s. 16.

¹¹ P. Ekman, W.V. Friesen, *Constants across cultures in the face of emotion*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 1971, nr 17, s. 124-129.

¹² Liczba i jakość emocji pierwotnych nie jest uznawana przez wszystkich badaczy, którzy w swoich opiniach na ten temat różnią się.

cje na bodźce z otoczenia zaspokajające biologiczne potrzeby organizmu. Pełnią określone funkcje, np. strach wywołuje ucieczkę i ma chronić nasz organizm, złość niszczy przeszkodę w zaspokajaniu naszych potrzeb, a radość to budowanie związków z innymi ludźmi. Emocje wtórne mają charakter złożony, są mieszaną tych podstawowych, zaspokajają nasze potrzeby społecznego uznania i akceptacji w środowisku, wiedzy czy wartości. Są wypadkową dwóch leżących obok siebie emocji pierwotnych, np. złość plus radość daje dumę, smutek plus wstręt daje wyrzuty sumienia, nieszczęście, strach plus wstręt daje wstyd. Socjolodzy uważają, że emocje wtórne są w większym stopniu konstruowane społecznie, np. poczucia winy uczymy się na podstawie pierwotnej emocji strachu i wpisanych w kulturę społeczności reakcji na popełniane przez nas błędy. Ekspresja emocji pierwotnych jest „wbudowana” w człowieka i stosunkowo uniwersalna, to znaczy dzięki ekspresji w komunikowaniu niewerbalnym potrafimy rozpoznawać podstawowe emocje. Gesty wyrażające te emocje są jednak zdeterminowane przez socjalizację, i tak smutek może być odmiennie wyrażany w różnych kulturach, choć smutna osoba (co jest widoczne w mimice twarzy), która w żaden sposób się nie kontroluje, jest rozpoznawana niezależnie od swego miejsca zamieszkania czy kultury, w której została wychowana¹³.

Istnieje wiele teorii emocji, które poszukują odpowiedzi na pytania dotyczące mechanizmów ich powstawania, a także relacji między procesami subiektywnymi (podmiotowymi), pobudzeniem fizjologicznym oraz procesami społeczno-kulturowymi. Nie wnikając w możliwości odpowiedzi na te zagadnienia, należy zaznaczyć, że istnieje pewna zgoda wśród psychologów, że emocje należą do zjawisk, w których komponent fizjologiczny odgrywa istotne znaczenie, a opisywanie emocji jedynie za pomocą terminów subiektywnych (odczuwanie) oraz funkcjonalnych (emocje ułatwiają lub utrudniają realizację celów) jest niewystarczające. Istotne dla potrzeb socjologii emocji jest zjawisko indukowania się emocji, czyli odczuwania takich stanów emocjonalnych, jak ci, z którymi się kontaktujemy, które przybiera dwie formy: zarażania się lub empatycznego współodczuwania. Naśladownictwo emocji ma przede wszystkim charakter niekontrolowany, spontaniczny wynikający z aferentnej informacji zwrotnej. Człowiek jednak uczy się, że pewne zachowania emocjonalne są społecznie pożądane w danej sytuacji, dla tego to dopasowanie emocjonalne może mieć charakter kontrolowany¹⁴.

Inne podejście do emocji reprezentuje psychologia poznania, która stwierdza, że emocje powstają dopiero po dokonaniu oceny obiektów lub zdarzeń w danej sytuacji. Relacja pomiędzy emocjami a oceną układa się w pewien model za-

¹³ Dowodem na rozpoznawalność podstawowych emocji jest sztuka, która ma charakter uniwersalny, bo też odwołuje się do uniwersalnych elementów życia ludzi.

¹⁴ T. Maruszewski, D. Doliński, W. Łukaszewski, M. Marszał-Wiśniewska, *Emocje i motywacja*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, D. Doliński, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 523.

leżności: pierwszą jest ocena obiektów/wydarzeń polegająca na oszacowaniu ich jako korzystnych lub niekorzystnych dla danej osoby, a dopiero potem pojawia się emocja pozytywna lub negatywna w zależności od kwalifikacji¹⁵. Zdaniem niektórych psychologów zajmujących się procesami poznańczymi, to one właśnie odgrywają istotną rolę we wzbudzaniu stanów emocjonalnych. Jak pisze Tomasz Maruszewski: „emocje mogą znajdować się w służbie procesów poznańczych, a procesy poznańcze mogą być w służbie emocji”¹⁶. Przykładem emocji w służbie poznania są decyzje dotyczące zakupów czy wyboru miejsca pracy. Człowiek, nie mając wystarczającej wiedzy, odwołuje się do swych stanów emocjonalnych, jakie wywołuje w nich marka czy nazwa firmy. Odwrotny proces ma miejsce wówczas, gdy na przykład emocja zwana tremą pozwala człowiekowi wyjść z trudnej sytuacji, wywołując z pamięci niezbędne w danym momencie informacje. Jak dalej podaje Maruszewski, emocje w procesach poznańczych pełnią funkcje: orientacyjne (dostarczają informacji), aktywizacyjną (są energią niezbędną do uruchomienia operacji poznańczych), „modulacyjną” (dostarczającą niezbędnej energii do optymalnego funkcjonowania procesów poznańczych), metapoznawczą (pozwalającą jednostce rozpoznać własne procesy poznańcze).

Perspektywa socjologiczna szerzej niż perspektywa psychologiczna analizuje emocje, podkreślając następujące zjawiska wymagające wyjaśnienia:

- biologiczne pobudzenie jako podstawa reakcji ciała,
- społeczne konstruowanie definicji emocji doświadczanych i wyrażanych w danej sytuacji,
- zastosowanie językowych etykiet do danych odczuć,
- zewnętrzna ekspresja emocji poprzez komunikowanie niewerbalne,
- percepcja i ocena obiektów oraz zdarzeń.

Emocje w ujęciu socjologicznym są rezultatem skomplikowanej współzależności między czynnikami kulturowymi, strukturalnymi, poznańczymi i neurologicznymi. Biologiczne pobudzenie jest także zdeterminowane wzorami kultury, nie zawsze wolno człowiekowi płakać, choć organizm otrzymał bodziec wzbudzający emocję smutku. Odczuwany smutek w niektórych sytuacjach społecznych musi być ukryty ze względu na społecznie zdefiniowane kody i oczekiwania z nimi związane. Język nie tylko pomaga określić uczucia i emocje, ale także poprzez formy i kody językowe odwzorowuje otaczającą rzeczywistość, tworząc językowe składniki zachowania się. Etykieta językowa określa dane uczucia i w ten sposób może albo tworzyć dystans emocjonalny między partnerami procesu komunikowania, albo, wprost przeciwnie, zjednać ich sobie¹⁷. Istotny

¹⁵ J.H. Turner, J.E. Stets, op. cit., s. 23.

¹⁶ T. Maruszewski, *Psychologia poznania. Sposoby rozumienia siebie i świata*, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 386 i dalsze

¹⁷ Zob. więcej: B. Bernstein, *Socjolingwistyka a społeczne problemy kształcenia*, w: *Język i społeczeństwo*, wybrał i wstępem opatrzył M. Głowiński, Czytelnik, Warszawa 1980.

element w budowaniu związków między ludźmi odgrywają kody niewerbalne, które nieświadomione determinują relacje między ludźmi. Często są także wykorzystywane w sposób świadomym, np. podczas negocjacji. Emocje, zdaniem nie tylko przedstawicieli socjologii emocji, mają znaczenie w odbiorze i ocenie zdarzeń, przedmiotów oraz ludzi, którzy są podmiotem danych interakcji. Przy czyn więc zainteresowania socjologów emocjami w rzeczywistości społecznej jest dość dużo.

Socjolodzy, badając i próbując wyjaśniać różne procesy i zjawiska społeczne, stawiają wiele pytań. W latach 70. XX w. pytania te dotyczyły roli emocji w interakcjach społecznych, ich wpływie na struktury społeczne, symbole kulturowe i inne zjawiska społeczne. Jonathan H. Turner i Jan E. Stets dokonali przeglądu współczesnych tradycji w socjologii w poszukiwaniu znaczenia emocji w poszczególnych podejściach teoretycznych. Jednak nie skupili się na ciągle obecnej w tradycji socjologicznej teorii konfliktu. Jack Barbalet pisze o makrosocjologii emocji, twierdząc, że są cechami procesu społecznego, które wytwarzają i utrwalają porządek społeczny, ale także mogą prowadzić do rozkładu porządku i zmian¹⁸. Podejście to jednoznacznie pokazuje, że emocje odgrywają istotną rolę w konflikcie społecznym jako podstawa zaangażowania się ludzi w konkretne działania.

2. Socjologiczna teoria emocji

Lata 70. to początek rozważań socjologii emocji, choć samo zagadnienie emocji było znane i analizowane wcześniej, jednak socjolodzy raczej je pomijali jako temat psychologiczny. Można wskazać kilka przyczyn powstania i rozwoju socjologii emocji. Wiek XX to lata silnego wpływu działań propagandowych, marketingowych, ekonomii opartej na konsumencie, w których to silnie wykorzystuje się wiedzę o emocjach. Innym czynnikiem mającym znaczenie w rozwoju socjologii emocji jest szeroko rozumiany postmodernizm, który wystawia na próbę kartezjański racjonalizm i prawdy oświeceniowe. Zainteresowanie socjologią codzienności, czyli nauką wyjaśniającą różne aspekty życia codziennego, nazwaną przez Piotra Sztompkę trzecią socjologią, to efekt współczesnych, szybkich zmian, w których jednostka chce siebie i swoje miejsce w społecznej rzeczywistości lepiej zrozumieć¹⁹. Codzienność przepełniona jest emocjami wstydu, lęku, ale także szczęścia, stąd i to podejście ma wpływ na rozwój socjologii emocji. W nurt rozważań o roli emocji w życiu społecznym włącza się w pewnym sensie Zygmunt Bauman, podkreślając, że w czasy płynnej nowoczesności wpisana

¹⁸ Podaję za: A. Jasińska-Kania, *Socjologiczne odkrywanie emocji*, s. 50.

¹⁹ P. Sztompka, *Wprowadzenie*, w: *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Boguni-Borowska, Wyd. Znak, Kraków 2008.

jest niepewność, która jest niczym innym jak stanem emocjonalnym. Bauman zaznacza, że ponowoczesny umysł poniósł porażkę w budowaniu racjonalnego i uporządkowanego świata. W dzisiejszym świecie dominuje „nieświęta trójca”: niepewność, brak bezpieczeństwa i poczucie osobistego zagrożenia, a każde z tych zjawisk wzbuďa niepokój będący niemyim stanem, w którym miesza się kombinacja różnych emocji: strachu, obawy, troski itp. W płynnej nowoczesności to stan prawie permanentny, jak pisze Bauman, pomimo coraz większych środków bezpieczeństwa, jakie podejmuje człowiek, źródła niepokoju pozostają nienaruszone²⁰. Zainteresowany emocjami jest także od lat amerykański socjolog Randall Collins, koncentrując swoje badania i analizy na przemocy, którą rozumie jako zjawisko silnie oparte na emocjonalnej dominacji²¹. Jak pisze Jasińska-Kania, to krytyka ograniczeń funkcjonalizmu, teorii racjonalnego wyboru, czy też wyczerpanie się możliwości wyjaśniających teorii kognitywistycznych wpłynęły na powrót zainteresowania socjologów emocjami i ich znaczeniem w procesach społecznych²².

Podsumowując, należy więc podkreślić, że socjologia emocji to kierunek badań społecznych wyjaśniający trzy zagadnienia. Pierwsze to źródła emocji. Dla neurobiologów emocje powstają na skutek pobudzenia układów ciała, dla konstruktywistów społecznych pobudzenie to jest wynikiem warunkowania kulturowego. Socjologia więc próbuje wyjaśnić, jaka jest relacja pomiędzy stanem pobudzenia emocjonalnego a etykietami dotyczącymi zachowań emocjonalnych. Drugie zagadnienie to różnica między emocjami i uczuciami. Uczucie to stan emocjonalny, którego dana osoba jest świadoma, ale istnieje wiele emocji, których osoba nie jest świadoma, choć one determinują jej zachowanie. Zadanie socjologii polega więc na badaniu nie tylko odczuwanych przez ludzi uczuć, które mogą sami świadomie wyrazić, ale także nieświadomionych emocji będących do niedawna jedynie polem badań psychoanalityków. Kolejne zagadnienie dotyczy zmienności pobudzenia emocjonalnego, a przede wszystkim kierunku emocji od bieguna dodatniego (emocje pozytywne) do ujemnego (emocje negatywne). Jak twierdzi Turner, ludzie poszukują pozytywnych reakcji emocjonalnych, a unikają negatywnych²³. Socjologia emocji określa warunki, które wytwarzają poszczególne emocje, a one z kolei determinują zachowania ludzi na wszystkich poziomach – mikro-, mezo- i makrostruktury.

Socjologiczna teoria emocji interpretuje emocje w różnoraki sposób. Pierwszy – jako czynniki mobilizujące zachowania ludzi (np. teoria interakcjonizmu symbolicznego), drugi – jako siłę napędową zaangażowania w kulturę oraz

²⁰ Z. Bauman, *Płynna nowoczesność*, Wyd. Literackie, Kraków 2006, s. 281-282.

²¹ Wywiad z R. Collinem zamieszczony w „Canadian Review of Sociology”, 2010, vol. 47, issue 1.

²² A. Jasińska-Kania, *Socjologiczne odkrywanie emocji*, s. 44.

²³ J.H. Turner, J.E. Stets, op. cit., s. 313.

integrowania wzorów organizacji społecznej (np. teorie dramaturgiczne), kolejny sposób interpretacji traktuje emocje jako determinanty podtrzymujące lub zmieniające układ strukturalny społeczeństwa (np. teorie sieci), ostatni analizuje je jako pobudki procesów interpersonalnych (np. teoria wymiany). Tak więc znaczenie emocji w rzeczywistości społecznej jest bardzo szerokie. Socjologia, która przez wiele lat nie traktowała tego tematu jako swego priorytetu, odkrywa emocje i wyjaśnia zarówno je same, jak i ich rolę w kształtowaniu warunków społeczno-kulturowych.

Teoria konfliktu, która należy do jednego ze współczesnych podejść wyjaśniających rzeczywistość społeczną, także podejmuje zagadnienie emocji, choć jako przedmiot analizy nie znalazła się w klasycznej dzisiaj pracy *Socjologia emocji*. Analiza teoretyczna relacji pomiędzy emocjami w ujęciu socjologicznym i konfliktem pozwala na sformułowanie kilku tez dotyczących wymienionych trzech aspektów socjologii emocji: relacji między emocjami a zjawiskami społecznymi (w przypadku teorii konfliktu tym zjawiskiem jest konflikt), znaczenia uczuć i emocji we wpływie na zachowania ludzi w sytuacjach spornych oraz znaczenia kierunku emocji (pozytywny – negatywny) w sytuacjach konfliktowych. Celem tych refleksji jest próba udowodnienia tezy, że teoria konfliktu pozwala na rozbudowanie teorii socjologii emocji.

3. Przegląd podstawowych teorii konfliktu²⁴

Jednym z czynników determinujących zachowania ludzi w sytuacjach konfliktowych są emocje, które zakłócają efektywne wykorzystanie zdolności poznawczych w procesie rozwiązywania problemu. Emocje mają ogromne znaczenie dla dynamiki konfliktu, gdyż mogą się przyczynić do jego eskalacji, a także do całkowitego przerwania relacji pomiędzy stronami konfliktu. Zgodnie z podaną w jednym z polskim podręczników psychologii definicją:

Emocja to subiektywny stan psychiczny, uruchamiający priorytet dla związanego z nią programu działania. Odczuwaniu emocji towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz specyficzne zachowania²⁵.

²⁴ Jak pisze Jerzy Szacki, nazwa „teoria konfliktu” jest niefortunna. Jednak na potrzeby prezentowanej pracy zostaje utrzymana, gdyż autorzy *Socjologii emocji* w charakterystyce poszczególnych perspektyw socjologicznych wykorzystują termin teoria, dodając, o jakie podejście chodzi, np. „teoria strukturalna w socjologii emocji”. Stąd wykorzystanie tego terminu, przy pełnej świadomości autorki braków metodologicznych nazwy „teoria konfliktu”. Pisząc teorie konfliktu, rozumie się teorie, które albo wyjaśniają konflikt, albo wyjaśniają rzeczywistość społeczną poprzez zjawisko konfliktu. Zob. J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, wydanie nowe, WN PWN, Warszawa 2002, s. 828.

²⁵ T. Maruszewski, D. Doliński, W. Łukaszewski, M. Marszał-Wiśniewska, op. cit., s. 514.

Emocje, będąc owym stanem psychicznym, wpływają między innymi na oceny poznawcze dokonywane przez jednostki, są indukowane, to znaczy przenoszone w postaci zarażania się lub współodczuwania z osoby na inne w jej otoczeniu, są elementem składowym postaw ludzi, determinując w ten sposób ich zachowania wobec obiektów postaw. Z punktu widzenia teorii konfliktu emocje są istotne, gdyż są wyrażane i artykułowane (świadomie w postaci uczuć i nieświadomie w postaci pobudzenia emocjonalnego), to znaczy jednostka emituje do otoczenia swoje afektywne nastawienie, które jest dla innych wskazówką przeżywanych przez nią emocji. Ponadto jednostka uruchamia proces regulacji emocji, który może mieć charakter nieświadomiony, jak również podmiotowy, czyli samokontrolny. Owe procesy psychologiczne determinują zachowania aktorów konfliktu, jak również wpływają na ich procesy poznawcze oraz interakcje z oponentami.

Badań na temat wpływu emocji na konflikt nie przeprowadzono zbyt dużo. Postrzeganie człowieka jako istoty racjonalnej wpływa na mniejsze dostrzeganie roli czynników afektywnych. Przeprowadzone jednak w ostatnich latach badania pokazują, w jaki sposób na przedłużanie się konfliktu mają wpływ niektóre emocje, takie jak na przykład złość czy gniew²⁶. Inne analizy podkreślają, że afekt, uczucia wpływają na przetwarzanie informacji, schematy myślowe, pamięć, wydawanie sądów, stereotypy i uprzedzenia oraz zachowania ludzi²⁷. Wyrażane emocje są wskazówką opinii, postaw, stereotypów i uprzedzeń, wpływając na zachowania zarówno osób ujawniających dane emocje, jak również tych, znajdujących się w ich otoczeniu (indukowanie). Dlatego należy je nazwać widocznym, ujawnionym źródłem konfliktu i czynnikiem mającym bezpośredni wpływ na dynamikę konfliktu. Uczestnicy sporu reagują przede wszystkim na wyrażane w sposób werbalny i niewerbalny uczucia bez wnikania w rzeczywiste podstawy sytuacji konfliktowej. Silne zaangażowanie emocji wpływa na eskalację konfliktu, utrudniając jego zrozumienie i poszukiwanie skutecznego sposobu jego rozwiązania. Emocje są więc aktywnym składnikiem sytuacji konfliktowych na wszystkich jego poziomach: interpersonalnym, intergrupowym, interorganizacyjnym czy międzynarodowym. Jak pisze Henryk Białyszewski, nie ma konfliktu bez emocjonalnego zaangażowania się walczących stron. Konflikt jest rezultatem określonego odczytania danej sytuacji społecznej, dlatego wywołuje napięcie psychiczne wzmacniające intensywne stany uczuciowe, takie jak złość, nienawiść, uprzedzenia, strach, agresję, determinację w działaniu itp.²⁸.

²⁶ Zob. K.G. Allred, *Złość i odwet w konflikcie. Znaczenie atrubucji*, w: *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, red. M. Deutsch, P.T. Coleman, Wyd. UJ, Kraków 2005, s. 236-253.

²⁷ Zob. G. Allport, *The nature of prejudice*, Cambridge MA, Addison-Wesley 1954; M. Kosowska, *Emocja a uprzedzenia, czyli jakie emocje wzmacniają, a jakie osłabiają siłę uprzedzeń u osób autorytarnych*, w: *Konflikty międzygrupowe. Przejawy, źródła i metody rozwiązywania*, red. K. Skarzyńska, U. Jakubowska, J. Wasilewski, Wyd. Academica SWPS, Warszawa 2007, s. 138-152; B. Wojcieszek, *Procesy oceniania ludzi*, Wyd. Nakom, Poznań 1991.

²⁸ H. Białyszewski, *Teoretyczne problemy sprzeczności i konfliktów społecznych*, PWN, Warszawa 1983, s. 76.

Na potrzeby analizy teorii konfliktu z punktu widzenia socjologii emocji dokonano wyboru tych teorii, które w sposób bezpośredni nawiązują w swej interpretacji konfliktu do stanów afektywnych. Podobnie jak w *Socjologii emocji*, w artykule tym przedstawiona zostanie analiza dotycząca wpływu emocji na sytuację konfliktową, jej dynamikę oraz strukturę zależności antagonistycznych podmiotów.

3.1. Teoria Georga Simmela

Socjologiczną definicję konfliktu sformułował Georg Simmel, który określał go jako sytuację powstałą w celu rozwiązywania występującego dualizmu, jako sposób na osiąganie jedności, nawet poprzez zniszczenie jednej ze stron²⁹. Konflikt jest więc w jego interpretacji źródłem przyszzej jedności, widzi w nim niemiecki socjolog potencjał pozytywnych funkcji. Według Simmela konflikt nie jest następstwem sprzeczności, ale skutkiem rozwoju społecznego (rozwoju zrzeszeń i grup), czynnikiem przyczyniającym się do integracji wewnętrznej zbiorowości będącej w konflikcie, środkiem osiągania jedności. Jednostka uczestniczy w konflikcie, ponieważ przynależy do danej grupy, a grupa konstytuuje jej osobowość, uczucia i wiedzę³⁰. Konflikt jest nieuniknioną konsekwencją rozwoju społecznego, postrzeganą pozytywnie.

Georg Simmel za podstawową przyczynę występowania konfliktów uznał (podobnie jak w psychoanalizie, choć z nieco innej perspektywy) istniejącą sprzeczność pomiędzy jednostką a społeczeństwem. Jego zdaniem, pierwszą przyczyną konfliktu jest fakt, że:

zawarte w jednostkach elementy społeczne składają się na odrębne zjawisko zwane „społeczeństwem”, wytwarzające własne narzędzia i organy, których wymagania i nakazy przeciwstawiają się jednostkom jako obca instancja. Drugą przyczyną konfliktów jest właśnie fakt usytuowania społeczeństwa w jednostce³¹.

Źródła konfliktów wpisane są więc immanentnie w dwa aspekty rzeczywistości społecznej – jednostkę i społeczeństwo – niebędące odrębnymi bytami, ale dwoma aspektami jednolitej społecznej dynamiki³².

O uwarunkowaniach psychologicznych konfliktu pisał niemiecki socjolog, choć sam takiego zwrotu nie używał, ale zwracał uwagę na procesy asocjacyjno-dysocjacyjne oraz „instynkt nienawiści” jako źródła konfliktów. Simmel podkreślał, że przyczyną konfliktów w społeczeństwie jest sam człowiek. Pisał bowiem:

²⁹ G. Simmel, *Conflict. The Web of Group-Affiliation*, The Free Press, New York 1955, s. 13.

³⁰ Ibidem, s. 15 i dalsze.

³¹ G. Simmel, *Socjologia*, WN PWN, Warszawa 2005, s. 45.

³² P. Sztompka, *Wprowadzenie*, w: *Socjologia codzienności*, s. 22.

konflikt między jednostką a społeczeństwem tkwi w samej jednostce jako walka części składowych jej istoty. Źródłem głębokiej podstawowej rozbieżności między jednostką a społeczeństwem są – jak mi się zdaje – nie konkretne interesy, ale ogólna forma życia jednostki³³.

Pisał także:

Prawdą jest, że przyczyną wewnętrznych i zewnętrznych konfliktów jest przynależność do wielu grup, które zagrażają jednostce psychologicznymi napięciami lub nawet załamaniem schizofrenicznym. Ale jest także prawdą, że przynależność do wielu grup wzmacnia jednostkę i wzmacnia jej integrację z jej osobowością³⁴.

W eseju *Spór* Simmel zwraca uwagę, że źródłem rozkładu (czyli walki) są emocje, takie jak nienawiść, zawiść czy pożądanie, ale także bieda, która jako pewien stan zagrożenia wywołuje określone stany emocjonalne. Dziś to uczucie – lęku i obaw – jest naturalnym elementem współczesnego życia społecznego. Stosunki między ludźmi „zakorzenione są w uśpionych uczuciach”³⁵ (czyli zgodnie ze współczesną definicją – emocjach), które mogą przerodzić się albo w emocje pozytywne, albo negatywne. Tak więc zarówno emocje (nieświadomione stany), jak i uczucia (świadomość pobudzenia emocjonalnego) mogą mieć znaczenie jako przyczyny konfliktu. Negatywne uczucia ludzi wynikają ze wzajemnego oddziaływanego pomiędzy pewną motywacją psychiczną (impulsem wrogości) a obiektem, wobec którego skierowana została ta motywacja. Nienawiść skierowana jest zawsze wobec kogoś, ale nie wystarcza do wyjaśnienia konfliktu, ma wpływ na jego wystąpienie, natężenie i zakończenie, stanowi nieodzowny element konfliktu, ale to niejedyna determinanta. Konflikt jest zarówno skutkiem interakcji, podczas których dochodzi do ujawniania emocji (mogą to być zarówno emocje pozytywne, jak i negatywne) stron konfliktu, jak i czynnikiem wpływającym na stosunki społeczne będące wynikiem tego konfliktu.

Ciekawe, że Georg Simmel – ojciec teorii konfliktu w socjologii – pominął w swoich analizach omówienie przebiegu procesu, jakim jest konflikt. Koncentrował się, jak pisze Turner, na intensywności lub stopniu gwałtowności konfliktu już zapoczątkowanego oraz na jego konsekwencjach³⁶. Sam Turner zaś podkreśla, że: „Konflikt jest więc zarówno zmienną zależną – tj. procesem wywołanym przez inne siły – jak i zmienną niezależną – tj. procesem wywołującym zmiany w innych procesach”³⁷. Tak właśnie postrzegał konflikt Simmel, jako jeden z naturalnych elementów życia społecznego, na który wpływ ma wiele czynników,

³³ G. Simmel, *Socjologia*, PWN, Warszawa 1975, s. 74.

³⁴ Idem, *Conflict...*, s. 141.

³⁵ G. Simmel, *Spór*, s. 232.

³⁶ J.H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*, 1985, s. 196.

³⁷ Ibidem, s. 251.

ale który sam determinuje wzajemne relacje między stronami konfliktu, wewnętrzną strukturę grup wchodzących w relacje konfliktowe czy zaangażowane jednostki. Jego pozytywne postrzeganie konfliktu jako społecznego zjawiska sprawiło, że nie analizował go jako ciągu wydarzeń, ale jako pewne zagadnienie typowe dla każdej społeczności i kultury. Naczelną funkcją konfliktu jest jego siła jednocząca tak członków grupy będącej w konflikcie, jak i całe społeczeństwo. Jedność powstała na podstawie konfliktu i dla celów konfliktu utrzymuje się poza okres walki, prowadzi do dodatkowych interesów i wiąże siły, które nie mają już związku z wojowniczymi celami. Simmel podkreśla, że konflikt i pokój to dwa stany, które się przeplatają symultanicznie w życiu społecznym. W każdym po-koku są elementy konfliktu, i w każdym konflikcie są elementy pokoju – „konflikt pojawia się jako wstępny krok z pokojem i jego zawartością jako jego celem”³⁸. Przyczyną, dla której Simmel nie analizuje konfliktu jako procesu, jest jego nie-uchronność jako konsekwencji rozwoju społecznego.

Przyczyny konfliktów tkwią, zdaniem Simmela, głównie w ludzkich namiętnościach (emocjach i uczuciach) oraz napięciach, jakie powstają w społeczeństwie, a sama walka to ruch obronny przed rozpadem, to sposób na budowanie jedności. To emocje wpływają na zachowania ludzi, mają charakter czynników świadomych i niesświadomych, ale w rezultacie prowadzą do pozytywnego zjawiska, jakim jest integracja społeczna. Jak pisze Lewis Coser, Simmel rozwija konfliktową teorię „wentyla bezpieczeństwa”, który służy „jako ujście umożliwiające uwolnienie wrogości”³⁹. Emocje ludzi to konsekwencja usytuowania jednostki w społeczeństwie i społeczeństwa w jednostce. Teoria Simmela podkreśla więc współzależność między jednostką i społeczeństwem a napięciami emocjonalnymi. Reakcja emocjonalna osoby na daną sytuację uzależniona jest od społeczeństwa, w którym żyje, a ta z kolei determinuje stosunki międzyludzkie. Emocje nie są czymś samoistnym, ale czymś, co powstaje w społeczeństwie i ma swój aktywny wpływ na to, co się w tym społeczeństwie dzieje. Wrogość i antagonizmy ustalają równowagę pomiędzy częściami składowymi systemu społecznego.

3.2. Teoria Lewisa Cosera

Istnieje ścisły związek między rozważaniami Simmela a Cosera, gdyż ten drugi nie tylko potwierdza tezę swego mistrza, że konflikt społeczny jest interakcją społeczną, ale przede wszystkim jego myśl wyrasta z rozważań niemieckiego socjologa. Procesy i zmiany społeczne wynikają z konfliktów, każda grupa społeczna

³⁸ G. Simmel, *Conflict...*, s. 109.

³⁹ L. Coser, *Funkcje konfliktu społecznego*, tłum. S. Burdziej, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2009, s. 32.

potrzebuje zarówno harmonii, jak i dysharmonii, aby budować stosunki społeczne. Coser podkreśla funkcjonalność konfliktu wobec tworzenia i trwania życia społecznego. Konflikt społeczny jest mechanizmem pozwalającym dostosować normy do nowej sytuacji i w ten sposób gwarantuje grupie społecznej trwanie.

Zagadnienie emocji, psychologizowanie, które dostrzega u Simmela, nie stanowi przedmiotu zainteresowania Cosera. Pod rozwagę bierze tylko jeden ze stanów emocjonalnych, jakim jest „uczucie wrogości i obrzydzenia”, i to jedynie w sytuacjach, gdy regularnie, a nie okazjonalnie, występuje. Choć sam odcina się od psychologii, w rezultacie temat uczucia wrogości staje się istotnym przedmiotem analizy konfliktu. Termin wrogie uczucie rozumie jako pewną predyspozycję do działania, która może, ale nie musi, prowadzić do sytuacji konfliktowej⁴⁰. Problem uwolnienia uczuć jest jednym z ważniejszych elementów jego teorii, choć jak sam podkreśla, nie wyczerpuje analizy sytuacji konfliktowej. Co więcej, charakteryzując stosunki społeczne, Coser jednoznacznie stwierdza, że zawierają one w swej strukturze zarówno pozytywne, jak i negatywne ładunki emocjonalne⁴¹.

Lewis Coser wyróżnia dwa rodzaje konfliktów: rzeczywiste i nierzeczywiste. Pierwszymi nazywa te, których przyczyną są sytuacje uniemożliwiające realizację potrzeb w danym układzie stosunków, negatywna ocena korzyści, jakie mogą osiągnąć uczestnicy oraz fakt, że są zwrócone przeciw obiektom (osobom lub grupom) będącym rzeczywiście źródłem frustracji. Przyczynami drugiego rodzaju konfliktów jest potrzeba rozładowania napięcia jednego lub równocześnie obu uczestników konfliktu. Głównym celem konfliktu nie jest osiągnięcie określonego rezultatu, lecz likwidacja napięcia, dlatego w konflikcie nierzeczywistym alternatywą jest między innymi zmiana obiektu, przeniesienie negatywnych emocji na inny, niezwiązany z powodem frustracji podmiot⁴². Emocje odgrywają szczególne znaczenie w tym drugim rodzaju konfliktów, choć i w tych rzeczywistych mają znaczenie.

Coser podkreśla konieczność pobudzenia emocjonalnego osób, a dokładniej – dostrzeżenie przez ludzi pewnych braków w prawomocnym podziale zasobów przed wystąpieniem antagonizmu. Jak pisze Turner, Coser nie ogranicza się do wskazania warunków prowadzących do załamania się systemu, ale poszerza swoje stanowisko w sprawie uwarunkowań konfliktu przez analizę czynników mobilizujących energię emocjonalną ludzi⁴³. Natężenie konfliktu, jego zdaniem, zależy od stopnia zaangażowania emocjonalnego aktorów konfliktu⁴⁴. Coser zauważa,

⁴⁰ Ibidem, s. 29.

⁴¹ Ibidem, s. 51.

⁴² L. Coser, *Spoleczne funkcje konfliktu*, w: *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*, PWN, Warszawa 1975, s. 203.

⁴³ J.H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*, 1985, s. 228-229.

⁴⁴ L. Coser, *Funkcje konfliktu społecznego*, s. 54.

że intensywność konfliktu (choć nie jest jasne, co przez to pojęcie należy rozumieć) zależy od obiektywnych przyczyn konfliktu. Im mniej owe przyczyny mają charakter realnych, faktycznych interesów, tym bardziej gwałtowny jest przebieg konfliktu. To znaczy, że konflikt nierzeczywisty angażuje silnie emocje, które w bezpośredni sposób determinują jego przebieg. Problemem pozostaje wskazanie źródeł rozwoju zaangażowania emocjonalnego. Otóż okazuje się, że im bardziej dotyczą one istotnych wartości, tym silniejsze wywołują emocjonalne zaangażowanie. Według Cosera emocje są niezbędnym składnikiem konfliktów, a ich siła determinuje rodzaj konfliktów i ich potencjał. Pomimo mniejszego przywiązywania znaczenia do uczucia wrogości w konfliktach rzeczywistych, emocje mają w nich także znaczenie, gdyż motorem działania aktorów jest frustracja⁴⁵ wyrosła z niezaspokojonych żądań w określonym stosunku społecznym. Sprawą nierostrzygnietą jest kwestia uprawomocnienia tych żądań, a praktyka pokazuje, że strony mogą nie mieć legitymizacji do określonych wymagań, a mimo to je wymuszają, odwołując się do subiektywnych kryteriów. Powstaje wówczas pytanie, co jest więc źródłem konfliktu rzeczywistego, gdy określone żądania w danym układzie stosunków nie powinny mieć miejsca.

W teorii Cosera istnieje pewien związek między emocjami a strukturą społeczną. Co prawda koncentruje się on przede wszystkim na zagadnieniu wyrażenia wrogich uczuć, a nie emocjach w ogóle, jednakże jasno podkreśla, że:

instytucja, która służy kanalizowaniu wrogości i zapobieganiu wyładowania uczuć na obiekcie pierwotnym (tzw. wentyle bezpieczeństwa – A.A.M.), podtrzymując tym samym strukturę systemu społecznego, może również prowadzić do poważnych dysfunkcji systemu społecznego bądź aktora, bądź też obu naraz⁴⁶.

W ten sposób konflikt zostaje uznany za czynnik wyzwalający emocje i skierowany na inny obiekt, a w rezultacie następuje podtrzymanie stosunku pomiędzy aktorami tej antagonistycznej relacji. Rozładowanie negatywnych emocji ma miejsce w sytuacji konfliktu nierzeczywistego i przyczynia się do utrzymania wcześniejszej struktury, jednak dalsza konsekwencja związana jest z pojawiением się pewnych zaburzeń w podmiotach tej konfliktowej relacji.

Teoria konfliktu w ujęciu Cosera jasno określa rolę negatywnych emocji w konflikcie, sytuując je jako źródło nierzeczywistych konfliktów. Brak w tej koncepcji miejsca dla emocji w przebiegu konfliktu rzeczywistego nie uwzględnia znaczenia zachowań ekspresyjnych wyrażających stany organizmu jednostki, a więc i zjawiska indukowania. Wynika to z faktu, że Coser odchodzi od

⁴⁵ Frustracja jest zespołem przykrych emocji, dlatego energia emocjonalna ma także znaczenie w przypadku konfliktów rzeczywistych, choć sam Coser nie przywiązuje do tego tak dużego znaczenia.

⁴⁶ L. Coser, *Funkcje konfliktu społecznego*, s. 36.

zachowań jednostkowych, a koncentruje się na zachowaniach grupowych, dla tego napięcia emocjonalne nie muszą, jego zdaniem, towarzyszyć zachowaniom konfliktowym.

Wkład Cosera w socjologię emocji jest istotny, gdyż amerykański socjolog pokazuje, że wrogie emocje wywołują konflikty nierzeczywiste i w ten sposób mogą naruszyć system społeczny. Negatywne emocje wpływają na zachowania konfliktowe grup społecznych, które stają się mechanizmem uwalniającym skumulowane napięcia. Podsumowaniem rozwija Cosera jest interpretacja jego teorii dokonana przez J.H. Turnera, który w swoim syntetycznym modelu przyczynowym konfliktu społecznego dostrzega znaczenie pobudzenia emocjonalnego i jego wpływ na niezorganizowane wybuchi frustracji szczególnie w przypadku aktorów upośledzonych w danej sytuacji konfliktowej⁴⁷.

3.3. Teoria Randalla Collinsa

Kolejna koncepcja to powrót do synergii psychologii i socjologii w wyjaśnianiu konfliktów. Coser koncentrował się przede wszystkim na zjawiskach społecznych, Simmel – uwzględniał znaczenie zachowań jednostkowych w przebiegu konfliktu, Collins traktuje socjologiczne i psychologiczne podejście w sposób komplementarny. Jak pisze Turner, zjawiska makropoziomowe są ostatecznie tworzone i podtrzymywane przez mikrospotkania⁴⁸.

Randall Collins podejmuje się zarówno wyjaśnienia zjawiska konfliktu, jak również zrozumienia struktury społecznej poprzez teorię konfliktu. Szczególnie ważnym aspektem socjologii konfliktu w jego ujęciu jest połączenie analizy mikrosocjologicznej z makrosocjologiczną poprzez stosunki zależności i przymusu. Zdaniem Collinса, to, co dzieje się między ludźmi, wpływa na struktury społeczne i zmiany społeczne.

Collins wymienia cztery przyczyny konfliktów, z których pierwsza to wrodzone predyspozycje konfliktowych osób, drugą jest rozprzestrzenianie się w społeczeństwie władzy opartej na przymusie, trzecią przyczyną konfliktów są indywidualne interesy, które mogą być antagonistyczne w stosunku do innych, a czwartą – nierówności w dostępie do źródeł. Generalnie więc, jego zdaniem, źródła konfliktów są bardzo złożone i wynikają z uwarunkowań psychologicznych, społecznych i ekonomicznych. Głównym założeniem teorii konfliktu Collinса jest teza o wykorzystywaniu przez jednostkę własnych cech pozytywnych zgodnie z dostępnymi jej oraz jej rywalom źródłami. Opierając się na takiej przesłance, Collins formułuje dalsze tezy dotyczące społecznej struktury i zmiany społecznej.

⁴⁷ J.H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*, wydanie nowe, WN PWN, Warszawa 2006, s. 205.

⁴⁸ Ibidem, s. 211.

Różnice płci oraz różnice wieku wpływają według niego na powstawanie ideologii, a ta bezpośrednio na rozwój sytuacji konfliktowych w społeczeństwie. Zatrudnione dla kobiet, jak i mężczyzn, a także dla osób w różnym wieku dostępne są odmienne źródła oraz warunki, w których występują konflikty. Nadzór, kontrola, motywacje, gratyfikacja to zjawiska wpływające na stosunki między ludźmi, które w konsekwencji wpływają na występowanie stratyfikacji wieku i płci (*age and sex stratification*). Analiza wieku i płci ma istotne znaczenie w zrozumieniu konfliktu społecznego. Wskazuje, że występowanie w rozwoju społeczeństw dwóch dominujących grup, jakimi są, jego zdaniem, mężczyźni oraz dorośli, nie wyjaśnia konfliktu i należy oderwać się od takich uproszczonych sformułowań. Celem teorii wyjaśniającej konflikt jest dostrzeganie źródeł konfliktu w szerokim zakresie. Zjawiska społeczne, w tym konflikty, są zawsze końcowym produktem rywalizujących w określonym czasie sił.

Collins zwraca uwagę na przestarzały sposób rozdzielania socjologii i psychologii. Zrozumienie i wyjaśnienie konfliktu polega na zebraniu informacji związanych z ekonomicznym dobrobytem, władzą i prestiżem, dokonaniem historycznych porównań, analizą różnic wiekowych i płci, a także różnic wynikających z fizycznej siły, seksualnej atrakcyjności aż do analizy militarnej i ekonomicznych warunków⁴⁹. Zadaniem teorii konfliktu jest usunięcie retorycznych wyjaśnień, a wprowadzenie bardziej przekonujących dowodów naukowych. Koncepcja Collinsa wprowadza wiele teoretycznych założeń, które z punktu widzenia współczesnej socjologii uznać należy za kontrowersyjne. Badacz postuluje przyjąć trzy tezy:

- ludzie mają silny popęd w kierunku osiągnięcia seksualnego zadowolenia,
- ludzie odczuwają silny opór wobec przemocy,
- płeć męska dysponuje większą siłą niż płeć żeńska.

Trzy fundamentalne postulaty wpływają na wiele społecznych konsekwencji, takich jak kontrola seksualnych zachowań, przemoc w społeczeństwie, wpływy seksualnej atrakcyjności na pozycję jednostki, wpływ wieku w dostępie do ograniczonych źródeł, władzy rodzicielskiej czy stratyfikacji społecznej⁵⁰. Wszystkie wymienione tezy mają, zdaniem Collinsa, charakter psychospołecznych uwarunkowań wpływających na konflikty oraz ich przebieg. Jednakże wskazane przez niego determinanty mają zdecydowanie biologiczny charakter i zbliżają Collinsa do determinizmu biologicznego.

Interpretując konflikt w latach 80., Collins przywiązywał szczególną wagę do relacji pomiędzy rozkazodawcami a rozkazobiorcami, które determinowane są przez różnice interesów, energię, aktywność, solidarność, pewność siebie, styl życia⁵¹. Mniej miejsca poświęca samym emocjom, choć już wówczas w podsu-

⁴⁹ R. Collins, *Conflict Sociology. Toward an Explanatory Science*, Academic Press, New York 1975, s. 277.

⁵⁰ Zob. ibidem.

⁵¹ J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, s. 837.

mowaniu swojego dzieła *Conflict Sociology* zaznacza, że kluczem do zrozumienia społecznych interakcji jest społeczna motywacja i emocje⁵². W 2006 roku Collins opublikował artykuł pt. *Interaction Ritual Chains*⁵³, w którym podkreśla, że centralne znaczenie emocji w socjologii wywodzi się z faktu, że emocje utrzymują jedność społeczeństwa i dostarczają energii poprzez mobilizowane grupy. Opisuje zjawisko nazwane „energią emocjonalną” (EE) rozumianą jako zaufanie, entuzjazm, pozytywne uczucia charakterystyczne dla danej grupy. Wysoki poziom EE przyczynia się do społecznej solidarności, niski zaś – produkuje braki w solidarności. Emocje więc są w koncepcji Collinса czynnikiem wpływającym na zachowania jednostek i grup i mającym znaczenie w rozwoju interakcji prowadzących w zależności od kierunku emocji – pozytywne do solidarności, negatywne – do odczuwania dysharmonii.

W przypadku teorii Collinса ważne, że jego analiza prowadzona jest od poziomu mikro do poziomu makro, w tym geopolityki. Podstawowym źródłem napięć międzynarodowych jest dla niego nierówność zasobów, brak tu miejsca na emocje. Energia emocjonalna determinuje rytuały interakcyjne, „ludzie inwestują swoją energię emocjonalną w rytuały interakcyjne... dopóki mogą spodziewać się zysków emocjonalnych”⁵⁴. Wkład Collinса w teorię socjologii emocjonalnej jest jednoznaczny, jednak dotyczy przede wszystkim wyjaśniania zachowań, a więc i konfliktów, w kategoriach mikrospołecznych, a w mniejszym stopniu zachowań grupowych.

3.4. Teoria Mortona Deutscha

Co prawda Morton Deutsch to psycholog społeczny, jednak jego wkład w wyjaśnianie przyczyn, a przede wszystkim metod rozwiązywania konfliktów, jest bardzo znaczący także dla socjologii, stąd należy przekazać kilka zdań o jego rozumieniu emocji w konflikcie.

Psychologiczna teoria Mortona Deutscha podkreśla nieuchronność oraz pozytywny wpływ konfliktu na życie jednostki i społeczeństwa. Konflikt, jego zdaniem, ma miejsce wówczas, gdy strony podejmują sprzeczne działania, które chronią, przeszkadzają, ingerują, ranią lub w pewien sposób sprawiają, że kolejne działania stron stają się mniej skuteczne⁵⁵. Teoria Deutscha oparta jest na licznych badaniach eksperymentalnych i ujawnia pewien społeczny model konfliktu.

⁵² R. Collins, *Conflict Sociology...*, s. 545.

⁵³ Idem, *Interaction Ritual Chains*, „European Journal of Sociology”, 2006, 47(3), s. 446-451.

⁵⁴ J.H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*, s. 507.

⁵⁵ M. Deutsch, *The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes*, Yale University Press, New Haven – London 1973, s. 10.

Według niego każdy konflikt charakteryzuje następujące czynniki⁵⁶:

- cechy charakterystyczne dla stron uwikłanych w konflikt mają zarówno psychologiczny, jak i społeczny charakter,
- czynnikiem decydującym o przebiegu konfliktu są relacje pomiędzy stronami poprzedzające wybuch antagonizmu,
- treść konfliktu determinuje dynamikę sytuacji konfliktowej,
- społeczne otoczenie wpływa na przebieg konfliktu,
- świadkowie konfliktu, osoby postronne, np. opinia publiczna, mają także wpływ na jego przebieg,
- metody i techniki wykorzystywane przez strony w sytuacji konfliktowej, sposoby komunikowania, perswazji, wywierania wpływu decydują o jego dynamice i możliwych sposobach rozwiązania,
- konsekwencje zarówno wynikające z przebiegu konfliktu, jak i jego zakończenia implikują zmiany obu stron zaangażowanych w konflikt.

Społeczno-psychologiczne i systemowe podejście Deutscha nie polega na zbudowaniu konfliktowego modelu społeczeństwa, jednak wskazuje na fundamentalne cechy każdego społeczeństwa mające swój udział w jego konfliktowości. Tymi cechami są: społeczne interakcje odbywające się w konkretnym środowisku społecznym, świadomość uczestników społecznych interakcji, konflikt jest rezultatem zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych procesów zachodzących tak w jednostce, jak i w grupie i całym systemie społecznym. Jego zdaniem, konflikt pełni pozytywne funkcje i nie zgadza się z tymi, którzy postrzegają go jako jedynie źródło psychopatologii czy wojny. Jest zwolennikiem kooperacji jako formy interakcji społecznej, ale jest także świadom istnienia wielu społecznych uwarunkowań ją utrudniających, jak na przykład patologie zaufania. Deutsch odwołuje się do historycznie wcześniejszych koncepcji i formułuje, opierając się na społeczno-psychologicznej analizie, model interakcji społecznych, w których konflikt jest funkcjonalny pod warunkiem zrozumienia dwóch fundamentalnych procesów – kooperacji i rywalizacji jako skutecznych sposobów rozwiązywania sporów.

Jak podkreśla Deutsch, zrozumienie konfliktu i interwencja w jego przebieg wymagają konkretnej wiedzy na temat jego stron, kontekstu społecznego, aspiracji stron, orientacji na konflikt, norm społecznych i innych psychospołecznych uwarunkowań. Stąd stanowisko Deutscha ma charakter społeczno-psychologiczny, a jego założenia są następujące⁵⁷:

- każdy uczestnik społecznej interakcji odpowiada za innych w zależności od jego percepcji oraz zrozumienia innych; to może, ale nie musi korespondować z *actualities* innych,

⁵⁶ Ibidem, s. 5-7.

⁵⁷ Ibidem, s. 7.

- każda osoba ulega wpływowi własnych oczekiwaniań wobec zachowań innych, jak również wpływowi postrzegania sposobu zachowywania się innych,
- społeczne interakcje nie tylko są inicjowane przez motywy ludzi, ale także generują nowe motywy oraz zmieniają stare,
- społeczne interakcje zachodzą w społecznym środowisku, grupie, wspólnocie, narodzie, cywilizacji,
- każda jednostka, czy to osoba, czy grupa, jest złożoną całością, ma wewnętrzną strukturę i wartości.

Emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne są siłą, która popycha jednostkę do określonych zachowań. Dlatego subiektywnym aspektem koniecznym do zaangażowania się grupy w konflikt społeczny jest istnienie poczucia krzywdy, odczuwanie braku możliwości zrealizowania celu i z tego powodu odczuwanie emocjonalnego dyskomfortu. Gdy grupa osiąga mniej niż oczekiwała, wówczas jej członkowie są niezadowoleni z udziału w tej grupie i szukają usprawiedliwienia dla zaistniałej sytuacji, a przede wszystkim szukają grup lub osób ponoszących winę za brak satysfakcjonujących wyników.

Wywód dotyczący postaw służy podkreśleniu roli, jaką odgrywają emocje jako źródło konfliktów. Dla psychologa postawy są zarówno przyczyną, jak i konsekwencją sytuacji konfliktowych. W klasycznej definicji postawy obok elementu kognitywnego i behawioralnego wyróżnia się też element afektywny, w ten sposób w teorii Deutscha zasygnalizowane jest znaczenie emocji. Poczucie niesprawiedliwości (Deutsch wyróżnia cztery rodzaje niesprawiedliwości: rozdzielczą, proceduralną, karzącą i moralnie wykluczającą⁵⁸) wywołuje określone emocje, np. nienawiść, zawiść itp. Uczucia te są intensyfikowane poprzez następujące warunki społeczne:

- trudności wynikające z względnego niedostatku,
- niestabilny reżim polityczny,
- roszczenia wyższości,
- minione wojny, propaganda, dostęp do broni,
- poczucie więzi społecznych z potencjalnymi ofiarami,
- autorytarność instytucji społecznych.

Potrzeby, jego zdaniem, odsłaniają uniwersalne motywy ludzkich działań. Są integralną częścią osoby ludzkiej, oddzielającą człowieka od innych istot żywych. Gdy osoba realizuje potrzeby, to osiąga zdrowie psychiczne i staje się jednostką rozwiniętą. Obok tych najbardziej podstawowych, wynikających z ludzkiej, biologicznej natury, wyróżnia się także podstawowe potrzeby związane z rozwojem jednostki, co właśnie odróżnia człowieka od innych żywych organizmów.

⁵⁸ Zob. rodzaje niesprawiedliwości opisane w M. Deutsch, *Sprawiedliwość i konflikt*, w: *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, red. M. Deutsch, P.T. Coleman, Wyd. UJ, Kraków 2005, s. 56-57.

Paul Site, do którego odwołuje się Deutsch, uważa, że źródłem potrzeb są ludzkie emocje, według niego ludzie są kierowani przez emocje powiązane z potrzebami. Wyróżnia on emocje główne (pierwotne), do których zalicza strach, złość, depresję i zadowolenie oraz wtórne, których uczymy się w czasie socjalizacji⁵⁹. Emocje wtórne wywodzą się z pierwotnych lub stanowią ich kombinację, np. poczucie winy jest formą strachu, wstyd – złości, zazdrość – kombinacją strachu i złości. Site pisze:

moją tezą jest twierdzenie, że ludzkie potrzeby mają ontologiczną podstawę w emocjach, a negatywne emocje charakteryzują ludzi, gdy pojawia się zagrożenie ich życia, fizyczne organizmu lub możliwości rozwoju osobowości. Można więc stwierdzić, że ludzie mają potrzeby w warunkach lub sytuacji życiowej, która prowadzi do konieczności ukojenia cierpienia spowodowanego negatywnymi emocjami oraz która zwiększa możliwość satysfakcji stanowiącej niezbędny warunek przetrwania⁶⁰.

Strach jako emocja jest przyczyną pojawienia się potrzeby bezpieczeństwa, złość wywołuje potrzebę uznania, depresja potrzebę samooceny, radość potrzebę zabawy.

Inaczej jest w przypadku teorii konfliktu Deutscha, w której znaczenie mają przede wszystkim emocje negatywne. Jednak są one raczej przyczyną bezpośrednią, uzależnioną od innej – pośredniej, jaką jest stan niezrealizowania przez jednostkę własnych potrzeb. Jednostka najpierw odczuwa pewną deprywację potrzeby, która pobudza stan emocjonalny, a następnie jest gotowa do antagonistycznych zachowań. Taka interpretacja Deutschego miała ogromne znaczenie w formułowaniu przez niego zaleceń dotyczących rozwiązywania konfliktów.

Morton Deutsch widzi siebie przede wszystkim jako praktyka przyczyniającego się do rozwiązywania konfliktów. Dlatego koncentruje się na przyczynach, których wykrycie pozwala znaleźć właściwą metodę konstruktywnego rozwiązywania konfliktu. Konflikt to proces będący wypadkową trzech wzajemnie powiązanych procesów: konkurencyjności stron konfliktu, braku zrozumienia lub niewłaściwego postrzegania stron oraz zaangażowania wynikającego z poznawczej i społecznej presji. Wymienione procesy wzmacniają cykl relacji, które generują działania i reakcje determinujące przebieg konfliktu. Emocje jako takie nie są jasno wyeksplikowane w tym procesie, ale w postaci wrogich zachowań i postaw mają swój znaczący udział w eskalacji konfliktu⁶¹, a tym samym w wyjaśnianiu sytuacji konfliktowej.

⁵⁹ Por. P. Sites, *Needs as Analogues of Emotions*, w: *Conflict: Human Needs Theory*, red. J. Burton, St. Martin Press-Macmillan, New York – London 1990; T.D. Kemper, *How many emotions are there? Wedding the social and the autonomic components*, „American Journal of Sociology”, 1987, nr 93.

⁶⁰ P. Sites, op. cit., s. 16 (tlum. A.A.M.).

⁶¹ M. Deutsch, *The Resolution of Conflict...*, s. 353.

4. Kultura emocji w ujęciu Dominique'a Moisiego

Koncepcja Dominique'a Moisiego nie jest przykładem teorii konfliktu. Jednak uwzględnia w swoich założeniach oba elementy: proces powstania i rozwoju konfliktu oraz szczególną w tym procesie, by nie stwierdzić nadzwodną, rolę emocji. Specyfiką tego podejścia jest próba wyjaśnienia zachowań społecznych w skali globalnej, a więc i tego, co czasem nazywa się konfliktem globalnym. Dlatego też powstaje pytanie: w jakim sensie myśl Moisiego przyczynia się do rozwoju teorii konfliktu, a w jakim – socjologii emocji.

Dominique Moisi jest francuskim politologiem i publicystą, wykładał na Uniwersytecie Harvarda, a także w Kolegium Europejskim w Natolinie. Obserwacja i analiza stosunków międzynarodowych ze szczególnym uwzględnieniem procesu globalizacji doprowadziły go do pewnych konkluzji związanych ze zjawiskiem nazwanym przez niego geopolityką emocji. Temat kontrowersyjny, aczkolwiek pozwalający na dalszą refleksję nad socjologią emocji.

Punktem wyjścia rozoważań Moisiego jest teza o konieczności rozumienia świata poprzez wcześniejsze rozpoznanie emocji. Druga teza wynika z jego podstawowego obszaru badawczego, jakim są stosunki międzynarodowe. Otóż dziś w dobie globalizacji, która rodzi niepewność, następuje eksplozja emocji. Co więcej, swobodny przepływ dóbr ekonomicznych implikuje swobodny przepływ emocji zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Teza trzecia dotyczy znaczenia mediów, które przyczyniają się do owego procesu globalizacji emocji, gdyż docierają do każdego miejsca na ziemi, a ich różnorodność przyczynia się do wielu swobodnych interpretacji tych samych wydarzeń.

Przyjęte przez francuskiego politologa tezy zostały wzbogacone o wskazanie trzech emocji traktowanych przez niego jako naturalne w życiu człowieka. Są nimi: strach, upokorzenie i nadzieję. Emocje te są przyczyną konfliktów, np. źródłem konfliktu izraelsko-palestyńskiego, w którym obok walki o ziemię, dobrobyt i bezpieczeństwo istnieją silne emocje przenikające ten wieloletni konflikt, jakimi są upokorzenie i strach.

Moisi świadomie jest trudności, jakie wynikają z przyjętych przez niego założeń w celu wyjaśnienia współczesnych konfliktów. Odwołuje się jednak do tych samych elementów, na które zwraca uwagę Turner i Stets – emocje wpływają na ludzkie postawy, a przez to na ich zachowania, mają swój udział w kształtowaniu kultury, determinując nie tylko postępowanie jednostek, ale także całych narodów. W dyskusji o relacjach między emocjami a rzeczywistością społeczną stoi po stronie emocji, to one są czynnikiem warunkującym zjawiska społeczne.

4.1. Kultura nadziei

Nadzieja jest przykładem emocji złożonej, tworzonej przez dwie podstawowe: radość i zdziwienie. Według Józefa Kozielskiego, znanego polskiego psychologa, to jedna z najważniejszych spraw człowieka. Jest nie tylko emocją, ale także pewnym fenomenem kulturowym. Stanowi rodzaj „wiatru w żagle”, dynamizującego zachowanie, zwiększa szanse sukcesu i często nadaje sens życiu. Brak tej emocji w życiu jednostki, a szczególnie stan bez nadziei, prowadzi do lęku, rozpaczliwienia i cynizmu⁶².

Nadzieja, zdaniem Moisiego, jest cechą kultury zachodniej, a aktualnie przekonosie się (zjawisko indukowania emocji) z Zachodu na Wschód. Zmienia się też jej charakter, z emocji duchowej w emocję związaną z nadzieję na sukces ekonomiczny. Symbolem rozwoju nadziei na Wschodzie jest ekonomiczny rozwit Chin i Indii, w przeciwieństwie do Japonii, która, jego zdaniem, miała utracić swoją nadzieję charakterystyczną w latach 60. i 70.

Zapewne trzeba się zgodzić z politologiem, że nadzieję to motor pozwalający mieszkańcom wielkich azjatyckich mocarstw na rozwój. Jednak ponad 20 lat temu też nadzieję kazała młodym ludziom w Chinach protestować na placu Tiananmen i zabiegać nie tylko o reformy ekonomiczne, ale także o wolność słowa, prasy, zgromadzeń. Czy nadal to właśnie nadzieję pozwala przez tyle lat walka o wolny Tybet? Sześćdziesiąt lat chińskich rządów doprowadziło do kryzysu w okupowanym Tybecie. Represywne działania władz i brutalne prześladowania wywołują ciągle protesty, a także samopodpalenia tybetańskich mnichów i mniszek. Czy to nadzieję pozwala im przetrwać? Jaka jest ta nadzieję – duchowa czy materialna? Tego w eseju Moisiego znaleźć już nie można.

4.2. Kultura upokorzenia

Upokorzenie pochodzi od słowa „pokora”, którego potoczna definicja oznacza przyjęcie woli innej osoby bez sprzeciwu. Upokorzenie jest więc przymusem, postawieniem kogoś w sytuacji bezsilności, niemożliwości skutecznego sprzeciwu wtedy, gdy jest bity, szykanowany, oszukiwany, wykorzystywany do zaspokajania potrzeb seksualnych oraz poczucia siły i władzy. To raczej stan emocjonalny niż emocja, w znacznie większym stopniu faktycznie odczuwana niż ujawniana. Źródło upokorzenia stanowią złość i wstyd, a te z kolei rodzą frustrację determinującą zachowania ludzi. Upokorzenie należy do grupy emocji społecznych, których podstawowe zadanie polega na regulowaniu zachowań społecznych. William

⁶² J. Kozielski, *Nadzieja – klucz do sztuki życia*, „Nauka”, 2009, nr 2, s. 7-14.

Miller widzi upokorzenie jako emocję ściśle związaną z honorem i pojawiającą się wówczas, kiedy osoba zmuszona jest rewidować swoje ambicje⁶³. Szczególny przypadek upokorzenia to upokorzenie społeczne, które ma miejsce wówczas, gdy ktoś uznaje, iż inni postrzegają jego działanie, pracę i inne aktywności jako upokarzające i poniżające.

Moisi kulturę upokorzenia dostrzega w świecie islamsko-arabskim. Przyczyn tego stanu jest wiele. Obok znacznego ubóstwa, oddalenia od nowoczesnego świata, licznych konfliktów, które czynią mieszkańców tego regionu upokorzonymi z powodu dzisiejszej słabości wobec dawnej starożytnej potęgi regionu, pogłębia ten stan terroryzm, wywołujący niepokoje i podejrzliwość mieszkańców. Kultura upokorzenia typowa dla krajów arabskich wpływa na rozwój terroryzmu, a także jest, zdaniem Moisiego, źródłem napięć pomiędzy narodami islamskimi. Zerwanie z kulturą upokorzenia polegać ma na upowszechnieniu się nadziei oraz kontaktach z kulturą europejską, szczególnie tą mającą związki ze światem islamskim (np. z kulturą niemiecką czy francuską).

Refleksja nad upokorzeniem jako przyczyną sytuacji konfliktowych wydaje się istotna, gdyż jest to stan emocjonalny, który prowadzi do frustracji, a ta z kolei może być źródłem agresji. Być może powszechność emocji upokorzenia w krajach arabskich, jak to widzi Moisi, stanowi czynnik wzbudzający zachowania agresywne, które są formą rozładowania emocji zgodnie z teorią Cosera i de facto przyczyniają się do powstania nierzeczywistego konfliktu pomiędzy światem arabskim a tak zwanym zachodnim. Brak danych empirycznych pozwalających na takie wnioskowanie, stąd teza ta pozostaje jedynie pewną koncepcją, a nie wyjaśnieniem tego konfliktu.

Czy tylko kraje arabskie doświadczają tej negatywnej emocji? Pytanie jest retoryczne, gdyż ta, jak i inne emocje, występuje w każdym społeczeństwie, a dowódów empirycznych o przewadze jej w krajach muzułmańskich trudno dostarczyć. Kultura arabska nie poddaje się cywilizacji zachodniej. Zapewne dla wielu socjologów stan upokorzenia, jeśli tylko on ma miejsce, ma raczej charakter nieświadomionej emocji. Teza, że terroryzm jest wzmacniany przez kulturę upokorzenia, jest tezą uproszczoną. To negatywne uczucie, zgodnie z koncepcją socjologii emocji stanowi efekt społecznych i kulturowych wpływów, ale także i samo jest motorem determinującym zachowania ludzi. Współcześnie upokorzenie doświadcza wielu ludzi na całym świecie, nie podejmując jednocześnie zachowań terrorystycznych.

Upokorzenie nie jest typowe wyłącznie dla krajów arabskich. Dzisiaj dotyczy wielu ludzi na całym świecie, a szczególnie tych, którzy żyją w kulturze odpadów, bo przecież jak pisze Bauman:

⁶³ W.I. Miller, *Humiliation: And other essays on honor, social discomfort, and violence*, Cornell University Press, Ithaca, NY 1993.

kosz na śmieci, ostateczne przeznaczenie wszystkich wykluczonych jest naturalnym miejscem tych, których się nie da już wykorzystać lub nie chcą być dłużej wykorzystywani, że ludzkie współbycie to tak naprawdę gra o przetrwanie, w której ostateczną stawką jest przeżycie reszty uczestników⁶⁴.

Ci, co „trafią do kosza”, najpierw doświadczają upokorzenia.

4.3. Kultura strachu

Strach to emocja podstawowa, jej źródło tkwi w konieczności przetrwania, pojawia się w sytuacjach realnego lub wyobrażonego zagrożenia. Cechą charakterystyczną tej emocji jest jej znaczny wpływ na zachowania jednostki, a także grupy. Pod jej wpływem człowiek może zmienić postawę i zachowanie. Jednostka, odczuwając zagrożenie, dąży do jego zmniejszenia, a więc podejmuje działania, które zapewniają jej redukcję zagrożenia.

Współczesny strach dotyczy wielu aspektów naszego życia, odczuwamy go nawet przed rzeczami i sprawami, których nie widać. Boimy się wrogów, takich jak wirusy, bakterie, dziura ozonowa czy wiele innych, których nigdy nie zobaczymy, a często nie zrozumiemy. Jak pisze Moisi, kultura Zachodu to kultura strachu. Niepewność jest cechą współczesności. Pisał o tym wcześniej Bauman, Beck i wielu innych socjologów.

Europa, zdaniem Moisiego, nękana jest trzema podstawowymi lękami: strachem przed Innym, strachem przed terroryzmem oraz obawą przed podporządkowaniem się obcemu mocarstwu. Główny jednak lęk tego kontynentu to strach przed utratą władzy nad własnym losem. Podobnym emocjom ulegały także Stany Zjednoczone, szczególnie za prezydentury George'a W. Busha, dziś próbują odbudować kulturę nadziei pod kierunkiem nowego przywódcy.

Strach jest jednak emocją podstawową, a więc okazuje się potrzebny człowiekowi, żeby przetrwać. Tak więc pytanie o to, co zdarzy się, gdy on – strach – zwycięży, nie jest pytaniem uzasadnionym. Człowiek odczuwał ten stan emocjonalny zawsze i często to on pomagał mu przezwyciężać trudności i zapewnić rozwój. Jak piszą socjolodzy emocji – emocje charakteryzują różne stany – od niskiej intensywności do wysokiej. Strach silny rodzi przeróżenie, zgrozę, ale nie agresję, rodzi raczej panikę niż napad. Strach na umiarkowanym poziomie jest niezbędny tak Ameryce, jak i każdej innej części świata.

Pod względem liczby lęków i obaw ani Europa, ani USA nie odbiegają od innych regionów. Ulrich Beck, analizując utopie społeczeństwa światowego, dostrzega nowy wymiar wspólnotowości, a jest nią właśnie strach. „Miejsce

⁶⁴ Z. Bauman, *Życie na przemianę*, Wyd. Literackie, Kraków 2004, s. 203-204.

wspólnoty biedy zajmuje wspólnota strachu”⁶⁵. To, co dziś łączy nie tylko Europejczyków, ale i społeczność globalną, to solidarność wynikająca z lęku przed nieznanym, przed realnymi, ale i wyimaginowanymi zagrożeniami. Biorąc pod uwagę rolę czynników biologicznych w teorii emocji, można wnioskować, że w kulturze strachu jest jakiś element obronny, społeczeństwa odczuwają strach, ale dzięki niemu poszukują sposobów na przetrwanie. Odwołując się do najbardziej ogólnej tezy socjologii emocji o biologicznym, kulturowym i poznawczym wpływie na odczuwanie i wyrażanie emocji, można stwierdzić, że strach jako emocja podstawowa pozwala na ucieczkę przed zagrożeniem, jest tak społecznie skonstruowany, że społeczeństwa pod wpływem strachu uruchamiają mechanizmy pozwalające im się ochronić, a umiejętności kognitywne ludzi umożliwiają rozpoznać strach wywołany realnym zagrożeniem od neurotycznego lęku.

4.4. Dyskusja

Esej Dominique'a Moisiego przepelniony jest prawdziwą troską o sprawy współczesnego globalnego świata. Autorem kieruje potrzeba wyjaśnienia znaczenia procesu nazwanego „geopolityką emocji”. Zapewne w niektórych częściach świata pewne emocje są silniejsze, inne słabsze, zapewne zgodnie z teorią zaraźliwości silne emocje upowszechniają się w czasie i przestrzeni. Trudno jednak zgodzić się z autorem, że trzy wymienione przez niego emocje: nadzieję, upokorzenie i strach to czynniki w znaczący sposób determinujące zachowania całych społeczeństw. Niełatwo sprawdzić empirycznie tezy francuskiego politologa. Fakt upowszechniania się emocji w przestrzeni za pomocą mediów i procesu globalizacji to co najwyżej pewne ramy interpretacyjne, pozwalające lepiej zrozumieć zachowania ludzi, ale nie jest to teoria wyjaśniająca zachowania ludzi, w tym zachowania konfliktowe. Zgodnie z tym, co pokazano w krótkiej analizie emocji w teoriach konfliktowych, należy podkreślić, że emocje, szczególnie te negatywne, albo są przyczyną, albo skutkiem konfliktów. W tym punkcie rozważania Moisiego potwierdzają taką konkluzję. Jednak model przyczynowo-skutkowy opisujący konflikt uwzględnia wiele innych czynników, które albo wzmacniają emocje, albo je niwelują.

Teoria Moisiego może zostać zinterpretowana z perspektywy socjologii emocji. Jego zdaniem, konflikty we współczesnym globalnym świecie wywołane są przede wszystkim przez zagadnienie tożsamości, a ono silnie związane jest z emocjami. Trzy emocje: strach, upokorzenie i nadzieję, zostały wybrane przez francuskiego politologa, gdyż związane są ze zjawiskiem określonym przez niego

⁶⁵ U. Beck, *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Scholar, Warszawa 2002, s. 65.

jako „wiara w siebie”, a powszechnie ich występowanie zaburza ten stan. Wiara w siebie jest według niego „czynnikiem decydującym o tym, w jaki sposób narody i społeczeństwa radzą sobie z wyzwaniami oraz jak odnoszą się do siebie nawzajem”⁶⁶. Emocje są więc kluczem do wyjaśnienia współczesnych konfliktów. Brak wiary w siebie rodzi emocje nadziei, strachu i upokorzenia, a te z kolei decydują o zachowaniach ludzi i zjawiskach społecznych.

Zgodnie z założeniami socjologii emocji, to właśnie one wpływają na decyzje ludzi, a ci mogą być albo świadomi, albo nieświadomi tego wpływu. Co prawda w ponowoczesnym świecie idea oświecenia człowieka racjonalnego jest podważana, jednak nawet sami teoretycy emocji zgadzają się, że racjonalność i emocje są ze sobą ściśle powiązane i nie można ich analitycznie rozdzielić. Tak więc koncepcja Moisiego – geopolityka emocji – to nowe spojrzenie na emocje, ale nie jest niczym nowym w refleksji nad konfliktem, który od lat analizowany był przez socjologów jako złożone zjawisko społeczno-psychologiczne.

Podsumowanie

W niektórych teoriach konfliktu emocje traktowane są jako jedno ze źródeł napęć i sporów⁶⁷. Interdyscyplinarność podejść analizujących konflikt sprawia, że nie można znaleźć koncepcji, która jedynie w emocjach doszukuje się przyczyn konfliktów i ich wpływu na przebieg relacji antagonistycznych. Emocje mogą być bezpośrednią przyczyną sporów, ale same wynikają z innych – pośrednich uwarunkowań, takich jak deprywacja potrzeby, brak dostępu do źródeł czy odmiennego punktu widzenia na daną sprawę. Wyjaśnić więc konflikt tylko przez analizę stanów emocjonalnych ludzi raczej nie sposób.

Emocje w teoriach konfliktu pojawiają się jako jedna z wielu przyczyn, choć należy podkreślić, że stopień znaczenia tego czynnika uzależniony jest od poszczególnych perspektyw teoretycznych. W teoriach konfliktu każdy konflikt rozumiany jest jako zjawisko społeczne zdeterminowane wieloma zmiennymi wewnętrznymi (wewnątrz systemu), jak również zewnętrznymi (w relacji z szerszym otoczeniem). Emocje to tylko jeden z wielu elementów, w żadnej ze znanych koncepcji nie jest uznawany za najważniejszy. Co prawda ludzie, doświadczając pozytywnych emocji, mniej chętnie wkraczają w sporne sytuacje, ale emocje mają swoją dynamikę, która sprawia, że jeden bodziec w otoczeniu zamieni pozytywne nastawienie na pejoratywne. Teoria konfliktu, szczególnie w ujęciu psychologów społecznych, pozwala na lepsze zrozumienie tego zjawiska, gdyż ujawnia

⁶⁶ D. Moisi, *Geopolityka emocji*, WN PWN, Warszawa 2012, s. 21.

⁶⁷ Na przykład w teorii Randalla Collensa, który uważa, że energia emocjonalna jest siłą determinującą interakcje.

wpływ emocji (choć czasem są one ukryte w postawach) na powstanie, przebieg i możliwość jego rozwiązania. Na pewno przyczynia się do lepszego zrozumienia konfliktów interpersonalnych i tych w małych grupach. Makrospołeczne zaś wymagają omówienia wielu dodatkowych zagadnień, takich jak historia, tożsamość, interesy, potrzeby, wartości, które mają swój znaczący udział w tym zjawisku. Socjologia emocji ma znaczenie w interpretacji konfliktów społecznych, jednak nie jest perspektywą badawczą w wystarczający sposób wyjaśniającą konflikty niezależnie od ich rodzaju, siły czy społecznego znaczenia. Nauka o konfliktach wymaga znacznie szerszego spojrzenia na ten społeczny problem. Dlatego spojrzenie Dominique'a Moisiego zachęca do refleksji nad rolą emocji we wspólnym społeczeństwie i typowych dla niego konfliktach. Nie wystarcza jednak do pełnego wyjaśnienia tak emocji, jak i konfliktu. Teoria konfliktu pozwala na rozbudowanie socjologicznej teorii emocji, ale socjologia emocji sama w sobie nie wyjaśnia problemu, jakim jest konflikt społeczny.

Literatura

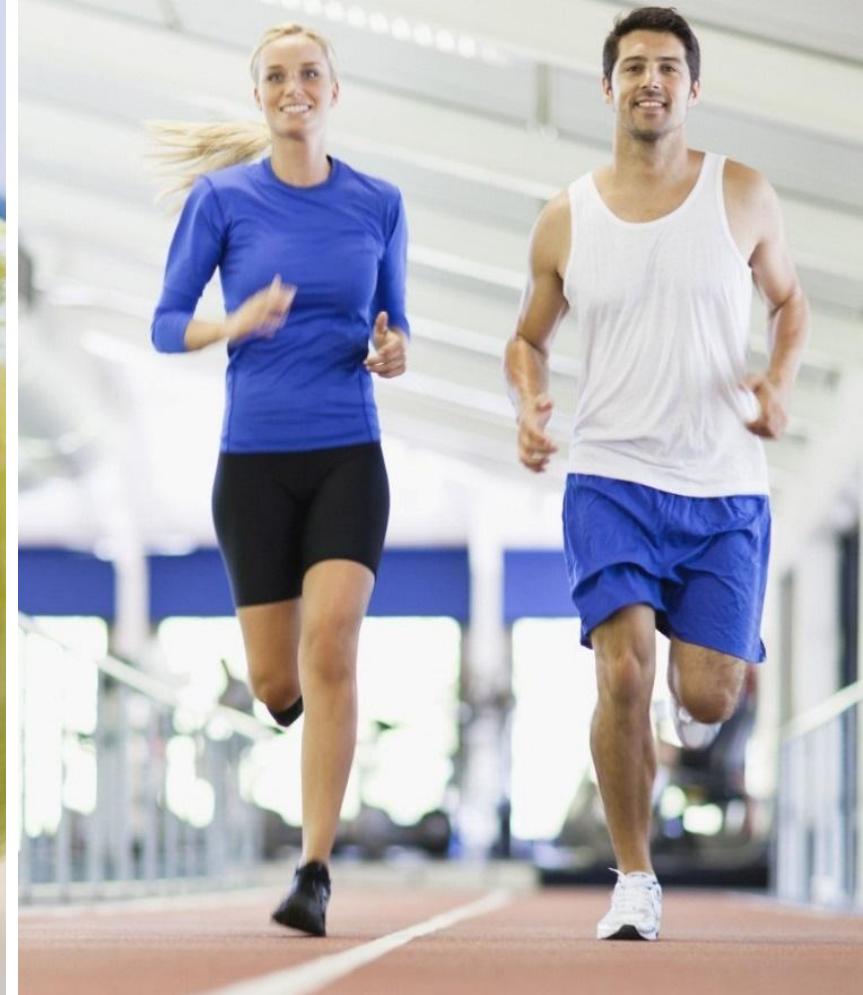
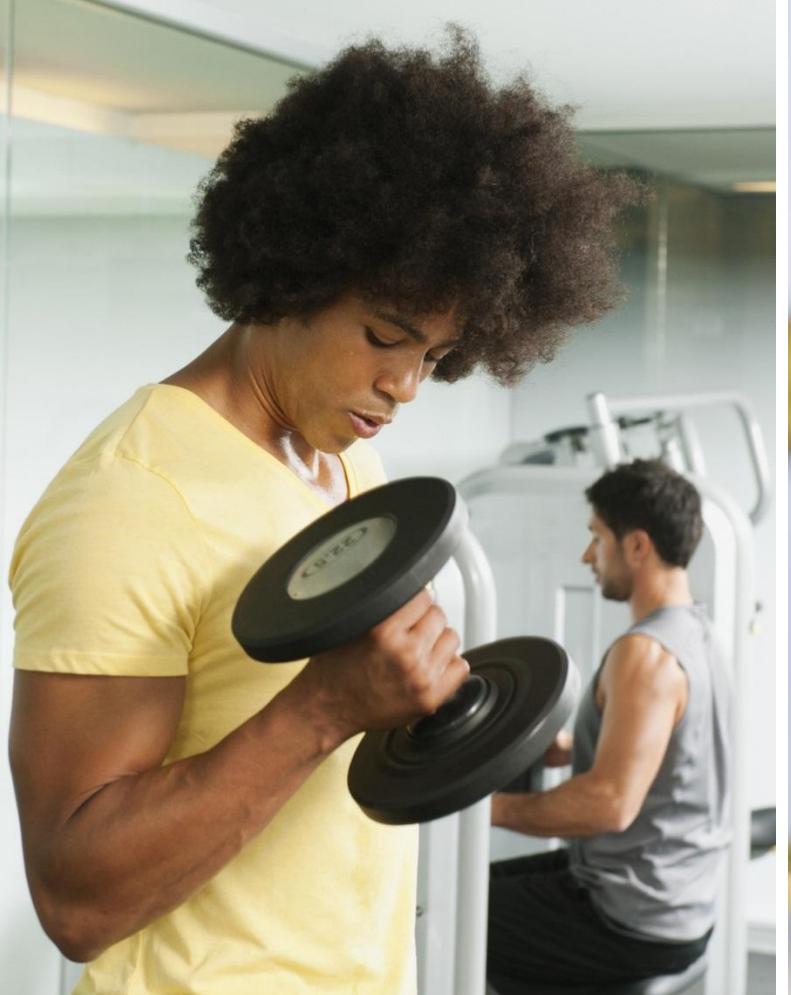
- Allport G., *The nature of prejudice*, Addison-Wesley, Cambridge MA 1954.
- Allred K.G., *Złość i odwet w konflikcie. Znaczenie atrybutacji*, w: *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, red. M. Deutsch, P.T. Coleman, Wyd. UJ, Kraków 2005.
- Azar E.E., *The Management of Protracted Social Conflict. Theory and Cases*, Dartmouth Publishing Company Ltd Aldershot, Aldershot 1990.
- Babiuch-Luxmoore J., *Kościół i społeczeństwo w powojennej Europie Wschodniej*, w: *W biegu czy zawieszeniu? Ludzie i instytucje w procesie zmian*, red. A. Frieske, W. Morawski, Wyd. Instytutu Socjologii UW, Warszawa 1994.
- Bauman Z., *Życie na przemian*, Wyd. Literackie, Kraków 2004.
- Bauman Z., *Płynna nowoczesność*, Wyd. Literackie, Kraków 2006.
- Beck U., *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Scholar, Warszawa 2002.
- Bernstein B., *Socjolingwistyka a społeczne problemy kształcenia*, w: *Język i społeczeństwo*, wybrał i wstępem opatrzył M. Głowiński, Czytelnik, Warszawa 1980.
- Białyszewski H., *Teoretyczne problemy sprzeczności i konfliktów społecznych*, PWN, Warszawa 1983.
- Boulding K.L., *Future Directions in Conflict and Peace Studies*, w: *Conflict: Readings in Management and Resolution*, red. J. Burton, F. Dukes, The Macmillan Press, London 1990.
- Collins R., *Conflict Sociology. Toward an Explanatory Science*, Academic Press, New York 1975.
- Collins R., *Interaction Ritual Chains*, „European Journal of Sociology”, 2006, 47(3), s. 446-451.
- Coser L., *Funkcje konfliktu społecznego*, tłum. S. Burdziej, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2009.
- Coser L., *Społeczne funkcje konfliktu*, w: *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*, PWN, Warszawa 1975.
- Deutsch M., *The Resolution of Conflict. Constructive and Destructive Processes*, Yale University Press, New Haven – London, s. 5-7.
- Deutsch M., *Sprawiedliwość i konflikt*, w: *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, red. M. Deutsch, P.T. Coleman, Wyd. UJ, Kraków 2005.
- Ekman P., Friesen W.V., *Constants across cultures in the face of emotion*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 1971, 17, s. 124-129.

- Hirschowicz M., *Stąd ale dokąd. Społeczeństwo u progu nowej ery*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2007.
- Jasińska-Kania A., *Socjologiczne odkrywanie emocji, „Kultura i Społeczeństwo”*, 2006, r. L, nr 1-2.
- Jasińska-Kania A., *Trzy podejścia do źródeł konfliktów etnicznych i narodowych*, w: *Trudne sąsiedztwa. Z socjologii konfliktów narodowościowych*, red. A. Jasińska-Kania, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2001.
- Kemper T.D., *How many emotions are there? Wedding the social and the Autonomic Components*, „American Journal of Sociology”, 1987, nr 93.
- Kossowska M., *Emocja a uprzedzenia, czyli jakie emocje wzmacniają, a jakie osłabiają siłę uprzedzeń u osób autorytarnych*, w: *Konflikty międzygrupowe. Przejawy, źródła i metody rozwiązywania*, red. K. Skarżyńska, U. Jakubowska, J. Wasilewski, Wyd. Academica SWPS, Warszawa 2007.
- Kozielcki J., *Nadzieja – klucz do sztuki życia*, „Nauka”, 2009, nr 2, s. 7-14.
- Maruszewski T., *Psychologia poznania. Sposoby rozumienia siebie i świata*, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Miller W.I., *Humiliation: And other essays on honor, social discomfort, and violence*, Cornell University Press, Ithaca, NY 1993.
- Moisi D., *Geopolityka emocji*, WN PWN, Warszawa 2012.
- Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, D. Doliński, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- Schellenberg J.A., *The Science of Conflicts*, Oxford University Press, New York – Oxford 1982.
- Simmel G., *Conflict. The Web of Group-Affiliation*, The Free Press, New York – London 1955.
- Simmel G., *Socjologia*, WN PWN, Warszawa 2005.
- Simmel G., *Spór*, w: G. Simmel, *Pisma socjologiczne*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2008.
- Sites P., *Needs as Analogues of Emotions*, w: *Conflict: Human Needs Theory*, red. J. Burton, St. Martin Press-Macmillan, New York – London 1990.
- Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, wydanie nowe, WN PWN, Warszawa 2002.
- Sztompka P., *Wprowadzenie*, w: *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Boguni-Borowska, Wyd. Znak, Kraków 2008.
- Turner J.H., *Struktura teorii socjologicznej*, PWN, Warszawa 1985.
- Turner J.H., *Struktura teorii socjologicznej*, wydanie nowe, WN PWN, Warszawa 2006.
- Turner J.H., Stets J.E., *Socjologia emocji*, WN PWN, Warszawa 2009.
- Wojcieszek B., *Procesy oceniania ludzi*, Wyd. Nakom, Poznań 1991.

Conflict in society and human emotions

Summary. Conflict, as both a social phenomenon and a subject of scientific research, is deeply tied with emotions. The role of emotions in conflict situations is stressed by many researchers and analysts of social life, who distinguish their impact on direct and indirect causes of conflicts, on the conflict development, as well as, the conflict resolution. The main objective of the article is to interpret the theory of social conflicts by taking into account the concept of the sociology of emotions. The authors of the book “*The Sociology of Emotions*”, J. H. Turner and J. E. Stets, made a theoretical analysis of emotions considering many sociological approaches. However, they left the theory of conflict out, without any explanation. As a result, the main research questions raised in the article are as follows: to what extent does the theory of conflict explain emotional dynamics; and how do emotions determine the degree of conflict explosion and its occurrence? The key reason to take a look as such an analysis was the book written by Dominique Moisi – *The Geopolitics of Emotion. How Cultures of Fear Humiliation, and Hope Are Reshaping the World*. The author assumes, that to understand the contemporary world and its conflicts, one must identify the meaning of emotions.

Key words: conflict, emotions, dynamics of emotions, dynamics of conflict



Psychologiczne aspekty zdrowego stylu życia

WYKŁAD PO – 2024/2025 (SEMESTR LETNI)

Bibliografia

LITERATURA DODATKOWA

- Kłos, J., *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2014.
- Linke, S. E., Robinson, C. J., & Pekmezi, D. (2014). *Applying psychological theories to promote healthy lifestyles*. American Journal of Lifestyle Medicine, 8(1), 4-14.
- Sánchez-Miguel, P. A., Vaquero-Solís, M., Sánchez-Oliva, D., Pulido, J. J., López-Gajardo, M. A., & Tapia-Serrano, M. A. (2020). *Promoting healthy lifestyle through basic psychological needs in inactive adolescents: A protocol study from self-determination approach*. Sustainability, 12(15), 5893.

LITERATURA PODSTAWOWA

- Strelau J., Doliński D., *Psychologia akademicka. Podręcznik*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 681-734, Gdańsk.
- Heszen-Celińska I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2020.
- Włodarczyk, E. (2019). *Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia–wybrane zagadnienia*. Medyczna Wokanda, 12(12), 61-90.

Struktura wykładu

1. Zajęcia organizacyjne, prezentacja KOP, informacja o planowanym przebiegu zajęć oraz zasadach zaliczenia przedmiot

2. Wprowadzenie do psychologii zdrowia

3. Motywacja i zmiana zachowań zdrowotnych

4. Stres. Radzenie sobie ze stresem. Rola stresu w zdrowym stylu życia

5. Osobowość i zdrowie

6. Wpływ emocji na zdrowie i dobre samopoczucie

7. Znaczenie snu w zdrowym stylu życia

8. Uważność (*mindfulness*) i jej rola w zdrowym stylu życia

9. Zdrowe relacje interpersonalne i wsparcie społeczne. Społeczne czynniki zdrowia

10. Psychologiczne aspekty aktywności fizycznej

11. Zarządzanie czasem a zdrowy styl życia

12. Rola psychodietetyki w zdrowym stylu życia

13. Psychologiczne bariery w zmianie stylu życia

14. Znaczenie samoregulacji i samokontroli w zdrowym stylu życia

15. Psychologiczne aspekty uzależnień a zdrowy styl życia

Wprowadzenie do psychologii zdrowia

Polskojęzyczne

- 1. Heszen, I., & Sęk, H. (2007).** *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 2. Ogińska-Bulik, N. (2010).** *Psychologia stresu w zawodach usług społecznych: zdrowie i funkcjonowanie zawodowe*. Warszawa: Difin.
- 3. Wrześniowski, K., & Sobolewski, D. (2008).** *Zdrowie i choroba: wybrane problemy psychospołeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Anglojęzyczne

- 1. Taylor, S. E. (2017).** *Health Psychology* (10th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- 2. Ogden, J. (2012).** *Health Psychology: A Textbook* (5th ed.). Berkshire: Open University Press.
- 3. Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2016).** *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (9th ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- 4. Kaptein, A., & Weinman, J. (Eds.). (2004).** *Health Psychology*. Oxford: Blackwell Publishing.

Sugestie bibliograficzne

Problemy definicyjne

Wprowadzenie

- Psychologia zdrowia bada, jak czynniki psychologiczne, behawioralne i społeczne wpływają na zdrowie i chorobę
- Definicje psychologii zdrowia mogą się różnić w zależności od podejścia i perspektywy badawczej

Klasyczne definicje

- **Psychologia Zdrowia według Josepha Matarazzo:** "całość specyficznego edukacyjnego, naukowego i zawodowego wkładu psychologii do promocji i utrzymania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, identyfikacji etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i związanych z nimi dysfunkcji".
- **Model Biopsychospołeczny:** George Engel wprowadził model biopsychospołeczny, który zakłada, że zdrowie i choroba są wynikiem interakcji biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników. W tym kontekście psychologia zdrowia bada, jak te trzy aspekty wpływają na jednostkę.

Definicja APA: Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA): psychologia zdrowia to "dziedzina, która wykorzystuje wiedzę psychologiczną do promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia pacjentów z różnymi chorobami somatycznymi"

Różne perspektywy

- Definicje psychologii zdrowia mogą się różnić w zależności od perspektywy badawczej i zawodowej. Np. klinicyści mogą skupiać się bardziej na zastosowaniu terapii i interwencji, podczas gdy badacze mogą koncentrować się na identyfikacji czynników ryzyka i ochronnych związanych ze zdrowiem.

Ewolucja definicji

- Początkowo psychologia zdrowia koncentrowała się na wpływie stresu i stylu życia na zdrowie. Obecnie obejmuje szeroki zakres tematów, w tym psychoneuroimmunologię*, epigenetykę**, a także zdrowie publiczne i politykę zdrowotną

Podsumowanie

- Psychologia zdrowia jest interdyscyplinarną dziedziną, która łączy elementy psychologii, medycyny, socjologii i innych nauk społecznych. Różne definicje odzwierciedlają bogactwo i złożoność tej dziedziny, a także jej dynamiczny rozwój i adaptację do zmieniających się wyzwań zdrowotnych. Dyskusje wokół definicji psychologii zdrowia pokazują, jak ważne jest zrozumienie różnorodnych perspektyw i podejść w celu skutecznego promowania zdrowia i leczenia chorób.

***Psychoneuroimmunologia (PNI):**

interdyscyplinarne pole badań, które zajmuje się badaniem wzajemnych oddziaływań pomiędzy układem nerwowym, układem odpornościowym i procesami psychicznymi. W skrócie, PNI bada, jak nasze myśli i emocje wpływają na nasze zdrowie fizyczne i odwrotnie

****Epigenetyka:** dziedzina biologii zajmująca się

badaniem zmian w ekspresji genów, które nie są spowodowane zmianami w sekwencji DNA. Innymi słowy, epigenetyka bada, jak czynniki zewnętrzne i wewnętrzne mogą wpływać na to, które geny są włączane lub wyłączone, bez zmian samego kodu genetycznego

Psychologia prewencyjna

- Skupia się na zapobieganiu chorobom poprzez promowanie zdrowych nawyków, takich jak regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, rezygnacja z palenia i ograniczenie spożycia alkoholu.

Psychologia kliniczna

- Koncentruje się na pomocy osobom chorym, zarządzaniu stresem, radzeniu sobie z bólem i wsparciu w procesie rehabilitacji.

Psychologia rehabilitacyjna

- Pomaga pacjentom po przebytych chorobach lub urazach w powrocie do zdrowia, ucząc ich strategii radzenia sobie z ograniczeniami i adaptacji do nowych warunków życia.

**obszary
psychologii
zdrowia**

Zarządzanie stresem

- Psychologia zdrowia oferuje techniki i strategie, jak medytacja, trening autogenny, techniki oddechowe, które pomagają w redukcji stresu. Chroniczny stres może prowadzić do wielu problemów zdrowotnych, w tym chorób serca, nadciśnienia i osłabienia układu odpornościowego.

Motywacja do zmiany nawyków

- Psychologowie zdrowia pracują z pacjentami, aby zidentyfikować bariery wprowadzania zdrowych nawyków i opracować plany działania, które są realistyczne i dostosowane do indywidualnych potrzeb. Przykładem może być motywowanie do regularnych ćwiczeń fizycznych lub przestrzegania zdrowej diety.

Wsparcie w radzeniu sobie z chorobą

- Osoby z przewlekłymi chorobami, jak cukrzyca, rak czy choroby serca, mogą otrzymać wsparcie w radzeniu sobie z emocjonalnymi i psychologicznymi aspektami swojej choroby. To może obejmować techniki radzenia sobie, wsparcie grupowe i interwencje psychoterapeutyczne.

Poprawa jakości życia

- Interwencje psychologiczne mogą znacząco poprawić jakość życia, pomagając osobom lepiej zarządzać bólem, zmniejszać objawy depresji i lęku, oraz poprawiać ogólną satysfakcję z życia.

Edukacja zdrowotna

- Edukowanie ludzi na temat znaczenia zdrowego stylu życia i dostarczanie informacji na temat sposobów zapobiegania chorobom jest kluczowym aspektem psychologii zdrowia. Psychologowie zdrowia mogą pracować w szkołach, miejscach pracy i społecznościach, aby promować zdrowe zachowania

Znaczenie psychologii zdrowia dla zdrowego stylu życia

Psychologia prewencyjna

- Skupia się na zapobieganiu chorobom poprzez promowanie zdrowych nawyków, takich jak regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, rezygnacja z palenia i ograniczenie spożycia alkoholu.

Psychologia kliniczna

- Koncentruje się na pomocy osobom chorym, zarządzaniu stresem, radzeniu sobie z bólem i wsparciu w procesie rehabilitacji.

Psychologia rehabilitacyjna

- Pomaga pacjentom po przebytych chorobach lub urazach w powrocie do zdrowia, ucząc ich strategii radzenia sobie z ograniczeniami i adaptacji do nowych warunków życia.

**obszary
psychologii
zdrowia**

Zarządzanie stresem

- Psychologia zdrowia oferuje techniki i strategie, jak medytacja, trening autogenny, techniki oddechowe, które pomagają w redukcji stresu. Chroniczny stres może prowadzić do wielu problemów zdrowotnych, w tym chorób serca, nadciśnienia i osłabienia układu odpornościowego.

Motywacja do zmiany nawyków

- Psychologowie zdrowia pracują z pacjentami, aby zidentyfikować bariery wprowadzania zdrowych nawyków i opracować plany działania, które są realistyczne i dostosowane do indywidualnych potrzeb. Przykładem może być motywowanie do regularnych ćwiczeń fizycznych lub przestrzegania zdrowej diety.

Wsparcie w radzeniu sobie z chorobą

- Osoby z przewlekłymi chorobami, jak cukrzyca, rak czy choroby serca, mogą otrzymać wsparcie w radzeniu sobie z emocjonalnymi i psychologicznymi aspektami swojej choroby. To może obejmować techniki radzenia sobie, wsparcie grupowe i interwencje psychoterapeutyczne.

Poprawa jakości życia

- Interwencje psychologiczne mogą znacząco poprawić jakość życia, pomagając osobom lepiej zarządzać bólem, zmniejszać objawy depresji i lęku, oraz poprawiać ogólną satysfakcję z życia.

Edukacja zdrowotna

- Edukowanie ludzi na temat znaczenia zdrowego stylu życia i dostarczanie informacji na temat sposobów zapobiegania chorobom jest kluczowym aspektem psychologii zdrowia. Psychologowie zdrowia mogą pracować w szkołach, miejscach pracy i społecznościach, aby promować zdrowe zachowania

Znaczenie psychologii zdrowia dla zdrowego stylu życia

Przykłady zastosowań

Programy redukcji wagi

- programy, które łączą zmiany w diecie z terapią poznawczo-behawioralną w celu trwałej redukcji masy ciała

Programy antynikotynowe

- Np. terapia behawioralna, która może pomóc osobom rzucić palenie

Promowanie aktywności fizycznej

- Psychologowie zdrowia mogą opracowywać programy motywacyjne, które zachęcają do regularnej aktywności fizycznej

Psychologia zdrowia odgrywa kluczową rolę w promowaniu zdrowego stylu życia, wpływając na zachowania i nawyki, które prowadzą do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego. Poprzez zrozumienie i modyfikowanie zachowań zdrowotnych, psychologowie zdrowia przyczyniają się do poprawy jakości życia i zmniejszenia ryzyka wielu chorób

Model biomedyczny:

- **Opis:** Tradycyjny model koncentrujący się na biologicznych przyczynach chorób. Zakłada, że każda choroba ma specyficzną przyczynę biologiczną (np. wirusy, bakterie) i można ją wyleczyć, eliminując tę przyczynę.
- **Zalety:** Skuteczny w diagnozowaniu i leczeniu wielu chorób.
- **Wady:** Pomija czynniki psychologiczne i społeczne, które mogą wpływać na zdrowie.

Model biopsychospołeczny:

- **Opis:** Zakłada, że zdrowie i choroba są wynikiem interakcji biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników. Uwzględnia, że zdrowie jest kształtowane przez emocje, przekonania, zachowania oraz wsparcie społeczne.
- **Zalety:** Holistyczne podejście do zdrowia, uwzględniające szeroki zakres czynników wpływających na zdrowie.
- **Wady:** Może być trudny do zastosowania w praktyce ze względu na jego złożoność.

Model stresu i radzenia sobie z nim (Lazarusa i Folkman):

- **Opis:** Koncentruje się na tym, jak ludzie radzą sobie ze stresem i jak to wpływa na ich zdrowie. Zakłada, że stres jest wynikiem interakcji między jednostką a jej środowiskiem, a zdrowie zależy od skuteczności strategii radzenia sobie ze stresem.
- **Zalety:** Podkreśla znaczenie indywidualnych różnic w reakcjach na stres i radzeniu sobie.
- **Wady:** Może być trudny do mierzenia i oceny w badaniach empirycznych.

Model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model):

- **Opis:** Zakłada, że zachowania zdrowotne są wynikiem indywidualnych przekonań dotyczących zdrowia. Model ten identyfikuje kilka kluczowych czynników wpływających na zachowania zdrowotne, w tym: postrzegane zagrożenie (wrażliwość i ciężkość), postrzegane korzyści i bariery, oraz wskazówki do działania.
- **Zalety:** Użyteczny w projektowaniu interwencji zdrowotnych i programów edukacyjnych.
- **Wady:** Może nie uwzględniać wszystkich czynników wpływających na zachowania zdrowotne, takich jak emocje i nawyki.

Modele teoretyczne psychologii zdrowia

Teoria planowanego zachowania (Theory of Planned Behavior):

- **Opis:** Rozwinięcie teorii działania uzasadnionego, która dodaje komponent percepcji kontroli nad zachowaniem. Zakłada, że intencje zachowań są wynikiem postaw wobec zachowania, norm subiektywnych i postrzeganej kontroli nad zachowaniem.
- **Zalety:** Pozwala przewidywać i zmieniać szeroki zakres zachowań zdrowotnych.
- **Wady:** Zakłada racjonalność w procesie podejmowania decyzji, co nie zawsze jest zgodne z rzeczywistością.

Model transteoretyczny (Stages of Change Model):

- **Opis:** Opisuje proces zmiany zachowania jako przejście przez różne etapy: prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie, utrzymanie, i ewentualnie nawroty. Zakłada, że ludzie przechodzą przez te etapy w sposób cykliczny, a nie liniowy.
- **Zalety:** Użyteczny w planowaniu interwencji dostosowanych do etapu zmiany, w jakim znajduje się jednostka.
- **Wady:** Nie zawsze uwzględnia indywidualne różnice i specyficzne konteksty, które mogą wpływać na proces zmiany.

Modele teoretyczne... c.d.

Sylvana Dietel

WYMIARY EMOCJI I ICH ZNACZENIE W EDUKACJI DOROSŁYCH

Punkt wyjścia

Wymiary¹ emocji dotyczą wielu kompleksowych obszarów ludzkiego życia i uczenia się. Emocje są często odróżniane od uczuć jako subiektywnych komponentów doznań na podstawie funkcji psychologicznych i funkcji związanych z działaniem, aczkolwiek elementy te należy postrzegać jako współgrające ze sobą. „Pełna definicja emocji musi [...] uwzględniać w równym stopniu trzy aspekty: (a) doznawanie lub świadome odczuwanie uczucia, (b) procesy, które rozgrywają się w mózgu i w systemie nerwowym, i (c) widoczne, szczególnie na twarzy, sposoby ekspresji”². Emocje

wiele łączy z innymi komponentami, jak choćby z motywami, np. historia rozwoju i uczenia się, określone odniesienie do środowiska, bardziej lub mniej stabilne umocowanie w osobowości, związek z obrazem siebie i tożsamością, oddziaływanie widoczne na zewnątrz, np. przy określonych osiągnięciach lub też przy pewnych zaburzeniach i trudnościach itd. Emocje są silnie powiązane ze wszystkimi innymi procesami odczuwania i działania jednostki³.

Niemal wszelkie postrzeganie i w ogóle procesy poznanocze zawierają element emocjonalny, nie widzimy bowiem po prostu domu, lecz piękny, brzydkie czy luksusowy dom. Emocje nie muszą być powiązane z konkretnymi działaniami, ponieważ można się bać, a jednak nie uciekać, można być wściekłym, a mimo to uśmiechać się. Ponadto takie same działania mogą wyniknąć z odmiennych odczuć, nastawień i motywów. W związku z dynamiką grupową ważne jest, że emocje są zaraźliwe. Nastroje w grupach mogą się raptownie zmienić, zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym.

Nie zawsze jest możliwe jednoznaczne określenie emocji, między innymi dlatego, że mogą one ze sobą spręgać. Sprzężenie strachu i zainteresowania może stwarzać

¹ Wymiary emocji są rozległe, rozgałęzione, powiązane z badaniami w różnych dyscyplinach.

² C.E. Izard, *Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*, Weinheim 1999, s. 20.

³ D. Ulich, *Das Gefühl. Eine Einführung in die Emotionspsychologie*, München 1989, s. 17.

okazję do edukacji⁴. Decydujący jest tutaj stopień natężenia emocji, to znaczy: gdy wspomniane emocje są równie silne, to przy negatywnych, wywołujących strach, kryzysowych, nowych sytuacjach możliwy jest pozytywny rozwój wywołany przez emocje aktywizujące zainteresowanie.

Emocje znajdują się więc w centrum wszystkich ludzkich reakcji i interpretacji. Stają się silne w sytuacji obciążenia. Dla jednostki stanowi to wyzwanie, oznacza bowiem konieczność wymagającego wysiłku radzenia sobie z nimi. Emocje leżą u podstaw podejmowania decyzji; wpływają one także na zainteresowanie edukacją, stosunki międzyludzkie i komunikację. Należy zwłaszcza podkreślić, że nie są one jedynie automatycznie związane z ciałem, lecz są w nie wpisane. Ich przejawy, według psychologii różnic indywidualnych⁵, są zarówno częściowo wrodzone, jak i nabycie w drodze socjalizacji. Schematy emocjonalne bywają więc też różne w zależności od kultury i płci. Jeżeli w drodze refleksji ich wpływ zostanie rozpoznany, to ciało przestaje być dla człowieka tylko instrumentem. Przez ciało człowiek doświadcza emocji i wyraża je, a jednocześnie oddziałują one na ciało. Tak więc w zależności od rozwoju i intensywności wpływają one także na zdrowie, chorobę i dobre samopoczucie.

Wymiar funkcji⁶

Pod wpływem wyników badań w obszarze neurobiologii z lat 90. XX wieku emocjom przypisuje się dziś większe znaczenie. „Badania emocji i badania z zakresu neurobiologii przypisują emocjom rozległy wpływ na procesy kognitywne. Emocjonalność przestaje być traktowana jako mniej ważny obszar rozwoju psychicznego, lecz dostrzega się jej obecność w różnych procesach psychicznych. Rezultatem badań neurobiologicznych jest pogląd o wzajemnej zależności zdolności emocjonalnych i kognitywnych”⁷.

a) Pamięć

Nie wszystkie procesy związane z pamięcią zostały szczegółowo rozpoznane. Najważniejsze jest jednak, że znane są podstawowe funkcje kory przedcołowej (pamięć robocza i uwaga), hipokampu (deklaratywna pamięć długotrwała), kory sensorycznej

⁴ S. Otto, *Negativität als Bildungsanlass. Pilotstudie über negative Gefühle. Erwachsenenpädagogischer Report*, Berlin 2005.

⁵ C.E. Izard, *op. cit.*

⁶ Poniższe wywody opierają się na systematycznym opracowaniu wyników badań neurobiologicznych dla andragogicznej recepcji przeprowadzonym przez W. Gieseke (*Lebenslanges Lernen und Emotionen. Wirkungen von Emotionen auf Bildungsprozesse aus beziehungstheoretischer Sicht*, Bielefeld 2007, 2009).

⁷ *Ibidem*, s. 18.

(postrzeganie i pamięć krótkotrwała). Funkcje te związane są z ciałem migdałowatym (źródło emocji)⁸.

Oznacza to, że wspomnienia wydają się bardzo plastyczne, jeśli są związane z pobudzeniem emocjonalnym. Tak więc pamięć autobiograficzna zapewnia zapamiętywanie tam, gdzie może stworzyć osobiste odniesienia do jakiegoś aspektu tematu, jeśli chodzi o nową wiedzę. Neutralna wiedza o faktach jest w inny sposób zapisywana w mózgu i jest bardziej narażona na zapominanie⁹.

Wrażenia zmysłowe docierają przez filtry uczuć w mózgu do ciała migdałowego, tu rozstrzyga się w ułamku sekundy, gdzie zostaną zgromadzone informacje¹⁰. Badania wskazują, że również proces przypominania usprawnia się, jeśli jednostka znajduje się w podobnej sytuacji lub gdy ją wspomina. Tym łatwiej przypomnieć sobie pewne rzeczy, im intensywniejsze stany emocjonalne im towarzyszą¹¹. Jak wyjaśnia Gerhard Roth, pamięć jest wysoce dynamicznym układem, który kieruje naszym zachowaniem oraz umożliwia planowanie postępowania¹².

Na szczególną uwagę [...] zasługuje zjawisko i czynnik stresu, jako bariera i wsparcie procesów uczenia się. Joseph Ledoux dowodzi, że przy ciągłej nadmiernej reakcji stresowej dochodzi do pogorszenia funkcji neuronalnych w przednim i środkowym płacie skroniowym, hipokampie, który odpowiedzialny jest za liczby, daty, fakty i połączenie z ciałem migdałowatym¹³.

„Odpoczynek i spokój [...] są wręcz konieczne, by wobec długotrwałego stresu poprzez wyważoną gospodarkę emocjonalną zapewnić rozwój, refleksję, podejmowanie decyzji oraz rozwiązywanie problemów”¹⁴. Na to spostrzeżenie należy zwrócić uwagę w odniesieniu do zadań związanych z uczeniem się i rozwojem w kontekście pedagogicznym i zawodowym.

b) Motywacja i zdolność podejmowania decyzji

W sytuacjach podejmowania decyzji emocje mogą działać aktywizując lub hamując. Decyzje zależą od złożoności sytuacji i jej afektywno-emocjonalnego znaczenia dla jednostki. Podobnie decyzje dotyczące edukacji dalszej są powiązane z emocjami.

⁸ J. Ledoux, *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*, München 2001, s. 308.

⁹ W. Gieseke, *op. cit.*, s. 84.

¹⁰ H.J. Markowitsch, *Neuropsychologie des Gedächtnisses*, Göttingen 1992.

¹¹ Zob. M.N. Eagle, *Emotion und Gedächtnis*, [w:] *Emotion und Kognition*, red. H. Mandl, G.L. Huber, München–Wien–Baltimore 1983.

¹² G. Roth, *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*, Frankfurt am Main 2001.

¹³ W. Gieseke, *op. cit.*, s. 84 i nast.

¹⁴ *Ibidem*.

Motywacja do uczestnictwa w edukacji dalszej zależy na przykład od przyswojonych i rozwijanych w ciągu życia schematów emocjonalnych, kształtowanych pod wpływem czynników kulturowych, środowiskowych i płciowych (socjalizacja). Również pod wpływem czynników emocjonalnych edukacji jest przypisywana wartość. Szkolne doświadczenia edukacyjne także bardzo silnie oddziałują (warunkują) – chodzi tu o intensywne doświadczenia związane ze strachem¹⁵, które nie zostały przepracowane lub przekształcone (wspomnienia ograniczające w sposób negatywny)¹⁶. Ale na motywację wpływają też struktury okazjonalne¹⁷, wykształcenie, finanse, czas i korzyści płynące z edukacji¹⁸.

Na związek emocji i kognicji wskazują przeprowadzone w obszarze neurobiologii badania wśród pacjentek i pacjentów z uszkodzeniami mózgu¹⁹. Również tak zwane decyzje brzucha, według Gerda Gigerenzera związane z intuicją i przeczuciem, wpływając na szybko pojawiające się w świadomości rozstrzygnięcia, których głębszych przyczyn sobie nie uświadamiamy, a które są na tyle silne, by pokierować działaniem²⁰. Ponieważ doznania emocjonalne są różne w ciągu całego życia, istnieje wiele rozmaitych typów podejmowania decyzji. Należy jednak przyjąć, że osoby stabilnie emocjonalne są bardziej otwarte wobec sytuacji decyzyjnych i w mniejszym stopniu doznają negatywnych emocji, tworzą bardziej kreatywne asocjacje niż osoby labilne emocjonalnie²¹.

Podsumowując: podejmowanie decyzji nie jest racjonalną procedurą rozstrzygania²². Jest to wniosek istotny dla poradnictwa edukacyjnego i poradnictwa osadzonego w ramach edukacji dorosłych.

¹⁵ J. Ledoux, *op. cit.*

¹⁶ Por. J. Reich-Claassen, *Warum Erwachsene (nicht) an Weiterbildungsveranstaltungen partizipieren. Einstellungen und prägende Bildungserfahrungen als Regulatoren des Weiterbildungsverhaltens. Eine qualitativ-explorative Untersuchung erwartungswidriger Teilnahme und Nichtteilnahme an Erwachsenenbildung*, Berlin 2010.

¹⁷ Inaczej struktury możliwości – konformistyczne lub nonkonformistyczne sposoby osiągania kulturowo usankcjonowanych celów – przyp. tłum.

¹⁸ H. Friebel i in., *Bildungsbeteiligung: Risiken und Chancen. Eine Längsschnittstudie über Bildungs- und Weiterbildungskarrieren in der Moderne*, Opladen 2000; C. Schiersmann, *Profile Lebenslangen Lernens. Weiterbildungserfahrungen und Lernbereitschaft der Erwerbsbevölkerung*, Bielefeld 2006; R. Brödel, A. Yendell, *Weiterbildungsvorhaben und Eigenressourcen. NRW-Studie über Geld, Zeit und Erträge beim lebenslangen Lernen*, Bielefeld 2008; S. Schmidt-Lauff, *Zeit für Bildung im Erwachsenenalter: Interdisziplinäre und empirische Zugänge*, Münster–New York–München–Berlin 2008.

¹⁹ A.R. Damasio, *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*, München 2000.

²⁰ G. Gigerenzer, *Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*, München 2008, s. 25.

²¹ Por. S. Dietel, *Gefühltes Wissen als emotional-körperbezogene Ressource. Eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung*, Wiesbaden 2012.

²² G. Roth, *op. cit.*

Wymiar edukacji

Procesy nauczania i uczenia się powinny być badane z perspektywy emocji. Badania nad nauczaniem i uczeniem się z tego punktu widzenia mogą dotyczyć emocji i zachowania osób prowadzących kurs; nabytych, związanych z uczeniem się wzorców emocjonalnych (socjalizacja) albo emocji i ich znaczenia na kursie (w odniesieniu do treści i osób). Szersze perspektywy przyjmują badania opierające się na analizie oddziaływań (*Wirkungsanalyse*), dotyczące procesów edukacji emocjonalnej²³.

a) Rozwój osób uczących się

Badania nad uczeniem się koncentrują się na procesie uczenia się rozpatrywanym z jednostkowego punktu widzenia²⁴. „Stawiają one pytanie, dlaczego i na ile wytrwale jednostki się uczą”²⁵. Bariery w uczeniu się mogą tkwić w sztywnych kontekstach tożsamości podmiotu. Andragogika koncentruje się na kontynuacji drogi uczenia się w dorosłym życiu niezależnie od wynikającego z uprzednich doświadczeń nastawienia do szkoły, nie ignoruje go jednak²⁶. Badania zajmujące się oporem wobec uczenia się²⁷ wskazują między innymi na potrzebę emocjonalnego uczenia się przełamującego ograniczające wzorce. Opór może pojawić się zarówno jako odczucie, jak i jako działanie. Afektywno-kognitywne systemy odniesienia stanowią jednocześnie silnie zabarwione subiektywnie „zoperacyjonalizowane systemy prawdy”²⁸. Na ich podstawie w umyśle jednostki tworzone są trwałe, relatywnie spójne i zamknięte własne prawdy oraz nieświadomione oczywistości. „Opór można traktować jako spontaniczną kompleksową i mimowolną, tzn. emocjonalną autodefinicję podmiotu. Jest on próbą zachowania, utrzymania i uchronienia ukrytych, ważnych subiektywnych prawd”²⁹.

Jako naturalny mechanizm obronny opór pojawia się wobec kwestionowania tożsamości jednostki. W tym sensie uczucia są źródłem poznania. Treści obecne w sytuacjach nauczania i uczenia się mogą również wywoływać mechanizmy obronne. Mogą one się pojawić w wyniku dostrzeżenia związku pewnych cech sytuacji ucze-

²³ Por. S. Dietel, *op. cit.*

²⁴ Por. H. Siebert, *Lehr-/Lernforschung*, [w:] *Wörterbuch Erwachsenenbildung*, red. R. Arnold, S. Nolda, E. Nuissl, Bad Heilbrunn 2001.

²⁵ J. Ludwig, *Lehr-, Lernsettings*, [w:] *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungs-forschung*, red. B. Schäffer, O. Dörner, Opladen–Berlin–Toronto 2012, s. 512.

²⁶ W. Gieseke, *op. cit.*, s. 32.

²⁷ T.H. Häcker, *Widerstände in Lehr-Lernprozessen: eine explorative Studie zur pädagogischen Weiterbildung von Lehrkräften*, Frankfurt am Main 1999; R. Arnold, *Identität und Emotion als Faktoren. Erkenntnisse aus der Lernwiderstandsforschung*, „DIE” 2000, nr 2.

²⁸ Por. T.H. Häcker, *op. cit.*

²⁹ *Ibidem*, s. 138.

nia się i nauczania z podobnymi sytuacjami biograficznymi. Obronę integralności pojmuje się również jako pozytywną stronę oporu wobec uczenia się. Jednakże Rolf Arnold ostrzega przed rehabilitacją oporu wobec uczenia się jako wyniku racjonalnie wykalkulowanego weryfikowania ważności „wymaganych” treści uczenia się przez autonomiczne podmioty³⁰.

Specyficzne dla myślenia o procesach całożyciowego uczenia się jest przekonanie o zdolnościach rozwojowych, występujących także w przypadku transformacji emocji. Nie ma tu założenia definitywności. Edukacja jako proces niekończący się nie oznacza jednak ciągłego [...] i dającego się przewidzieć działania. Edukacja jako blackbox³¹, jako proces otwarty zawsze może zaskoczyć. Dlatego należy przyjrzeć się różnorodności emocji, które w ten proces ingerują, sterując, niszcząc, wstrzymując, wspierając, unicestwiając³².

Procesy uczenia się i edukacji mogą prowadzić do uczuciowej wiedzy orientacyjnej (*gefühltes Orientierungswissen*). Uczucia umożliwiają orientację w świecie zewnętrznym i stanowią również formę racjonalności³³. Odczuwanie staje się znakiem i sygnałem o subiektywnym znaczeniu. „W tym sensie świat uczuć daje obserwatorowi punkt odniesienia, tzn. odkrywa pozostającą często w nieświadomości perspektywę i porównywalny punkt widzenia”³⁴.

b) Rozwój osób nauczających i kreowanie atmosfery uczenia się

Od nauczających wymaga się, aby kontrolowali swoje emocje i tworzyli atmosferę pobudzającą uczenie się. To pierwsze konieczne jest z różnych powodów, na przykład ze względu na opory wobec uczenia się³⁵ lub projekcje uczących się. „Należy zacząć od tego, że procesem uczenia się i nauczania towarzyszą stale różnorodne, mniej lub bardziej intensywne i zmieniające się stany emocjonalne, zarówno uczącego się, jak i nauczającego, oraz że wpływają one na proces uczenia się w wieloraki sposób”³⁶. Również osoby nauczające doświadczają lęków. Opory uczących się są – jak wykazano – splecione z emocjami. Wywołują one takie same emocje u nauczających i determinują ich działanie. Emocje nauczycieli dzieli się w literaturze na związane z wynikami oraz społeczne. Te pierwsze „odnoszą się do działań nauczania związanych z osiągnięcia-

³⁰ R. Arnold, *op. cit.*

³¹ Blackbox oznacza, że nie wiadomo, co pojawi się jako wynik – przyp. tłum.

³² W. Gieseke, *op. cit.*, s. 56.

³³ Por. *Philosophie der Gefühle*, red. S.A. Döhring, Frankfurt am Main 2009.

³⁴ A.R. Hochschild, *Das gekaufte Herz: zur Kommerzialisierung der Gefühle*, Frankfurt am Main–New York 1990, s. 48.

³⁵ T.H. Häcker, *op. cit.*

³⁶ *Ibidem*, s. 111.

mi, a więc do działań dydaktycznych zorientowanych na szkolne cele nauczania”³⁷. Społeczne emocje nauczyciela są „połączone z celami działania, które mają związek z potrzebą bycia akceptowanym i kochanym, z zachowaniem obrazu siebie, z tym, by nie zostać wykluczonym lub odrzuconym”³⁸. Mogą one przynosić pozytywne efekty, na przykład wspierając uwagę uczestniczek i uczestników oraz przyczyniając się do solidnego przygotowania do zajęć³⁹. Podejście autorefleksyjne wspiera działanie profesjonalne i sprzyjające zdrowiu, co staje się dziś coraz ważniejsze, zważywszy na liczne przypadki wypalenia zawodowego.

Stworzenie atmosfery pobudzającej uczenie się wymaga profesjonalnego kreowania sytuacji początkowej. Dzieje się to przez angażowanie energii psychicznej uczących się, dające im możliwość orientacji wolnej od lęku⁴⁰ lub przez unikanie wieloznacznosci przy formułowaniu celów i wymagań⁴¹. Przy ocenie uczących się ważne jest również rozróżnianie porywów uczuć (*Gefühlsregungen* – silne uczucia), nastawień uczuciowych (*Gefühlshaltungen* – skłonność do określonych odczuć) oraz nastrojów (habitualne)⁴².

Wiedza o emocjach powinna być częścią wiedzy specjalistycznej w pracy pedagogicznej. Wskazania dotyczące działania pedagogicznego, które zostały wywiedzione z wyników badań w obszarze neurobiologii, pojawiają się w dwóch wariantach. Często są one jednak przedstawiane w wersji popularnonaukowej oraz w formie recept i nie stanowią podstaw żadnej teorii uczenia się. Po pierwsze są to wskazania w postaci konkretnych wskazówek dotyczących strategii nauczania i uczenia się oraz metod, które wypracowano na podstawie badań nad pracą mózgu⁴³, między innymi myślenia „przyjaznego dla mózgu” (niem. *hirngerecht*, ang. *brain friendly*). Po drugie, są to modele neurobiologiczne, które mogą służyć raczej jedynie jako tło refleksji, na przykład pozwalają lepiej opisać problemy nauczania i uczenia się⁴⁴.

Odwołując się do poglądów Volkera Buddrusa, można wyłonić pięć obszarów kwalifikacji pedagogów:

³⁷ *Ibidem*, s. 133.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ Por. H. Siebert, *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*, Augsburg 1996.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Por. V. Buddrus, *Die „verborgenen“ Gefühle in der Pädagogik. Impulse und Beispiele aus der Humanistischen Pädagogik zur Wiederbelebung der Gefühle*, Hohengren 1992.

⁴² Por. D. Ulich, *op. cit.*; V. Budrus, *op. cit.*

⁴³ Por. M. Spitzer, *Lernen: Gehirnforschung und Schule des Lebens*, Heidelberg, Berlin 2002; V. Birkenbiehl, *Stroh im Kopf. Vom Gehirn-Besitzer zum Gehirn-Benutzer*, Heidelberg 2007.

⁴⁴ N. Becker, G. Roth, *Hirnforschung und Didaktik. Ein Blick auf aktuelle Rezeptionsperspektiven, „Erwachsenenbildung“* 2004, nr 3, s. 109.

1. Uwrażliwienie jako stawianie się świadomym uczuć, umożliwiające świadome oddziaływanie.
2. Wiedza dotycząca własnych uczuć oraz kulturowych uwarunkowań uczenia się i wyrażania uczuć, również bodźców wywołujących uczucia i reguł ich wyrażania.
3. Kompetencje przekształcania własnych uczuć.
4. Zdolność sytuacyjnej adaptacji nauczania do warunków ramowych, na przykład w przypadku oporów wobec uczenia się.
5. Zapobieganie (*Prävention*) jako umiejętność obserwowania i uwzględniania dotychczasowych postępów w uczeniu się w celu zdiagnozowania trudności⁴⁵.

Wymiar teorii w edukacji dorosłych

Do teoretycznej dyskusji na temat edukacji dorosłych przenika problematyka emocji⁴⁶.

Edukacja emocjonalna względnie edukacja poprzez emocje to procesy wysoce zindywiduализowane i zróżnicowane. Wkraczają one do dyskusji teoretycznej wraz z postępem badań neurobiologicznych i psychologicznych, społecznym zainteresowaniem tą kwestią oraz zainteresowaniem w sferze edukacji⁴⁷.

Autorka⁴⁸ skoncentrowała się w swoich badaniach na pomnażaniu zasobów emocjonalnych jako wspieraniu procesów edukacji i rozwoju. Celem jej badań było zebranie wypowiedzi na temat ograniczających zachowań autodestrukcyjnych, a następnie ukazanie możliwości rozwoju przez ofertę edukacyjną. Przykładowo zdolności krytyczne i umiejętność podejmowania decyzji w edukacji wymagają również zasobów emocjonalnych. Z perspektywy edukacji w przyjętym rozumieniu zasobów emocjonalnych lokuje się je pomiędzy doświadczeniami z przeszłości, doświadczeniami aktualnymi i przyszłymi możliwościami. Biografie edukacyjne dorosłych pozwalają opisać konieczność emocjonalnych przeobrażeń i radzenie sobie z nimi w kontekście pomnażania zasobów.

Andragogiczne teorie odnoszące się do emocji koncentrują się często na kwestiach problemów. Koncepcje dotyczące rozwijań są raczej traktowane marginalnie. Zostaną przedstawione poniżej.

⁴⁵ Na podstawie: V. Buddrus, *op. cit.*

⁴⁶ Wiele aspektów tego, co zostało wcześniej powiedziane, można już odnaleźć w praktyce edukacji dorosłych, nawet jeśli emocje nie są wprost tematyzowane.

⁴⁷ S. Dietel, *op. cit.*, s. 123.

⁴⁸ *Ibidem.*

a) Emocjonalna autorefleksyjność

Perspektywa emocjonalnej autorefleksyjności wywodzi się z teorii kompetencji emocjonalnej⁴⁹, która podejmuje kwestie doznawania, rozumienia, wyrażania i kontroli emocji. Emocjonalna autorefleksyjność jest niezbędna szczególnie w przypadku występowania oporów wobec uczenia się. Chodzi tu o refleksję nad własnym postrzeganiem i myśleniem, ponieważ widzimy i czujemy świat tak, jak go doświadczymy, i tak, jak zapisał się on w naszych doświadczeniach. Dlatego wobec własnych wzorców potrzebny jest opór emocjonalnej autorefleksji⁵⁰. Aby przeciwdziałać blokadom w uczeniu się, często sprzężonym z wzorami życiowymi, konieczne są, według Rolfa Arnolda, kognitywne formy autokonfrontacji w ramach określonych ofert edukacji dorosłych. Celowe uczenie się powinno umożliwiać emocjonalne dojrzewanie.

Emocjonalnie kompetentny człowiek, który jest świadom swoich wzorców oraz mechanizmów działania własnej emocjonalnej systemowości, nie jest wprawdzie w pełni wolny od tej systemowości, ale może „wyjść” z niej mentalnie lub faktycznie i działać inaczej⁵¹.

Kompetencje emocjonalne według Daniela Golemana⁵² i Rolfa Arnolda⁵³ wymagają umiejętności rozróżniania tego, co wewnętrzne (zmagazynowane uczucia i odpowiednie sposoby reakcji), od tego, co zewnętrzne (obiektywne wymogi społeczne). Do wykonania tej czynności potrzebne są bardziej wrażliwe i różnorodne oferty, nieograniczone tylko do czysto kognitywnej refleksji, ale umożliwiające także refleksję cielesną⁵⁴ (*körperliche Reflexion*)⁵⁵. Nie oznacza to, że nie ma takich ofert, jednak ten aspekt w ramach ogólnej edukacji dorosłych (kulturalna i zdrowotna) należałoby jeszcze intensywniej rozwijać.

b) Teoria uczenia się transformatywnego

Ortfried Schäffter⁵⁶ wskazuje na potrzebę uczenia się transformatywnego w związku z transformacją społeczną i zmianą zakresu oddziaływania edukacji dalszej. Edukacja

⁴⁹ Por. D. Goleman, *Emotionale Intelligenz*, München–Wien 2001.

⁵⁰ R. Arnold, *Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit. Beiträge zu einer emotionspädagogischen Erwachsenenbildung*, Baltmannsweiler 2005, s. 84.

⁵¹ R. Arnold, *Emotionale Kompetenz und emotionales Lernen in der Erwachsenenbildung. Pädagogische Materialien der Universität Kaiserslautern*, Kaiserslautern 2003, s. 14.

⁵² D. Goleman, *op. cit.*

⁵³ R. Arnold, *op. cit.*

⁵⁴ Chodzi o refleksję dotyczącą ciała – przyp. tłum.

⁵⁵ S. Dietel, *op. cit.*

⁵⁶ O. Schäffter, *Weiterbildung in der Transformationsgesellschaft. Zur Grundlegung einer Theorie der Institutionalisierung*, Baltmannsweiler 2001.

dorosłych w jego przekonaniu nie tyle służy nadążaniu za zmianami, co stwarza ludziom możliwość zdystansowania się i zwolnienia tempa. Z jednej strony przestrzeń możliwości nieustannie się poszerza, a z drugiej daje ona jednak także odczuć granice ich realizacji. W radzeniu sobie z procesami przemian oprócz dynamicznej aktywności ważna jest również umiejętność kontemplacji oraz skutecznego dystansowania się. A zatem konieczne są tu określone kompetencje, które O. Schäffter wiąże z umiejętnościami zaniechania, wycofania się, akceptowania, rezygnowania, ignorowania, bycia otwartym i bycia opanowanym⁵⁷. Szczególnych kompetencji wymagają zwłaszcza sytuacje przełomowe. Jednak w strukturach formalnych i związanych z pracą człowiek nie uczy się tych kompetencji ani też nie jest ich nauczany. Zasoby emocjonalne i emocje są ważne nie tylko jako treść edukacji dalszej, są one szczególnie i trwale istotne dla rozwijania kompetencji umożliwiających jednostkom całozyciowe uczenie się oraz kontakty interpersonalne. O. Schäffter podkreśla potrzebę takich okazji uczenia się, które umożliwiają transformowanie nieokreślonej potencjalności w eksperymentalne przestrzenie swobodnego działania i tworzenia⁵⁸. Obszary ogólnej edukacji dorosłych, jak edukacja zdrowotna oraz edukacja kulturalna, tworzą ofertę umożliwiającą zwolnienie tempa i doświadczanie siebie, emocjonalne uczenie się, konstruktywny niepokój, uwolnienie się od ograniczeń. Rozbudzają również fascynację i zaciekawienie⁵⁹.

c) Relacje wspierające rozwój i uczenie się

Warunkiem rozwoju człowieka są relacje z innymi osobami, treściami lub rzeczami. „Jednostka jest wszak powiązana z innymi, dzięki tej zależności uzyskuje napęd i dynamikę. Dlatego znaczenie emocji dla uczenia się, zarówno w wymiarze pozytywnym, jak i negatywnym, jest jeszcze niewystarczająco doceniane”⁶⁰. Rozwój i wzrost mogą być możliwe w niezależnych placówkach edukacji dorosłych. Według Wiltrud Gieseke potrzebne są otwarte i wolne przestrzenie refleksji, adekwatne do uwarunkowań wiekowych i środowiskowych różnych grup uczestników⁶¹. Edukacja emocjonalna służy samoupewnianiu się, gdyż uczucia umożliwiają całosciowe doświadczanie. Uczucia nadają znaczenie rzeczom, obiektom i podmiotom. Na przykład gdy zwiększa się intensywność uczuć, zacierają one różnice i pozbawiają człowieka dystansu.

Należy podkreślić, że dla procesów refleksyjnego uczenia się istotne są grupowe formy uczenia się. Interakcje kreują tu wyzwania, ekstremalne doświadczenia lub

⁵⁷ *Ibidem*, s. 8.

⁵⁸ *Ibidem*, s. 34.

⁵⁹ Por. *ibidem*; S. Dietel, *op. cit.*

⁶⁰ W. Gieseke, *op. cit.*, s. 220.

⁶¹ *Ibidem*, s. 224.

nowe okazje uczenia się, popularne w edukacji dorosłych na przykład jako przestrzeń eksperymentowania⁶². Sprzyjające uczeniu się relacje może wzmacniać uważny i refleksyjny nauczyciel oraz zastosowanie dydaktyki relacyjnej⁶³, jak również wymagany od uczących się szacunek i niepoddawanie się nauczyciela w sytuacji oporu wobec uczenia się⁶⁴.

Wymiar zdrowia

Emocje powiązane są z ciałem i psychiką oraz wpływają na stan zdrowia. Zdrowie i choroba tworzą pewne kontynuum. „Zasoby wzmacniają zdrowie, zapobiegają chorobom, względnie odwlekają je, zapewniają możliwości pokonywania chorób oraz pozwalają uniknąć ich nawrotów i powikłań, jak też umożliwiają utrzymywanie jakości życia”⁶⁵.

Zróżnicowane gospodarowanie emocjami oraz odbudowa zasobów emocjonalnych to aspekt wspomagający zdrowie. Dobre samopoczucie i zdolność podejmowania decyzji w trudnych lub nieznanych sytuacjach bazują na zróżnicowanej i tym samym skutecznej gospodarce emocjami. W ten sposób pojawiają się emocjonalne zasoby oraz wiedza uczuciowa⁶⁶, związana z refleksyjnością emocjonalno-cielesną, traktowana jako zadanie w uczeniu się dorosłych. Udowodniony jest pozytywny wpływ ruchu, edukacji zdrowotnej i sportu na ciało i psychikę.

Działanie zgodnie z emocjami i kontrolowanie ich od pewnego momentu stały się codziennym zadaniem – zawodowym i prywatnym. Wiąże się to z przeciążeniami, kłopotami oraz z niepewnością, która może silnie oddziaływać – także ograniczającą – w nowych sytuacjach, w kontekście pytań o sens i sposób działania. Właśnie w odniesieniu do spraw zdrowotnych, dobrego samopoczucia i zasobów jednostki coraz ważniejsza staje się edukacja emocjonalna. Dowodem na to wydaje się trwające od wielu lat w sferze edukacji dorosłych bardzo intensywne zainteresowanie ofertami edukacji zdrowotnej dotyczącej ciała i emocji (*körperlich-emotionale Gesundheitsbildung*)

⁶² S. Dietel, *op. cit.*

⁶³ W. Gieseke, *op. cit.*

⁶⁴ W. Gieseke, *Emotionale Beziehungsarbeit als Bedingung für Qualifizierungsprozesse benachteiligter Jugendlicher*, [w:] *Jugendarbeitslosigkeit – Biographische Bewältigung und sozialpolitische Maßnahmen*, red. G. Vonderach, Bamberg, 1991; W. Gieseke, S. Dietel, *Über die Unlust, über Emotionen beim Lernen nachzudenken*, [w:] *Lernlust. Hunger nach Wissen, lustvolle Weiterbildung*, red. P. Faulstich, M. Bayer, Hamburg 2011.

⁶⁵ M. Jerusalem, *Kompetenz(-förderung)*, [w:] *Gesundheitspsychologie von A-Z: ein Handwörterbuch*, red. R. Schwarzer, M. Jerusalem, H. Weber, Göttingen–Bern–Toronto–Seattle 2002, s. 400.

⁶⁶ Wiedza uczuciowa (Gefühltes Wissen) to pojęcie zaproponowane przez S. Dietel (*op. cit.*), opisuje ono dochodzenie do wiedzy przez postrzeganie i refleksję nad emocjami i ciałem; obejmuje komponent emocjonalno-kognitywny i emocjonalno-cielesny – przyp. tłum.

dung). Jeżeli przyjrzeć się rozwojowi edukacji zdrowotnej w ramach edukacji dorosłych, to na przełomie lat praktyki emocjonalno-cielesne zyskały na popularności. Wyraźna staje się bowiem potrzeba edukacji emocjonalno-cielesnej służącej stabilizacji, pewności siebie, odbudowie emocjonalnych zasobów oprócz czysto racjonalnego zdobywania wiedzy (znajomość technik) i czysto teoretycznej refleksji. W kwestii tej problematyki ogólne kognitywne, specjalistyczne oferty edukacyjne zdają się wykazywać ograniczenia i nie przynosić oczekiwanych efektów. W przypadku określonych etapów rozwoju i pewnych osób istnieją przeszkody dotyczące autorefleksji emocjonalnej, czysto kognitywnej, opartej na wiedzy. Właśnie w dorosłym wieku są one silne z powodu stabilnych wzorców interpretacji⁶⁷. Oferty emocjonalno-cielesnego uczenia się w połączeniu z wymiarem kognitywnym proponują nowe przestrzenie doświadczeń poza terapią, wobec której dokonuje się tu wyraźnego rozgraniczenia.

Praca badawcza autorki przyniosła następujące wnioski: ciało i emocjonalność stają się niezwykle ważne, a ich zasoby muszą być regularnie wzmacniane i odbudowywanie⁶⁸. Kompetencje jednostki są zależne od zasobów. Wydaje się, że odbudowa zasobów emocjonalnych pozwala utrzymywać zdolność do pracy. Chodzi głównie o aspekt jakościowy, związany z interakcjami, które są często czynnikiem wpływającym na stan zdrowia (wsparcie społeczne).

Jak pokazują nowe szeroko zakrojone badania z obszaru medycyny pracy, „soft facts”, tzn. warunki pracy, związane z kontaktami interpersonalnymi i czynnikami stresu są aktualnie głównymi przyczynami zachorowań. Wszędzie tam, gdzie relacje międzyludzkie pogarszają się pod względem jakościowym i ilościowym, zaburzenia zdrowotne przybierają na sile⁶⁹.

Oferty edukacji emocjonalnej i związanej z ciałem w ramach edukacji dorosłych mają istotne, dotąd niedoceniane znaczenie dla uczenia się całożyciowego oraz dla „zdolności do zatrudnienia” (*Empoyability*). W ramach różnych ofert można bowiem wygenerować wiedzę uczuciową⁷⁰, wiedzę orientacyjną i stabilizującą⁷¹. Jest to ważne z punktu widzenia tożsamości, nadawania sensu, podejmowania decyzji, kontaktów międzyludzkich i zdrowia w szerokim zakresie.

Kursy w ramach edukacji dorosłych, których przedmiotem są: emocjonalność, zdrowie i dobre samopoczucie lub „wyładowanie energii” (*Auspowern*), oferują

⁶⁷ Por. R. Arnold, *Deutungsmusteransatz*, „Grundlagen der Weiterbildung – Praxishefte” 1990, nr 36.

⁶⁸ Por. S. Dietel, *op. cit.*

⁶⁹ J. Bauer, *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*, München 2004, s. 19.

⁷⁰ S. Dietel, *op. cit.*

⁷¹ S. Hess, *Entkörperungen – Suchbewegungen zur (Wieder-)Aneignung von Körperlichkeit. Eine biografische Analyse*, Opladen 2002.

pomnażanie różnorodnych zasobów. Odróżnienie ich od kursów służących jedynie relaksowi, jak choćby joga, polega na tym, że tworzą one przestrzeń działania i eksperymentowania w interakcji z innymi, wymagają też nowych form komunikowania się. Chodzi o dotyczące zdrowia procesy autoedukacji i rozwoju powiązane z dodatkowymi korzyściami. Także w ofercie czysto sportowej (obok opisanych ofert typowo kognitywnych, bazujących na wiedzy) brakuje najczęściej form uczenia się i nauczania związanych z refleksją i zmysłowym postrzeganiem. Oferty edukacji dorosłych oparte na autorefleksji są więc niezbędne dla poszerzania pola doświadczania siebie.

DIMENSIONS OF EMOTION IN RELEVANCE FOR ADULT EDUCATION

Summary

The article lights up in an overview the field of the emotions on the one hand in their dimensions of the function for the learning (memory, motivation, decision-making power), the educational dimension (development of learner, teacher, learning atmospheres) as well as in the consideration extended beyond the health dimension (emotional-physical resource), which produces a connection with the Employability. The latter dimension is based on investigations in the area of the offer of the health education in the general adult education.

Keywords: emotion, development, employability