Irena Heszen

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, Wydział Biologii

Problemy zdrowotne i radzenie sobie z nimi – od zaprzeczania do emocji pozytywnych

1. Problemy zdrowotne jako źródło stresu

Problemy zdrowotne, oceniane z perspektywy obu dominujących współcześnie i skądinąd konkurujących ze sobą konceptualizacji stresu psychologicznego, stanowią jego powszechne źródło. Pierwsza ze wspomnianych konceptualizacji, reprezentowana przez R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984) i określana przez innych autorów jako standard w tym obszarze badań (por. Schwarzer, 2001), ujmuje stres jako relację z otoczeniem, która w percepcji człowieka stanowi zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami ich spełnienia. Takiej relacji towarzyszą zmiany stanu emocjonalnego, najczęściej w formie emocji negatywnych. Łatwo zauważyć, że pojawienie się problemów zdrowotnych dokładnie odpowiada sformułowanej w ten sposób koncepcji stresu psychologicznego. Z jednej strony kłopoty ze zdrowiem pociągają za sobą zmniejszenie możliwości sprostanai codziennym wymaganiom i pełnienia ról społecznych, z drugiej – oznaczają pojawienie się nowych wymagań, wynikających ze zmiany sytuacji zdrowotnej. W wielu przypadkach polega to na podjęciu roli pacjenta i związanych z nią obowiązków. Liczne badania potwierdzają, że opisana sytuacja pociąga za sobą pobudzenie emocjonalne o różnej treści, z dominującym lękiem i poczuciem zagrożenia.

Drugie, torujące sobie współcześnie drogę, podejście wywodzi się z teorii zachowania zasobów COR Hobfolla i traktuje stres jako utratę zasobów, zagrożenie ich utratą lub brak wzrostu zasobów w następstwie ich zainwestowania (Hobfoll, 1989, 2001, 2002). Należy zgodzić się z tym, że problemy zdrowotne, stanowiąc bezpośrednio uszczuplenie zasobów zdrowotnych i pociągając za sobą utratę lub zagrożenie utratą wielu innych, mogą być rozpatrywane w ramach teoretycznych oferowanych przez COR.

Obie wymienione koncepcje traktują stres psychologiczny jako zjawisko niepożądane, które inicjuje aktywność człowieka zmierzającą do zmiany sytuacji lub przynajmniej zmniejszenia jej niekorzystnych skutków. Aktywność ta określana jest terminem „radzenie sobie”, a jej bliższa charakterystyka zależy od założeń wyjściowych teorii. W przypadku paradygmatu R. S. L a z a -

rusa i S. Folkman (1984) jej celem jest przywrócenie równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami i/lub kontrola emocji, w teorii COR jest to spełniające określone reguły gospodarowanie zasobami (Hobfoll, 2006). Oba podejścia zainspirowały badania empiryczne dostarczające wiedzy na temat prawidłowości procesu radzenia sobie. Traktowanie problemów zdrowotnych w kontekście teorii stresu i radzenia sobie stwarza szanse oparcia na rzetelnych podstawach teoretycznych profilaktyki, promocji zdrowia, terapii i rehabilitacji, zarówno w działaniach profesjonalnych, jak i w indywidualnych zmaganiach. Tym bardziej że znaczna część badań empirycznych wzbogacających teorię stresu i radzenia sobie, zwłaszcza pochodzących z ostatnich lat, wykonana została w obszarze zdrowia i choroby, z wykorzystaniem problemów zdrowotnych jako naturalnego źródła stresu.

2. Historyczne ujęcia radzenia sobie

Pojęcie „radzenia sobie” (*coping*) po raz pierwszy bodaj zostało wykorzystane w literaturze psychologicznej jeszcze w latach 40. ubiegłego wieku przez jednego z twórców psychologii humanistycznej, Abrahama Masłowa, i współpracowników (Maslow, 1949; Maslow, Mittelman, 1941). Nadany mu wówczas sens nie odnosił radzenia sobie do aktywności w sytuacji stresowej, co jest oczywiste, jeśli wziąć pod uwagę, że zainteresowanie stresem psychologicznym pojawiło się później (Janis, 1958; Mechanic, 1962). A. Maslow w swoim ujęciu wyróżnia dwie składowe zachowania człowieka: ekspresywną (nieinstrumentalną) oraz radzenie sobie jako składową instrumentalną, adaptacyjną, funkcjonalną i celową (Maslow, 1949, s. 261). Jest jednak interesujące, że kontrastując te dwie formy zachowania, autor proponuje jednocześnie unikanie ich dychotomizacji, ponieważ ich obecność stwierdzić można w większości aktów zachowania.

Nie ma miejsca w tym artykule na systematyczne porównanie ujęcia A. H. Masłowa z późniejszymi konceptualizacjami radzenia sobie, ale w dalszej części będą do niego wielokrotnie odwołania. Przekonamy się, że choć punkt wyjścia tego autora wyraźnie różni się od ujęć późniejszych, ewolucja pojęcia radzenia sobie zbliża je do tej pionierskiej koncepcji. Została ona zresztą uznana za proroczą przez współczesnych autorów (Coyne, Racioppo, 2000).

Jako autor dyskusji nad pojęciem radzenia sobie, Maslow okazał się prekursorem. Określenie to zaczęło być powszechniej stosowane w literaturze psychologicznej ponad dwadzieścia lat później, a w roku 1967 zostało włączone do haseł uwzględnianych w *Psychological Abstracts*¹. Zainteresowanie aktywnością

¹ Dane bibliograficzne wydawane przez American Psychological Association, obecnie w formie elektronicznej jako PsycINFO.

podejmowaną przez człowieka w obliczu sytuacji stresujących czy wywołujących napięcie emocjonalne ma znacznie dłuższą historię i wywodzi się z XIX-wiecznej psychoanalizy. Myślenie psychoanalityczne ogniskowało się jednak na obronnych formach tej aktywności, określanych jako mechanizmy obronne osobowości. Jak wiadomo, mechanizmy te uruchamiane są nieświadomie, a ich istotą jest zniekształcenie percepcji rzeczywistości, tak aby w niepomysłnej dla podmiotu sytuacji możliwe było uniknięcie przykrych emocji i uchronienie samooceny przed uszczerbkiem. Wprowadzenie terminu „radzenie sobie” początkowo służyć miało wyartykułowaniu różnicy między adaptacyjnym a nieadaptacyjnym zachowaniem w obliczu stresu: „Radzenie sobie jako forma zachowania jest odróżniane od zachowania obronnego, ponieważ to ostatnie z definicji jest sztywne, przymusowe, zniekształcające rzeczywistość i niezróżnicowane, podczas gdy to pierwsze jest elastyczne, celowe, zorientowane na rzeczywistość i zróżnicowane” (H a n n, 1965, s. 374). To stanowisko przypomina znacznie wcześniejsze ujęcie „radzenia sobie” przez Masłowa.

3. Klasyczne ujęcie radzenia sobie przez Lazarusa i Folkman

Pomimo rozwoju nowych koncepcji teoretycznych i kierunków badań nad radzeniem sobie, można chyba zaryzykować twierdzenie, że zaproponowana ponad ćwierć wieku temu przez R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984) konceptualizacja nadal jest najczęściej wykorzystywana jako podstawa definiowania stresu i inspiracja do badań empirycznych. Poglądy Lazarusa i Folkman w wersji opublikowanej w 1984 r. są szeroko znane w środowisku polskich badaczy i nie ma potrzeby przytaczania ich tutaj. Dla celów tego wywodu przydatna jest konstatacja, że wspomniani autorzy poszerzyli zakres radzenia sobie w stosunku do przedstawionych wyżej ujęć wcześniejszych, wprowadzając rozróżnienie jego funkcji instrumentalnej i ekspresywnej. Zwłaszcza uwzględnienie tej ostatniej, przypominającej przynajmniej z nazwy ekspresywną składową zachowania człowieka w koncepcji A. H. Masłowa (1949), pozwoliło na włączenie bogatej problematyki radzenia sobie z emocjami związanymi ze zdrowiem i chorobą. Przyczyniło się też do tego stanowisko autorów w sprawie miejsca mechanizmów obronnych w obszarze radzenia sobie.

Według R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984) ocena sytuacji nie musi być realistyczna, a cel aktywności nie musi być uświadomiony, aby można było ją uznać za radzenie sobie, co pozwala na włączenie mechanizmów obronnych do tego obszaru aktywności. Autorzy przypisują zresztą tej formie ważną funkcję adaptacyjną, zwłaszcza w sytuacjach stresowych określonego rodzaju i w określonych fazach działania stresora. Konkretnie dotyczy to adaptacji do silnego stresu, stanowiącej warunek podjęcia instrumentalnego radzenia sobie. Źródłami stresu

o dużym nasileniu, określanym nawet jako traumatyczny (Tedeschi, Calhoun, 2004), są różne sytuacje związane z problemami zdrowotnymi: ich pojawienie się, informacja o diagnozie, zmiany trybu leczenia itp.

Przykładem mechanizmu obronnego opisanego już wiele lat temu jako sposób radzenia sobie z zagrożeniem związanym z chorobą jest **reakcja zaprzeczania choroby** (*denial*). Polega ona na tym, że chory nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby mimo dostępnych informacji i możliwości intelektualnych ich wykorzystania. Odrzucenie informacji związanych z chorobą ma charakter nieświadomy, pełni funkcję obrony przed zagrożeniem, a jego podłożem jest lęk. Ze względu na te właściwości reakcja zaprzeczania może być traktowana jako rodzaj mechanizmu obronnego, pokrewnego wyparciu. Opisywane w literaturze przykłady zaprzeczania choroby zaskakują odpornością na racjonalne argumenty i dramatyczną formą. Przytoczyć tu można przypadek lekarza, specjalisty laryngologa, który chorując na zaawansowanego raka krtani tłumaczył objawy niegroźnym stanem zapalnym, mimo postępującego pogorszenia, zajęcia węzłów chłonnych, a nawet wbrew temu, co widział na własne oczy, oglądając chore miejsce w lusterku laryngologicznym (H o l l e n d e r, 1975).

Warto tu dodać, że reakcja zaprzeczania choroby, skutecznie broniąc przed lękiem, jest zarazem antagonistyczna w stosunku do instrumentalnej funkcji radzenia sobie. Nie mając świadomości choroby lub jej konsekwencji, chorzy nie angażują się w działania na rzecz odzyskania zdrowia. Aby podtrzymać zaprzeczanie, mogą nawet podejmować wyczerpującą aktywność, pogarszającą stan zdrowia. R. S. L a z a r u s (1980) przytacza tu przykład chorego z objawami zawału serca, który biegał po schodach, mimo że poprzednio przeżyty zawał dostarczył mu doświadczeń pozwalających na rozpoznanie obecnego stanu.

Intensywne przeżycia emocjonalne związane z chorobą znajdują także wyraz w obserwowalnym zachowaniu niewerbalnym i werbalnym, które za A. H. Maslowem (1949) możemy uznać za jego składową ekspresywną. Jak pamiętamy, Maslow przeciwstawia ją radzeniu sobie, które rozumie wyłącznie jako zachowanie instrumentalne. Powstaje pytanie, czy taką formę aktywności można uznać za radzenie sobie w ujęciu R. S. Lazarusza i S. Folkmana?

Zaproponowana przez tych autorów definicja akcentuje wysiłek, a komentarze do niej raczej wykluczają z zakresu pojęcia radzenia sobie wszelkie formy zachowań reaktywnych, pojawiających się automatycznie (L a z a r u s, F o l k m a n, 1984, s. 141). Taki właśnie charakter ma zazwyczaj ekspresja emocji, zwłaszcza w postaci niewerbalnej. Z drugiej strony kwestionariusze służące do badania radzenia sobie, wśród nich także kwestionariusz opracowany przez tych autorów, uwzględniają wentylowanie emocji (np.: „W jakiś sposób dałem upust swoim uczuciom” w kwestionariuszu WCQ F o l k m a n i L a z a r u s a (1980). Ponadto przynajmniej niektóre formy zachowania wyrażającego emocje nie

przebiegają spontanicznie, ale mają charakter całkowicie lub częściowo kontrolowany, co wymaga pewnego wysiłku. Wreszcie zachowanie będące ekspresją emocji może pojawiać się nie w sposób automatyczny, ale mieć charakter celowo zorganizowanej czynności, ukierunkowanej właśnie na kształtowanie własnego stanu emocjonalnego. Te tzw. czynności emocjonalne (Reykowski, 1974) odpowiadają już wszelkim warunkom definicyjnym radzenia sobie.

Jakie konkretnie formy aktywności związanej z chorobą wymienić można jako przykłady **ekspresji emocji**? W momentach szczególnie dramatycznych spotkamy się z niekontrolowanymi wybuchami. Na przykład w naszych badaniach nad relacją lekarz – pacjent, w których wywiad lekarski był nagrywany, chorzy na gruźlicę płakali w momencie, gdy lekarz informował ich o rozpoznaniu. Opisywane są przykłady napadów paniki w okresie bezpośrednio poprzedzającym operację chirurgiczną. Gdy stan pacjenta po operacji odbiegał od oczekiwań, dochodziło do wybuchów złości skierowanej przeciwko personelowi medycznemu (Janis, 1958). Najbardziej powszechną formą ekspresji jest opowiadanie o przeżyciach związanych z chorobą.

Czy ekspresja jest skuteczna jako sposób radzenia sobie z emocjami? Z pewnością danie upustu emocjom powoduje ich rozładowanie, a opowiadanie o własnych przeżyciach przynosi ulgę. Jednak niekontrolowane wybuchy emocjonalne naruszają normy społeczne i własne standardy osoby chorej. Jeśli nawet pozwalają na odreagowanie jednej przykrej emocji, np. złości, mogą spowodować pojawienie się innych – wstydu czy poczucia winy. Gwałtownej ekspresji emocjonalnej towarzyszą zmiany fizjologiczne (np. wzrost tętna i ciśnienia krwi), które mogą ujemnie wpływać na stan zdrowia. Skuteczność ekspresji w formie werbalnej, mającej często postać wymiany informacji z innym chorym, zależy ponadto od indywidualnego stylu radzenia sobie, konkretnie od postawy wobec informacji o zagrożeniu. Badania wykazały zróżnicowanie tej postawy polegające na tym, że część osób skłonna jest raczej do poszukiwania informacji w sytuacji zagrożenia i wykorzystywania ich w działaniu, podczas gdy inni mają raczej tendencję do unikania takich informacji, odwracania od nich uwagi, a nawet podejmowania działań zmierzających do ochrony przed nimi. Zgodność zakresu uzyskanych informacji o zagrożeniu z indywidualnymi tendencjami określającymi zapotrzebowanie na nie jest ważnym warunkiem skuteczności radzenia sobie (Heszen-Niejedek, 1997).

R. S. Lazarus i S. Folkman (1984) nie zajmują się szczegółowo instrumentalnym radzeniem sobie w ramach stworzonego przez siebie paradygmatu. Poprzestają na odwołaniu się do ogólnych prawidłowości kierujących rozwiązywaniem problemów przez człowieka. Ta forma radzenia sobie w obszarze problemów zdrowotnych będzie omówiona niżej.

4. Ewolucja pojęcia radzenia sobie w badaniach współczesnych

Związki pomiędzy ogólnymi zagadnieniami radzenia sobie a jego specyficznym obszarem, wyznaczonym przez problemy dotyczące zdrowia człowieka, są wzajemne. Wiedza na temat radzenia sobie ze stresem nie tylko znajduje zastosowanie w psychologii zdrowia, ale w dużym stopniu rozwija się w wyniku badań prowadzonych w tej właśnie dziedzinie. Ogólnie rzecz biorąc, ewolucja współczesnych badań nad radzeniem sobie polega na poszerzaniu zakresu pojęcia i klaryfikacji jego ujęcia w wymiarze czasowym.

Poszerzenie zakresu radzenia sobie wynikało z włączania do jego obszaru kolejnych form zachowania. I tak, N. S. Endler i J. D. A. Parker (1990) zaproponowali uzupełnienie propozycji R. S. Lazarusa i S. Folkman, dodając **radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu**. W badaniach empirycznych autorzy stwierdzili, że unikanie obejmuje dwie formy: **podjęcie innego zadania** i **angażowanie się w kontakty społeczne** (Endler, Parker, 1994). Przykłady obu z nich można znaleźć w obszarze zachowania wobec problemów zdrowotnych. Spotykamy osoby, które mimo oznak choroby podejmują nowe zadania i „nie mają czasu” na pójście do lekarza. Z kolei angażowanie się w kontakty społeczne i większa niż zwykle aktywność w tej dziedzinie w obliczu choroby służyć mogą odwracaniu uwagi od dokuczliwych jej objawów lub unikaniu myślenia o zagrożeniach z nią związanych. Skutkiem intensyfikacji kontaktów z innymi ludźmi jest uzyskiwanie wsparcia społecznego, które było już uwzględniane w ujęciu Lazarusa i Folkman, chociaż raczej jako strategia niż odrębny rodzaj radzenia sobie.

We współczesnych propozycjach pozyskiwanie wsparcia społecznego może być rozważane w ramach szerzej rozumianego **społecznego aspektu radzenia sobie**. Tacy znani autorzy jak S. Folkman i J. T. Moskowitz (2004) czy S. E. Hobfoll (2006) uważają indywidualistyczne podejście do radzenia sobie za niewystarczające. Zwracają uwagę, że radzenie sobie ze wspólnym źródłem stresu może być podejmowane przez pary, grupy ludzkie lub całe społeczności (Hobfoll, 2006). W istocie wypada zgodzić się, że pewne źródła stresu są wspólne dla diady małżeńskiej (np. niepłodność, choroba dziecka), inne dotyczą szersze grupy społeczne i całe społeczności (epidemie, pandemie). Jednym z założeń teorii COR Hobfolla jest twierdzenie, że kolektywizm i indywidualizm to dwa bieguny tego samego kontinuum, a radzenie sobie w przypadku „stresu grupowego” podejmowane jest zarówno wspólnie, jak i odrębnie przez poszczególne jednostki.

Proces grupowego radzenia sobie podlega swoistym prawidłowościom, odmiennym od prawidłowości indywidualnych. Najprostszym przykładem jest radzenie sobie w diadzie ze wspólnym źródłem stresu. Okazuje się, że strategie zaradcze korzystne dla jednego z partnerów mogą być wręcz niekorzystne dla

drugiego. Przykładowo, strategie podejmowane przez żony w celu chronienia męża po zawale serca skutkowały wzrostem poczucia własnej skuteczności u męża, ale jej obniżeniem u żony (C o y n e, S m i t h, 1991). Innym przykładem jest radzenie sobie przez pary małżeńskie z problemem niepłodności, gdzie stwierdzono różnice w dyskomforcie emocjonalnym doświadczanym w odpowiedzi na strategię drugiej strony pomiędzy kobietami i mężczyznami. I tak, kobiety odnosiły korzyści z ukierunkowanego na problem radzenia sobie męża, podczas gdy mężczyźni doświadczali większego dystresu, gdy ich żony angażowały się w unikanie. W obu wypadkach nie zachodziła relacja odwrotna (B e r g h u i s, S t a n t o n, 2002).

Powszechnie znanym i mającym już spore tradycje przykładem zespołowego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi są **grupy wzajemnej pomocy**, skupiające osoby z tym samym problemem zdrowotnym (np. amazonki po amputacji piersi, rodzice dzieci nieuleczalnie chorych, opiekunowie chorych na chorobę Alzheimera). Obserwacje dowodzą, że takie grupy mogą być bardziej pomocne w rozwiązywaniu różnych konkretnych problemów swoich uczestników niż profesjonaliści. Wynika to z przewagi osobistych doświadczeń nad wiedzą teoretyczną. Weterani w radzeniu sobie z określonym problemem zdrowotnym wchodzą tutaj w relację **wsparcia społecznego**, udzielając pomocy nowicjuszom. Przy czym, jak wiadomo z ostatnich badań, osoba udzielająca wsparcia w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych również odnosi korzyści, niekiedy większe od przyjmującej wsparcie (K n o l l i i n., 2007). W przypadku grup wzajemnej pomocy mogą to być korzyści dla samooceny lub wzrost poczucia własnej skuteczności. Rola różnych form wsparcia społecznego w chorobie jest znana od dawna.

Współcześnie włącza się też do zakresu radzenia sobie specyficzne zachowanie, określane jako **religijne** lub (szerzej) **duchowe radzenie sobie**, traktując je jako odrębną formę² (F o l k m a n, M o s k o w i t z, 2004). Ogromne zainteresowanie budzi związek pomiędzy religijnością lub (szerzej) duchowością człowieka a radzeniem sobie i zdrowiem. Wyłaniają się nowe koncepcje i można mówić o wyodrębniającym się nurcie badań nad tą specyficzną formą zmagania się z problemami zdrowotnymi. Opracowana została koncepcja ujmująca z perspektywy duchowej całokształt tej problematyki (G a l l i i n., 2005).

Przed wszystkim warto zauważyć, że religijne radzenie sobie z chorobą w formie modlitwy o zdrowie jest częstą lub wręcz najczęściej stosowaną strategią, co stwierdzono w naszym zespole na podstawie swobodnych wypowiedzi pacjentów (Z o l i c h, 1983). Ponadto liczne badania empiryczne dowodzą znaczenia religijnego radzenia sobie dla szeroko rozumianego zdrowia

² Można w tym miejscu spytać o rozłączność niektórych omawianych form radzenia sobie, np. skoncentrowanego na emocjach, religijnego i poszukiwania wsparcia emocjonalnego, jednak to zagadnienie wykracza poza ramy tego tekstu.

(Heszen-Niejodek, 2003; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004). Przy czym nie zawsze wpływ religijnego radzenia sobie jest korzystny, w związku z czym wyróżnia się religijne radzenie sobie adaptacyjne i nieadaptacyjne (Pargament i in., 1998). Jednak większość badań dowodzi pozytywnego związku pomiędzy religijnym radzeniem sobie a zdrowiem. Dotyczy to nawet tzw. religijności zewnętrznej, ograniczającej się do formalnego uczestniczenia w życiu religijnym. Na przykład w podłużnych badaniach epidemiologicznych grupy liczącej 21 204 osoby okazało się, że ryzyko śmierci w okresie 8-letnim było 1,87 razy większe u osób nieuczestniczących w nabożeństwach w porównaniu z tymi, którzy uczestniczyli raz w tygodniu lub częściej (Hummert i in., 1999).

Zagadnienie religijnego radzenia sobie adaptacyjnego i nieadaptacyjnego wymaga konkretyzacji. Do form adaptacyjnych zalicza się religijne przewartościowanie, np. traktowanie choroby jako okazji do naśladowania Chrystusa, ułatwiające jej akceptację. Przykładem strategii nieadaptacyjnej może być delegowanie na Boga odpowiedzialności za własne zdrowie, prowadzące do biernej postawy, a nawet rezygnacji z leczenia. Oba przykłady ilustrują szerszą kategorię **radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu**, które będzie omówione poniżej. Wcześniej jednak przedstawiona zostanie propozycja ujęcia radzenia sobie w wymiarze czasowym, która jest zarazem kolejnym krokiem w kierunku poszerzenia jego zakresu.

R. Schwarzer i N. Knoll (2003) zaproponowali nowe ujęcie radzenia sobie, integrujące obszerny materiał empiryczny z różnych dziedzin. W pewnym sensie stanowi ono kontynuację klasycznej propozycji R. S. Lazarusa i S. Folkman, ponieważ opiera się na podobnym rozróżnieniu dwóch form radzenia sobie. Pierwsza z nich ukierunkowana jest na problem, natomiast druga, pokrewna funkcji skoncentrowanej na emocjach, to radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie. W odróżnieniu jednak od klasycznego ujęcia, autorzy rozwijają pierwszą formę, wprowadzając dalsze rozróżnienie na radzenie sobie reaktywne, ukierunkowane na przeszłe i aktualne źródła stresu, oraz proaktywne radzenie sobie, zorientowane na przyszłość. Chociaż Lazarus i Folkman uwzględniają zagrożenie odnoszące się do przyszłej sytuacji jako jedną z form oceny definiującej transakcję stresową, większość badań nad radzeniem sobie dotyczy sytuacji aktualnej lub minionej. Ważnym uzupełnieniem jest radzenie sobie ukierunkowane na przyszłe źródła stresu. Dalej przedstawiono tę formę aktywności w obszarze zagrożeń zdrowotnych na podstawie koncepcji proaktywnego radzenia sobie.

R. Schwarzer i N. Knoll (2003) wprowadzają dalsze rozróżnienie na: **antycypacyjne radzenie sobie** ukierunkowane na nieuchronne wydarzenia, mające nastąpić w niedalekiej przyszłości i związane z ryzykiem krzywdy lub straty; **prewencyjne radzenie sobie**, dotyczące wydarzeń stresowych w bardziej odległej przyszłości i prawdopodobnych tylko w jakimś stopniu oraz **proaktyw-**

ne radzenie sobie w ścisłym sensie, ukierunkowane na wyzwania i polegające na gromadzeniu zasobów ułatwiających wykorzystanie przyszłych szans. Łatwo można wskazać przykłady poszczególnych rodzajów ukierunkowanego na przyszłość radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. I tak, antycypacyjne radzenie sobie znajduje zastosowanie w sytuacjach oczekiwania na zagrażające procedury medyczne lub na wyniki badań rozstrzygających o diagnozie, która może być niepomyślna. Prewencyjne radzenie sobie obejmuje wszelkie zachowania mające na celu uchronienie się przed istniejącym ryzykiem zachorowania lub zmniejszenie możliwych skutków choroby, jak szczepienia czy badania profilaktyczne. Bardzo szeroki zakres zachowań prozdrowotnych mieści się w kategorii proaktywnego radzenia sobie. Są to wszelkie zachowania ukierunkowane na powiększanie zasobów zdrowotnych, jak odpowiednia dieta, powstrzymanie się od palenia lub aktywność fizyczna (por. Łuszczynska, 2011). Znajduje tu zastosowanie podstawowa teza S. E. Hobfolla (1989, 2001, 2002) – że ludzie dążą do powiększania i ochrony zasobów – która może być wprost odniesiona do zasobów zdrowotnych.

Warto zwrócić uwagę, że włączenie form proaktywnych pociąga za sobą znaczne poszerzenie obszaru zachowania, do którego odnoszone jest pojęcie „radzenie sobie”, w stosunku do ujęcia klasycznego. Oznacza wręcz rezygnację ze specyfiki tej formy zachowania jako właściwej dla sytuacji stresowych i włączenie do niej wszelkich strategii osiągania celów i rozwoju osobistego. R. Schwarzer i N. Knoll (2003) określają nowy zakres jako „pozytywne radzenie sobie”. Zauważmy, że wracamy tutaj do ujęcia Masłowa sprzed ponad pół wieku, z uwzględnieniem postępu w myśleniu teoretycznym i współczesnej terminologii psychologicznej.

Wspomniani autorzy zastępują w pewnym sensie funkcję radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach – radzeniem sobie ukierunkowanym na znaczenie. S. Folkman i J. T. Moskowitz (2006) nadają temu ostatniemu wyższą rangę, traktując je jako trzecią funkcję radzenia sobie. Nowa funkcja nie jest ortogonalna (rozłączna) w stosunku do uwzględnionych poprzednio, natomiast umożliwia połączenie w jedną kategorię strategii opierających się na przewartościowaniu znaczenia.

Znaczenie można rozpatrywać na dwóch poziomach: **sytuacyjnym**, czyli oceny konkretnej sytuacji w relacji do bliskich celów i własnego dobrostanu, oraz **globalnym**, odnoszącym się do stałych wartości, przekonań na temat świata, własnej osoby i celów wyższego rzędu (Folkman, Moskowitz, 2006). S. Folkman i J. T. Moskowitz koncentrują się raczej na pierwszym poziomie; w ich ujęciu można zauważyć pokrewieństwo radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie – z oceną poznawczą w klasycznym rozumieniu R. S. Lazarusa i S. Folkman. Poziom globalny nadawania znaczenia sytuacji stresowej jest reprezentowany według R. Schwarzera i N. Knoll (2003) przez popularną w naszym kraju teorię adaptacji poznawczej do zagrażających

wydarzeń autorstwa S. E. Taylor, która powstała w obszarze zdrowia i choroby na podstawie wywiadów z chorymi po amputacji piersi. Adaptacja następuje w wyniku przewartościowań poznawczych obejmujących kolejno: sytuację, własne możliwości wpływania na nią oraz własną osobę (Taylor, 1983). Wszystkie te przewartościowania zmierzają u większości osób do korzystniejszej oceny poznawczej, czemu towarzyszyć mogą pozytywne emocje.

5. Emocje pozytywne w sytuacji stresowej; ich obecność, źródła i korzystne następstwa

Wydaje się dość naturalne, że powszechną reakcją emocjonalną wobec problemów ze zdrowiem jest lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. Mniej oczywista jest obecność w obliczu poważnej choroby uczuć pozytywnych, takich jak nadzieja i rzadziej były one przedmiotem badań. Ale już poczynając od lat 70. ubiegłego wieku znaleźć można dowody empiryczne obecności emocji pozytywnych w obliczu poważnej choroby. Okazuje się, że nadzieja nie opuszcza chorych nawet wobec perspektywy zbliżającej się śmierci³ (Hamera, Shontz, 1978). Co ciekawe, wyniki badań nad emocjami pozytywnymi w warunkach stresowych dowodzą ich wzrostu, następującego równolegle ze wzrostem emocji negatywnych. Do takiego spostrzeżenia doprowadziły właśnie badania wykonane w grupie osób cierpiących na choroby przewlekłe lub inwalidztwo. W porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych, u chorych stwierdzono większy niepokój, depresję, złość i poczucie bezradności, ale także więcej uczuć pozytywnych (Westbrook, Viney, 1982).

Powstaje pytanie, jakie są źródła pozytywnych emocji w obiektywnie niesprzyjających, a nawet zagrażających sytuacjach. Według S. Folkman i J. T. Moskowitz (2006), ich podłożem jest radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie. Autorki wymieniają następujące główne źródła emocji pozytywnych w negatywnych sytuacjach: pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na problemie oraz kreowanie pozytywnych zdarzeń i nasycanie zwykłych zdarzeń pozytywnym afektem⁴.

Pozytywne przewartościowanie polega ogólnie na takim poznawczym przekształceniu sytuacji stresowej, aby ukazała się w lepszym świetle. Służą temu takie strategie, jak traktowanie sytuacji stresowej jako okazji do osobistego rozwoju, nabywania mądrości, cierpliwości, uczenia się ważnych życiowych

³ Dyskusja nad konceptualizacją nadziei w kategoriach poznawczych lub emocjonalnych wykracza poza zakres tego rozdziału. Tutaj mowa jest oczywiście o nadziei jako emocji.

⁴ W kolejnych publikacjach tych autorek znajdujemy nieco różniące się propozycje źródeł emocji pozytywnych w sytuacji stresowej, ale w zasadzie można je sprowadzić do trzech przytoczonych tutaj.

umiejętności, doceniania życia i świadomości tego, co jest w nim ważne, umacniania wiary i duchowości oraz poprawy stosunków z innymi. Związek pozytywnego przewartościowania z pozytywnymi emocjami wydaje się oczywisty.

Możliwości zastosowania **radzenia sobie skoncentrowanego na problemie**, inaczej **ukierunkowanego na cel**, wydają się ograniczone, jeśli źródło stresu nie daje się opanować. Taki charakter mają przeważnie przewlekłe sytuacje stresowe, związane z nieuleczalną chorobą. Jednak nawet w takich sytuacjach można znaleźć jakieś obszary dostępne kontroli lub wręcz wymagające ukierunkowanego na cel radzenia sobie. Przykłady przedstawia S. Folkman (1997) na podstawie badań opiekunów osób chorych na AIDS. Badani opisywali w wywiadach wykonywanie zabiegów zmniejszających cierpienia chorego lub załatwianie jego spraw zawodowych i rodzinnych.

Radzenie sobie ukierunkowane na cel, jeśli przynosi zamierzone efekty, jest źródłem takich stanów generujących emocje pozytywne, jak zmiana obiektu uwagi (jej koncentracja na wyznaczonym celu, a nie na źródle stresu), aktywizacja poczucia własnej skuteczności, mistrzostwa i kontroli. W konkretnej sytuacji świadczenia pomocy drugiej osobie, radzenie sobie ukierunkowane na cel jest źródłem wzmocnień pozytywnych: zewnętrznych, pochodzących od tej osoby i otoczenia społecznego, oraz wewnętrznych, w postaci poczucia spełnionego obowiązku. W porównaniu z angażującym procesy poznawcze przewartościowaniem, radzenie sobie skoncentrowane na problemie angażuje w większym stopniu strategię behawioralną.

Natomiast **kreowanie pozytywnych zdarzeń i nasycanie zwykłych zdarzeń pozytywnym afektem** angażuje strategię bezpośrednio ukierunkowaną na poprawę stanu emocjonalnego. Kreowanie pozytywnych zdarzeń to celowe działania, które pozwalają na czasowe opuszczenie obszaru objętego stresem, np. zorganizowanie sobie miłego spotkania, jakiejś rozrywki. Zdarzenia wzbudzające pozytywne reakcje emocjonalne pojawiają się też w sytuacji stresowej spontanicznie, są to np. zjawiska wzbudzające uczucia estetyczne, które można celowo podtrzymywać. Można wreszcie znaleźć okazję do pozytywnych doznań emocjonalnych, uczestnicząc w zwykłych codziennych sytuacjach, co zapewne wiąże się z ich przewartościowaniem.

S. Folkman i J. Moskowitz podejmują i rozwijają wątek adaptacyjnej roli emocji pozytywnych w radzeniu sobie ze stresem. Emocje pozytywne – jako forma odzwierciedlenia sytuacji stresowej – zmieniają jej ocenę, której rola w radzeniu sobie została odpowiednio doceniona już w klasycznym modelu (Lazarus, Folkman, 1984). Są sygnałami korzystnych aspektów sytuacji, pozwalając na odwracanie uwagi od długotrwałego stresora. Podtrzymują wysiłki, których wymaga radzenie sobie. Dostarczając momentów wytchnienia, umożliwiają dystrakcję od obciążających wydarzeń i ochraniają w ten sposób zasoby. Udział emocji pozytywnych w odbudowywaniu zasobów jest złożony. Oprócz wspomnianych zasobów psychologicznych dotyczy także zasobów

społecznych i fizjologicznych. Związane z emocjami pozytywnymi, ukierunkowane na cel, adaptacyjne radzenie sobie wzmacnia takie zasoby społeczne, jak więzi i spostrzegane wsparcie (Folkman, Moskowitz, 2006). Emocje pozytywne sprzyjają uwalnianiu się od niekorzystnych następstw fizjologicznych stresu, przynosząc wymierne korzyści zdrowotne (Fredrickson, 1998; Kaczmarek, 2009).

Powyżej była mowa o wzajemnych zależnościach między radzeniem sobie a emocjami pozytywnymi w sytuacji stresowej. Radzenie sobie we wszystkich formach może być źródłem emocji pozytywnych. Warto przy tym wyróżnić radzenie sobie celowo ukierunkowane na wzbudzanie takich emocji, bezpośrednio lub pośrednio, poprzez stwarzanie sytuacji sprzyjających pozytywnym przeżyciom. Ale z drugiej strony istniejące emocje pozytywne stanowią źródło energii dla radzenia sobie, zwłaszcza zorientowanego na problem. Przy tej okazji można postawić pytanie, co jest pierwotne, a co wtórne w relacji pomiędzy emocjami pozytywnymi a radzeniem sobie. Konkretnie, czy emocje pozytywne stanowią skutek radzenia sobie, a gdy już się pojawiają, oddziałują na nie zwrotnie? Czy też emocje pozytywne mogą pojawić się w sytuacji stresowej niezależnie od radzenia sobie i jakie mogą być ich inne źródła?

Jest oczywiste, że może to być zmiana sytuacji niezależna do aktywności człowieka, np. wiadomość, że niepomyślna diagnoza była pomyłką. Podobnym przykładem jest informacja o pomyślnym zakończeniu sytuacji stresowej, które tylko częściowo zależało od aktywności zaradczej, jak wynik egzaminu. Inne odpowiedzi podsuwa ogólna wiedza psychologiczna, np. zaobserwowana prawidłowość, że po intensywnych przeżyciach o walencji dodatniej pojawiają się uczucia o znaku przeciwnym (Diener i in., 1991), prowadzi do przypuszczenia, że istnieje też zjawisko odwrotne – zastąpienie dystresu i bezradności w sytuacji stresowej optymizmem i nadzieją.

Współczesna wiedza na temat obecności i roli emocji pozytywnych w sytuacjach stresowych uzasadnia wnioski, że ich regulacja powinna być włączona do obszaru radzenia sobie ukierunkowanego na emocje, na równi z regulacją emocji negatywnych. Każda z wymienionych form radzenia sobie z emocjami posiada swoją specyfikę. O ile w przypadku emocji negatywnych jednostka dąży do zapobiegania, zmniejszania nasilenia i skracania czasu trwania, to w przypadku emocji pozytywnych stosowane są poznawcze i behawioralne strategie zmierzające do ich wzbudzania, rozwijania i podtrzymywania. Mechanizmy, które temu służą, są różne od mechanizmów regulujących emocje negatywne (Fredrickson, 1998). Zainteresowanie emocjami pozytywnymi znajduje wyraz we współczesnych badaniach nad stresem (Greenglass, Fiskensbaum, 2009). Uwzględnienie ich roli w radzeniu sobie ze stresem wymaga kolejnego kroku w kierunku rozszerzenia zakresu radzenia sobie, dotyczącego form ukierunkowanych na emocje (Gruźczyńska, w druku).

Bibliografia

- Berghuis J. P., Stanton A. L. (2002), *Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, **70**, 433–438.
- Coyne J. C., Racioppo M. W. (2000), *Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research*, „American Psychologist”, **55**, 655–664.
- Coyne J. C., Smith D. A. (1991), *Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress*, „Journal of Personality and Social Psychology”, **6**, 404–412.
- Diener E., Colvin C. R., Pavot W. G., Allman A. (1991), *The psychic costs of intense positive affect*, „Journal of Personality and Social Psychology”, **61**, 492–503.
- Endler N. S., Parker J. D. A. (1990), *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology”, **58**, 844–854.
- Endler N. S., Parker J. D. A. (1994), *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies*, „Psychological Assessment”, **6**, 50–60.
- Folkman S. (1997), *Positive psychological states and coping with severe stress*, „Social Science and Medicine”, **45**, 1207–1221.
- Folkman S., Lazarus R. S. (1980), *An analysis of coping in a middle-aged community sample*, „Journal of Health and Social Behavior”, **21**, 219–239.
- Folkman S., Moskowitz J. T. (2004), *Coping: pitfalls and promise*, „Annual Review of Psychology”, **55**, 745–774.
- Folkman S., Moskowitz J. T. (2006), *Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress*, [w:] H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos (eds.), *The scope of social psychology: Theory and application*, Psychology Press, Hove (UK), 193–208.
- Fredrickson B. L. (1998), *What good are positive emotions?*, „Review of General Psychology”, **2**, 300–319.
- Gall T. L., Charbonneau C., Clarke N. H., Grant K., Shouldice L. (2005), *Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework*, „Canadian Psychology”, **46**, 88–104.
- Greenglass E., Fiksenbaum L. (2009), *Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis*, „European Psychologist”, **14**, 29–39.
- Gruszczyńska E. (w druku), *Affect and emotion-focused coping: Looking for correlated change and causality*, „Anxiety, Stress, and Coping”.
- Hamera E. K., Shontz F. C. (1978), *Perceived positive and negative effects of life-threatening illness*, „Journal of Psychosomatic Research”, **22**, 419–424.
- Hann N. (1965), *Coping and defense mechanisms related to personality inventories*, „Journal of Consulting Psychology”, **29**, 373–378.
- Heszen-Niejodek I. (1997), *Coping style and its role in coping with stressful encounters*, „European Psychologist”, **2**, 342–351.
- Heszen-Niejodek I. (2003), *Wymiar duchowy a zdrowie*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 33–47.
- Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E. (2004), *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny”, **47**, 15–31.
- Hobfoll S. E. (1989), *Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress*, „American Psychologist”, **44**, 513–524.

- Hobfoll S. E. (2001), *The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory*, „Applied Psychology: An International Review”, **50**, 337–421.
- Hobfoll S. E. (2002), *Social and psychological resources and adaptation*, „Review of General Psychology”, **6**, 307–324.
- Hobfoll S. E. (2006), *Stres, kultura i społeczność*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Hollender M. H. (1975), *Psychologia w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa.
- Hummer R. A., Rogers R. G., Nam C. B., Ellison C. G. (1999), *Religious involvement and U.S. adult morality*, „Demography”, **36**, 272–285.
- Janis I. L. (1958), *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*, Wiley, New York.
- Kaczmarek Ł. (2009), *Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity*, „Polish Psychological Bulletin”, **40**, 46–53.
- Knoll N., Kienie R., Bauer K., Pfüller B., Luszczynska A. (2007), *Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving*, „Social Science and Medicine”, **64**, 1789–1801.
- Maslow A. H. (1949), *The expressive component of behavior*, „Psychological Review”, **56**, 261–272.
- Maslow A. H., Mittelmann B. (1941), *Principles of abnormal psychology*, Harpers, New York.
- Mechanic D. (1962), *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*, The Free Press, New York.
- Lazarus, R. S. (1980), *The stress and coping paradigm*, [w:] L. A. Bond, J. C. Rosen (eds.), *Competence and coping during adulthood*, University Press of New England, Hanover, 28–74.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York.
- Luszczynska A. (2011), *Psychologia sportu i aktywności fizycznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- 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**, 710–724.
- Reykowski J. (1974), *Eksperymentalna psychologia emocji*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Schwarzer R. (2001), *Stress, resources, and proactive coping*, „Applied Psychology: An International Review”, **50**, 400–407.
- Schwarzer R., Knoll N. (2003), *Positive coping: Mastering demands and searching for meaning*, [w:] S. J. Lopez, C. R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, American Psychological Association, Washington D.C., 393–409.
- Taylor S. E. (1983), *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation*, „American Psychologist”, **38**, 1161–1173.
- Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (2004), *Posttraumatic growth. Conceptual foundation and empirical evidence*, „Psychological Inquiry”, **15**, 1–18.
- Westbrook M. T., Viney L. L. (1982), *Psychological reactions to the onset of chronic illness*, „Social Sciences and Medicine”, **16**, 889–905.
- Zolich R. (1983), *Dystans wobec lekarza a działania zdrowotne pacjenta*, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice, niepublikowana praca magisterska.

Irena Heszen

Health problems and coping with them – from denial to the positive emotions

Health problems are a common source of psychological stress. As such, they initiate the coping process. In the article considering them in the framework of the stress and coping theory is recommended to create reliable foundations of prophylaxis, health promotion, treatment and rehabilitation. In the historical conceptualization of coping by Maslow the notion was limited to the instrumental component of human activity, in contradiction to its expressive forms. The classical paradigm by Lazarus and Folkman broadened the scope of coping, distinguishing its instrumental and expressive functions. Further research development led to the clarification of two forms of coping in terms of timing: reactive (dealing with past or present stressful encounters) and proactive (directed toward future threats and challenges). Another contemporary achievement is growing knowledge about the significance of positive emotions in the coping process. Studies are needed about coping aimed at arousing positive emotion as the form of emotion-centered coping.

Keywords: positive emotions, health problems, coping, health resources (emocje pozytywne, problemy zdrowotne, radzenie sobie, zasoby zdrowotne).