



Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Promocja zasobów niezbędnych do utrzymania dobrostanu psychicznego

Zasoby niezbędne dla zdrowia psychicznego – ujęcie pozytywne

Zdrowie psychiczne jest w ostatnim czasie coraz częściej rozpatrywane w kategoriach pozytywnych i jako takie traktowane jako synonim dobrej jakości życia, energii życiowej, optymizmu i szczęścia¹. Odchodzi się zatem od stawiania znaku równości między brakiem zdrowia psychicznego i chorobą psychiczną, co wywoływało skojarzenia z konkretnymi jednostkami nozologicznymi związanymi ze sferą funkcjonowania psychicznego, jak depresja, nerwica, psychoza². Zgodnie z definicją WHO, zdrowie psychiczne to „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje swoje zdolności, potrafi radzić sobie z normalnymi stresami życia, może pracować wydajnie i owocnie oraz jest w stanie oferować coś swojej społeczności”³. W koncepcji Martina E.P. Seligmana⁴ psychiczny dobrostan jest konstruktem złożonym z pięciu niez-

¹ B. Woynarowska: *Definiowanie zdrowia i choroby*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Red. B. Woynarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017, s. 19.

² G. MacDonald: *What is Mental Health?* In: *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Eds. M. Cattan, S. Tilford. Maidenhead: Open University Press, 2006, s. 9.

³ B. Woynarowska: *Zdrowie psychospołeczne – wybrane zagadnienia. Wprowadzenie*. W: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. B. Woynarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 390.

⁴ M.E.P. Seligman: *Psychologia pozytywna*. Przeł. J. Radzicki. W: *Psychologia pozytywna*. Red. J. Czapiński. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe

leżnych elementów, z których część ocenia się subiektywnie, a część – obiektywnie. Elementy te zostały ujęte w tzw. model PERMA, na który składa się:

- P (*positive emotion*) – odczuwanie pozytywnych emocji, a przede wszystkim szczęścia i zadowolenia, oddziałujących bezpośrednio na samopoczucie i zachowanie człowieka;
- E (*engagement*) – całkowite zaabsorbowanie podejmowanymi działaniami dające poczucie spełnienia i satysfakcji;
- R (*positive relationships*) – zaangażowanie w pozytywne relacje interpersonalne i podtrzymywanie ich;
- M (*meaning*) – poczucie przynależności do czegoś, co dla nas jest sensowne i co uznajemy za większe od nas;
- A (*accomplishment/achievement*) – zmierzanie do wyznaczonych celów, których osiągnięcie daje poczucie spełnienia.

Wielu autorów podkreśla, że dobrostan psychiczny ma wymiar afektywny i poznawczy. Pierwszy z nich obejmuje emocjonalne reakcje na zdarzenia i odnosi się przede wszystkim do chwili obecnej, drugi dotyczy poznawczej oceny życia jednostki, zarówno w przeszłości i teraźniejszości, jak i w przyszłości, chociaż dominującą rolę odgrywają w tej ocenie minione doświadczenia⁵. Dodatkowo, zgodnie z cebulową teorią szczęścia, dobrostan psychiczny ma budowę warstwową – warstwy głębsze są silniej uwarunkowane genetycznie, natomiast warstwy płytsze i mniej istotne dla przetrwania w krytycznych sytuacjach życiowych w większym stopniu podlegają wpływom sytuacji, przy czym i tu istnieje hierarchia – ogólne zadowolenie jest mniej „realistyczne” od zadowolenia z konkretnych spraw. Najpłytszą warstwą dobrostanu, w której człowiek wykazuje największy realizm ocen, jest wymiar satysfakcji częściowych, czyli zadowolenia z poszczególnych dziedzin i aspektów życia, najgłębszą warstwę zaś stanowi poziom woli życia. Powinna ona być najbardziej stabilna w czasie niezależnie od wieku jednostki i powracać do stałego poziomu po odchyleniach spowodowanych negatywnymi wydarzeniami życiowymi. Dwa istotne wskaźniki woli życia to pragnienie życia i skłonności samobójcze. To wola życia decyduje zatem o subiektywnej odpowiedzi na podstawowe pytanie: „Być czy nie być?”, i pozytywnie lub negatywnie oddziałuje na płytsze warstwy dobro-

PWN, 2004, s. 18–32. Por. M.E.P. Seligman: *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*. Przeł. P. Szymbczak. Poznań: Media Rodzina, 2011.

⁵ E. Diener, R. Lucas, S. Oishi: *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*. Przeł. M. Szuster. W: *Psychologia pozytywna...*, s. 35–50.

stanu: ogólne zadowolenie z życia, poczucie sensu życia, bilans doświadczanych emocji, zdolność mobilizacji itp. (tzw. ogólny dobrostan subiektywny), oraz dalej – na zadowolenie z poszczególnych dziedzin czy aspektów życia (tzw. satysfakcje cząstkowe)⁶.

Do osiągnięcia i utrzymania psychicznego dobrostanu niezbędne jest posiadanie indywidualnych zasobów będących swego rodzaju potencjałem zdrowotnym. Im bogatsze są posiadane zasoby, tym lepiej człowiek radzi sobie z aktualnymi wyzwaniami i doświadczeniem porażki. Rudolf Moos i Jeanne Schaefer definiują zasoby osobiste jako układ czynników osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych, stanowiących część psychologicznego kontekstu radzenia sobie⁷. Wśród indywidualnych zasobów mających kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego najczęściej wymienia się: poczucie własnej wartości, poczucie skuteczności, optymizm oraz umiewiescowienie poczucia kontroli (wewnętrzna sterowność umiarkowana)⁸.

Poczucie własnej wartości (*self-esteem*), traktowane zwykle jako synonim pojęcia „samoocena”, jest rozumiane jako pozytywna bądź negatywna postawa wobec własnego „ja”⁹. Ma swoje źródła w samej jednostce, ale kształtuje się także poprzez oddziaływanie czynników zewnętrznych – środowiska społecznego i kultury¹⁰. Samoocena odgrywa ważną rolę w regulacji zachowania z uwagi na fakt, że angażując się w jakąś aktywność, a zwłaszcza taką, która wymaga wysiłku, człowiek musi uwzględnić własne możliwości sprostania określonym wymaganiom. Sposób przewidywania następstw wydarzeń jest szczególnie istotny w sytuacjach nowych i niepewnych, kiedy nie mamy wystarczających informacji o warunkach, w jakich przebiegać będzie działanie. Adekwatne poczucie własnej wartości chroni przed negatywnymi skutkami doświadczania stresu i/lub minimalizuje ich nasilenie. Ponadto negatywnie koreluje z zaburzeniami zdrowia psychicznego, takimi jak: somatyzacje, niepokój, bezsenność czy objawy depresji.

⁶ J. Czapiński: *Indywidualna jakość i styl życia*. W: *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, 2015, s. 200–222.

⁷ R. Moos, J. Schaefer: *Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures*. In: *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Ed. L. Goldberger. New York: The Free Press, s. 234–257.

⁸ N. Ogińska-Bulik: *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka...*, s. 47.

⁹ Ibidem, s. 47–48. Por. M. Rosenberg: *Society and the Adolescent Self-Image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press, 1989.

¹⁰ N. Branden: *Sześć filarów poczucia własnej wartości*. Przeł. H. Dąbrowska. Łódź: Wydawnictwo Feeria, 2006.

Poczucie własnej skuteczności jest określane jako przekonanie człowieka, że jest on zdolny do podjęcia wybranej czynności oraz potrafi wytrwać w realizacji zamierzonego celu; zatem poczucie własnej skuteczności odzwierciedla ocenę posiadanych kompetencji do poradzenia sobie w danej sytuacji. Mimo podobieństw poczucie własnej skuteczności nie jest tożsame z samooceną, optymizmem czy poczuciem kontroli, ponieważ w odróżnieniu od wymienionych zasobów wiąże się z takimi właściwościami, jak wewnętrzna atrybucja (przekonanie o byciu sprawcą działań) czy perspektywność (odniesienie do przyszłych aktywności)¹¹. Przekonanie o własnej skuteczności nie jest też równoznaczne z oczekiwaniem pozytywnych lub negatywnych rezultatów, ponieważ co prawda wiąże się z przeświadczeniem, że jednostka potrafi sobie poradzić nawet w niesprzyjających okolicznościach, ale nie oznacza, że pomyślny rezultat jest gwarantowany. Wydaje się zatem, iż poczucie własnej skuteczności jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do podjęcia określonego działania¹². Odnoszone sukcesy powodują natomiast zwiększenie przekonania jednostki o własnej skuteczności, a efekt ten ulega generalizacji – kumulacja sukcesów wywiera wpływ na oczekiwanie podobnej skuteczności w przyszłych – także innych od pierwotnej – sytuacjach. Poczucie własnej skuteczności oddziałuje na wiele aspektów funkcjonowania człowieka, a zwłaszcza na sposób radzenia sobie ze stresem – wpływa na dobór strategii, decyduje o tym, jak długo jednostka jest w stanie podejmować wysiłek, oraz o stopniu zaangażowania w proces radzenia sobie. Osoby z niskim poczuciem własnej skuteczności odczuwają silne pobudzenie emocjonalne w sytuacji realizacji zadań, przesadnie koncentrują się na własnych brakach oraz wyolbrzymiają trudności, a w konsekwencji nie wykorzystują w sposób efektywny swoich możliwości. Z kolei osoby cechujące się wysokim poczuciem własnej skuteczności w podobnych sytuacjach intensyfikują starania tak, by podołać wyzwaniom¹³.

Kolejnym zasobem niezbędnym do podjęcia skutecznego działania i utrzymania dobrostanu psychicznego jest **optymizm**, definiowany jako zgeneralizowane oczekiwanie pozytywnych zdarzeń w przyszłość-

¹¹ N. Ogińska-Bulik: *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu...*, s. 48–49. Por. A. Łuszczynska: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP, 2004.

¹² Por. P. Oleś: *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2003.

¹³ R. Poprawa: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmont. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001, s. 103–142.

ci oraz przekonanie, że wydarzenia niepomyślne będą miały miejsce sporadycznie lub wcale¹⁴. Oczekiwanie te podtrzymują wiarę człowieka w realizację wytyczonych celów, ułatwiając podjęcie decyzji o zaangażowaniu się w działanie oraz o kontynuowaniu podjętych wysiłków w obliczu pojawiających się trudności. Optywizm traktowany jako cecha osobowości w dużej mierze zależy od czynników genetycznych, ale podlega także procesowi kształtowania się pod wpływem indywidualnych doświadczeń życiowych. Posiadanie tej cechy pozytywnie wpływa na podejmowanie działań zmierzających do poprawy sytuacji życiowej, motywację, planowanie oraz realizację celów długo- i krótkoterminowych, a także pomaga aktywnie przezwyciężać zagrożenia. Optywizm ujemnie koreluje z depresją, a dodatkowo z jakością życia, odgrywa też rolę bufora dla negatywnych skutków stresu i jako taki zapobiega objawom stresu pourazowego oraz sprzyja pojawianiu się pozytywnych zmian posttraumatycznych¹⁵.

Listę najczęściej wymienianych zasobów osobistych zamyka konstrukcja **umiejscowienia kontroli** (*locus of control*) wywodzący się z Juliana Rottera teorii społecznego uczenia się¹⁶. Umiejscowienie kontroli odnosi się do sposobu postrzegania związku między własnym zachowaniem a następującymi po nim wzmocnieniami; na podstawie charakteru tego związku można wyróżnić dwie grupy osób: osoby wewnętrzne i zewnętrzne. Osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli cechują się biernością, mniejszą tolerancją wobec innych oraz częściej przejawiają bezradność w obliczu pojawiających się trudności. Z kolei osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli charakteryzuje aktywność, samodzielne podejmowanie decyzji, stawianie sobie wysokich wymagań oraz świadomość kontroli nad środowiskiem. Osoby wewnętrzne są bardziej skuteczne w radzeniu sobie ze stresem, ponieważ towarzyszy im mniejsze pobudzenie emocjonalne w sytuacjach postrzeganych jako trudne. Wewnętrzność sprzyja też wzrostowi poczucia własnej skuteczności i zwiększa gotowość do pokonywania zagrożeń. Zdarzają się jednak sytuacje, w których wewnętrzne umiej-

¹⁴ M.F. Scheier, Ch.S. Carver: *Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being. Theoretical Overview and Empirical Update*. „Cognitive Therapy and Research” 1992, no. 16, s. 201-228.

¹⁵ N. Ogińska-Bulik: *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu...*, s. 51-52. Por. Eadem: *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Difin, 2015.

¹⁶ R. Kościelak: *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2010.

scowienie kontroli jest źródłem stresu, co ma związek z przypisywaniem sobie winy za doznane porażki. Najbardziej korzystna z punktu widzenia funkcjonowania jednostki jest zatem wewnątrzsterowność umiarkowana¹⁷.

Poza opisanymi elementarnymi zasobami osobistymi sprzyjającymi zachowaniu dobrostanu psychicznego w literaturze przedmiotu wskazuje się także na tzw. metazasoby, które pełnią funkcję nadrzędną i sterującą względem innych zasobów, dzięki czemu nie dopuszczają do ich wyczerpania. Najczęściej w tym kontekście wskazuje się na **poczucie koherencji** (*sense of coherence*) definiowane jako „globalna orientacja [...] wyrażająca 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 wytłumaczalny, 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”¹⁸. W takim rozumieniu poczucie koherencji odnosi się do właściwości zarówno poznawczych (zrozumiałość), poznawczo-instrumentalnych (sterowalność), jak i do emocjonalno-motywacyjnych (sensowność) i jako takie ma strukturę przekonań jednostki o świecie, własnej osobie oraz swoich relacjach ze światem¹⁹. Osoby z wysokim poczuciem koherencji są elastyczne, mają realistyczne podejście do życia, a napotykanne problemy oceniają zwykle w kategoriach wyzwania. Ponadto lepiej kontrolują i wyrażają przeżywane emocje, przez co nie dopuszczają do przeradzania się ich w napięcie i stres. Niskie poczucie koherencji wiąże się z kolei z negatywnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego, a zwłaszcza z lękiem i depresją²⁰.

¹⁷ N. Ogińska-Bulik: *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu...*, s. 54–55.

¹⁸ A. Antonovsky: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegółowska-Klarkowska. Warszawa: Fundacja IPN, 2005, s. 34.

¹⁹ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 215–216.

²⁰ H. Sęk: *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*. W: *Zdrowie – stres – zasoby*. Red. H. Sęk, T. Pasikowski. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001, s. 23–42.

Metodologiczne założenia badań własnych

Zasoby osobiste są niezbędne do utrzymania i kształtowania dobrostanu psychicznego, stąd ich posiadanie jest istotne nie tylko dla osób funkcjonujących w sposób względnie niezaburzony, lecz także dla tych, u których występują symptomy dysfunkcji i/lub które subiektywnie odczuwają cierpienie. W badaniach własnych podjęto działania zmierzające do określenia sposobu postrzegania i oceniania posiadanych zasobów przez osoby korzystające z pomocy psychologicznej/terapeutycznej. W trakcie badań poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie zasoby osobiste obecnie posiadają osoby korzystające z pomocy psychologicznej?
2. Jakie zasoby osobiste są obecnie deficytowe dla osób korzystających z pomocy psychologicznej?
3. Jakimi zasobami osobistymi spodziewają się dysponować w przyszłości osoby korzystające z pomocy psychologicznej?
4. Jakie są obawy osób korzystających z pomocy psychologicznej dotyczące posiadania/nieposiadania zasobów osobistych w przyszłości?

W badaniach wykorzystano strategię jakościową – posłużono się metodą zbiorowego studium przypadku (*collective case study*), która polega na analizie pewnej liczby przypadków w celu poznania określonego zjawiska, jakim w eksploracjach własnych było znaczenie subiektywnej oceny posiadanych zasobów dla biopsychospołecznego funkcjonowania respondentów²¹. Podstawową techniką badawczą był wywiad częściowo kierowany skoncentrowany na problemie, definiowany jako rozmowa otwarta na kontekst i snuta przez osobę badaną opowieść; w rozmowie tej dominuje narracja opowiadającego, badacz może jednak przerywać ową narrację, by zadawać dodatkowe pytania. Pytania te powinny być konkretne i koncentrować uwagę badanego na szczegółowych kwestiach, których analiza stwarza szansę na lepsze rozpoznanie problemu²². W przypadku badań własnych uwagę respondentów koncentrowano na zagadnieniach związanych z subiektywną oceną posiadanych zasobów indywidualnych. Wywiady przeprowadzono, opierając się na wcześniej przygotowanych dyspozycjach

²¹ D. Silverman: *Prowadzenie badań jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 169; M. Strumińska-Kutra, I. Koładkiewicz: *Studium przypadku. W: Badania jakościowe. Metody i narzędzia*. Red. D. Jemielniak. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 16.

²² K. Rubacha: *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf, 2012, s. 140.

będących uszczegółowieniem pytań badawczych²³. Wywiady trwały każdorazowo około godziny. W analizie materiału badawczego zastosowano kodowanie na podstawie teorii²⁴, co oznacza, że pojęcia, które były reprezentowane przez poszczególne kody, zaczerpnięto z wątków ujętych w dyspozycjach do wywiadu. Analizie poddano przy tym zapis pozyskanego materiału przeprowadzony zgodnie ze strategią transkrybowania wywiadów przyjętą za Grahamem Gibbem²⁵.

W celu uzupełnienia i usystematyzowania danych jakościowych dodatkowo zastosowano analizę SOFT, traktowaną jako heurystyczna technika porządkowania i analizy informacji, pozwalająca jednocześnie wykorzystać zgromadzone dane do opracowania określonej strategii działania²⁶. Analiza SOFT stanowiła formę ustrukturalizowanej wypowiedzi pisemnej, w której ramach respondenci mieli możliwość dokonania pozytywnej i negatywnej oceny posiadanych zasobów, zarówno w danym momencie, jak i w odniesieniu do przyszłości. Użyte w ten sposób wypowiedzi włączono w obszar analizowanego materiału badawczego.

Badaniami objęto 5 kobiet, które co najmniej przez 6 miesięcy korzystały z pomocy psychologicznej w Ośrodku Psychoterapii i Promocji Rodziny w Chorzowie. Przyjęcie półrocznej cezury czasowej pozwoliło na wyłączenie z grupy respondentów osób niezmotywowanych do pracy własnej i będących w ostrym kryzysie, a jednocześnie objęcie badaniami osób, u których potencjalnie można było zaobserwować pewne efekty pracy terapeutycznej. Badane kobiety z różnych przyczyn poszukiwały profesjonalnej pomocy, były w różnym wieku (od 29 do 39 lat) i miały różny status społeczno-ekonomiczny; respondentki łączyło subiektywne odczuwanie cierpienia utrudniające skuteczne i satysfakcjonujące funkcjonowanie psychospołeczne.

²³ S. Kvale: *Prowadzenie wywiadów*. Przeł. A. Dziuban. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010, s. 106–111.

²⁴ G. Gibbs: *Analizowanie danych jakościowych*. Przeł. M. Brzozowska-Brywczyńska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2011, s. 90.

²⁵ Ibidem, s. 38.

²⁶ J. Birkenmaier: *The Practice of Generalist Social Work*. New York, NY: Routledge, 2001; E. Budnik, A. Moszyńska, B. Owczarska: *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*. Kielce: Oficyna Wydawnicza Nauczycieli, 2003, s. 16–20.

Zasoby osobiste w indywidualnych narracjach badanych

Zasoby osobiste dostępne i deficytowe

Większość respondentek podkreślała, że ma lepszy dostęp do posiadanych zasobów dzięki uczestnictwu w procesie terapeutycznym, w którym kobiety brały udział w momencie badania. W swoich opowieściach badane podkreślały, że kontakt z profesjonalistą dawał im szansę na lepsze przemyślenie swoich doświadczeń i spojrzenie na nie z innej perspektywy. Dzięki pomocy, którą uzyskały, miały możliwość budowania indywidualnych dyspozycji oraz kształtowania umiejętności uważanych za deficytowe, a jednocześnie – często po raz pierwszy – mogły odreagować trudne emocje w bezpiecznej, pozbawionej oceny atmosferze. Jednocześnie część respondentek zwracała uwagę, że uzyskiwanie nieoczywistych dla nich informacji o sobie i nie zawsze „wygodnych” odpowiedzi na pytania miało działanie motywujące, prowadziło do lepszego wglądu, a tym samym inspirowało do dokonywania zmian w dotychczasowym sposobie funkcjonowania.

W procesie terapeutycznym zadawała mnie spokój terapeuty, możliwość wygadania się, brak oceny (Badana 2).

W procesie terapeutycznym ważne jest, że go mam (Badana 4).

Kontakt z terapeutą pomaga otworzyć się przed innymi, mówić o problemach, zamiast trzymać je w sobie. Daje możliwość rozładowania emocji, „wygadania się”, pomaga odbudować poczucie własnej wartości. Pozwala lepiej zrozumieć swoje zachowania i w bardziej świadomy sposób podejmować decyzje, pomaga podczas napadów lęku/paniki (Badana 3).

Ważne są dla mnie regularne spotkania, świadomość, że uzyskam pomoc, wsparcie (Badana 1).

Zasoby, które badane kobiety dostrzegały i doceniały w chwili badania, to przede wszystkim poczucie własnej skuteczności. Respondentki podkreślały, że starają się odzyskać kontrolę nad swoim życiem i w coraz większym stopniu uświadamiają sobie, że same są odpowiedzialne za swój los. Można też jednak przypuszczać, że przekonanie o własnej skuteczności, posiadane nawet na elementarnym poziomie, było powodem, dla którego kobiety zdecydowały się po-

szukiwać profesjonalnej pomocy i utrzymały się przez dłuższy czas w procesie terapeutycznym.

Sytuacje trudne od razu staram się przemyśleć, rozwiązać na podstawie wiedzy już zdobytej [...]. Pomaga mi świadomość, że można „się zmienić”, uleczyć złe myślenie, nawyki. Mocno się angażuję, czuję silną potrzebę pracy nad sobą. Wiem, że jest to walka o lepsze jutro, mogę uniknąć błędów popełnionych względem mnie (Badana 1).

Kieruje mną chęć poprawy własnego życia (Badana 3).

Teraz wiem, że sama muszę pilnować swojego zachowania (jedzenie, zęby itp.) (Badana 5).

Ruszam się, żeby naprawić swoje niedoskonałości. Nie siedzę w domu na kanapie, tylko robię coś ze sobą (Badana 4).

Dodatkowo pojawiła się też jedna wypowiedź wskazująca na kształtowanie się wewnętrznego umiejscowienia kontroli:

Gdy czuję się źle, wiem, że mam do tego prawo, szukam rozwiązania (Badana 1).

Mimo że w wypowiedziach badanych pojawiało się wiele odniesień do posiadanych zasobów, symptomatyczny jest fakt, że większość respondentek pytanych wprost o swoje mocne strony miała problem z udzieleniem odpowiedzi – konkretnych wskazań udzieliły tylko 2 kobiety. Wśród posiadanych pozytywnych cech wymienione zostały: otwartość, poczucie humoru, zaangażowanie, towarzyskość i komunikatywność. Dużo łatwiej było badanym wskazać swoje słabości i wady, do których kobiety zaliczały: trudności z pamięcią i koncentracją, szybkie poddawanie się, nadmierne przejmowanie się, impulsywność rozumianą jako działanie pod wpływem emocji, a przede wszystkim brak wiary w siebie. Na niskie poczucie własnej wartości nie wskazała wprost tylko jedna respondentka; inne badane różnie opisywały swój brak wiary w siebie i/lub niezadowolenie z siebie.

Bardzo dużo gadam i mam wrażenie, że mało z tego wynika (Badana 4).

Wszystko chciałabym mieć rozłożone na „czynniki”, chciałabym wszystko od razu i nie chcę czekać, mam za mało cierpliwości, za dużo gadam (Badana 2).

Pomimo świadomości, że inni ludzie mają prawo do swojego zdania, stale, gdy ktoś się ze mną nie zgadza, uznaję to za błąd w własnym rozumowaniu. Cechuje mnie uległość, lęk przed odrzuceniem w przypadku niezgody z innymi. Trudność sprawia mi przyznanie samej sobie, że moi najbliżsi przyczynili się do moich traum i ułomności. Trudna jest świadomość, że rodzina mnie oszukiwała i skrzywdziła. Stale bronię najbliższych, nie dopuszczam często prawdy o mojej patologii (Badana 1).

Podczas analizy przywołanych wypowiedzi można odnieść wrażenie, że niewiara w siebie i swoje możliwości wtórnie wpływa na mniejszy optymizm badanych rozumiany jako oczekiwanie pozytywnych/satysfakcjonujących rozwiązań, a także determinuje gorsze samopoczucie emocjonalne respondentek. Dodatkowo przekonanie o niepełnej własnej wartości zwiększa prawdopodobieństwo interpretowania zdarzeń jako niezależnych od własnej woli jednostki, a zatem obniża wewnątrzsterowność badanych w obliczu pojawiających się trudności. Pozytywny jest jednak fakt, że kobiety mają świadomość opisywanych prawidłowości, a dzięki temu mogą pracować nad wprowadzeniem zmian w swoim funkcjonowaniu, choć na pewno będzie to proces wymagający wysiłku i czasu.

Potencjalne przyszłe zasoby – oczekiwania i obawy

Nadzieje na przyszłość wyrażane przez badane kobiety wynikały wprost z deficytów, które badane dostrzegały u siebie „tu i teraz”, i w pierwszej kolejności odnosiły się do posiadania stabilnego poczucia własnej wartości, które w przyszłości – zgodnie z przekonaniem respondentek – umożliwi im bardziej satysfakcjonujące funkcjonowanie psychospołeczne, zwłaszcza w kontakcie z osobami bliskimi, a także lepsze radzenie sobie z emocjami. W toku analizy wypowiedzi badanych można odnieść wrażenie, że oczekiwania dotyczące przyszłości przynajmniej u części kobiet były bardziej życzeniowe niż realistyczne, co w pewnym sensie może wyznaczać kierunek dalszej pracy terapeutycznej, która powinna zmierzać do kształtowania mniej dychotomicznego, a bardziej racjonalnego myślenia związanego z planowaniem zadań i oceną zrealizowanych celów.

[W przyszłości – K.B.S.] Poczuję się w 100% wartościowa, przestanę chować głowę w piasek, stawię czoła wszystkim przeszkodom, nauczę się asertywności, zwłaszcza w stosunku do rodziny. Zacznę zawsze mówić

to, co myślę, a nie to, co ktoś by chciał usłyszeć, będę mniej uległa, uniknę błędów popełnionych względem mnie (Badana 1).

Wiem, że trzeba się bardziej doceniać, sprawiać sobie przyjemności (Badana 5).

Chcę pracować nad swoimi słabościami, wyeliminowaniem lub ograniczeniem ich, zdobyć pewność siebie, radzić sobie z przeciwnościami losu (Badana 4).

Czeka mnie praca nad myśleniem o sobie w bardziej pozytywnych kategoriach, poszukiwanie źródeł [...] tego, jak siebie widzę: „nie dam sobie rady”, „inni są lepsi ode mnie”. Chcę poprawić relacje z innymi, pozbyć się lęków, lepiej radzić sobie z ekspresją silnych emocji (Badana 3).

W oczekiwania badanych był również wpisany większy optymizm dający szansę na zmianę zachowania dzięki refleksji nad wcześniejszymi doświadczeniami i nabyciu umiejętności traktowania ich w kategoriach informacji zwrotnej. W ślad za tym optymizmem w deklaracjach respondentek szło zwiększenie poczucia własnej skuteczności, a także potencjalny wzrost wewnętrzzsterowności.

Teraz wiem, że to, że nie miałam koleżanek, to był mój wybór. Na podstawie swoich doświadczeń mogę się czegoś nauczyć na przyszłość. Chcę więcej czasu spędzać z dziećmi, z rodziną, bo wiem, że to już nie wróci, i mogę potem tego żałować, że na przykład nie przeczytałam dzieciom książki na dobranoc, bo później one już nie będą tego chciały. Chcę też zaprosić teściów na święta, żeby mój mąż kiedyś nie żałował, że nie spędzał z nimi czasu (Badana 5).

Zakładając własną rodzinę, będę bardziej świadoma, co może mieć zły wpływ. Najbardziej zależy mi, aby poczuć się w pełni silna, bezpieczna przy zakładaniu rodziny [...]. Chcę stworzyć bezpieczny, dobry dom dla moich dzieci (Badana 1).

Teraz wiem, że szans i możliwości należy poszukiwać w samym sobie, w otoczeniu, w znajomych (Badana 2).

Obawy osób korzystających z pomocy psychologicznej odnoszące się do posiadanych/nieposiadanych zasobów osobistych w przyszłości dotyczyły przede wszystkim kontekstu środowiskowego – tego, czy bliscy respondentek będą potrafili je zaakceptować z nowymi cechami oraz czy kobiety będą potrafiły wybaczyć swoim bliskim, jeśli dzięki pro-

cesowi terapeutycznemu obiektywnie, bez racjonalizowania oceniają ich zachowanie.

Poznanie siebie i tzw. zdrowy egoizm nie zawsze podobają się innym – już usłyszałam, że mi robią „wodę z mózgu”. Obawiam się też, że dowiem się, jakie mam słabości, a [...] nie będę umiała sobie z nimi poradzić (Badana 4).

Obawiam się, że będę szukała winy w sobie, nie do końca zrozumiem „dlaczego”, będę żyła w żalu i stracę wiarę w ludzi (Badana 2).

Boję się, że przerzucę odpowiedzialność za mnie na innych, że nie zrealizuję swoich celów w obawie, że nie dam rady. Obawiam się przywołania traum z dzieciństwa, co może wywołać negatywne odczucia względem rodziny/znajomych, zakłócenie relacji partnerskich, rodzinnych, przyjacielskich. Boję się załamania psychicznego, poddania się, braku nadziei na lepsze jutro, tego, że będę już zawsze uzależniona od czyjejś opinii, od wsparcia, że bez terapii sobie nie poradzę (Badana 1).

Z przytoczonych wypowiedzi wynika, że badane – oprócz tego, że wykazywały troskę o relacje z bliskimi – obawiały się załamania mechanizmów radzenia sobie w przyszłości oraz nadejścia kryzysów. Respondentki nie do końca wydawały się przekonane, że posiadane przez nie zasoby są wystarczające, żeby skutecznie poradzić sobie w przyszłych, nieznanych sytuacjach. Obawiały się też, że przeżyte traumy były na tyle silne, że będą miały dalsze nieprzewidywalne konsekwencje w przyszłości, a badane nie będą potrafiły tych konsekwencji całkowicie przezwyciężyć.

Wnioski

Zgodnie z podejściem salutogenetycznym, zasoby człowieka mają kluczowe znaczenie dla kreowania i utrzymania zdrowia, a ich deficyty zwiększają ryzyko rozwoju chorób. Brak zasobów lub nieumiejętność korzystania z nich powoduje zachwianie równowagi, czego konsekwencją jest powstawanie zaburzeń w funkcjonowaniu biopsychospołecznym. Podkreśla się przy tym, że tzw. uogólnione zasoby odpornościowe (*generalized resistance resources*) działają niezależnie od sytuacji dzięki określonym doświadczeniom socjalizacyjnym²⁷.

²⁷ A. Antonovsky: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia...

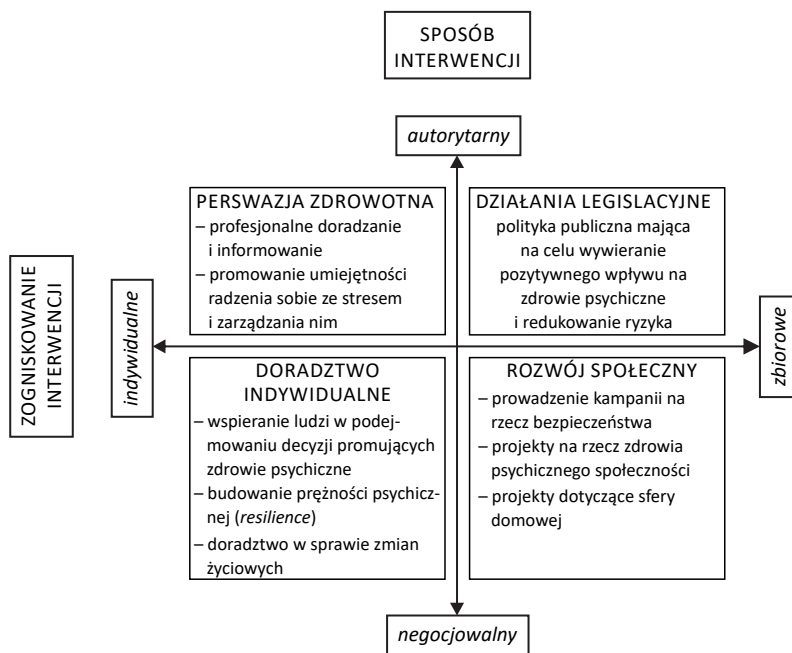
Przeprowadzone analizy dowodzą, że badane kobiety posiadały wiele zasobów osobistych, które można było zidentyfikować w narracjach, a których respondentki nie były do końca świadome. Przywoływały je nie wprost, gdy mówiły o swoich doświadczeniach, miały jednak trudność z bezpośrednią odpowiedzią na pytanie o własne zalety i mocne strony. Respondentki miały wiele obaw dotyczących przyszłości, z których najważniejsze dotyczyły satysfakcjonującego funkcjonowania w relacjach społecznych i skutecznego radzenia sobie w kryzysie, żywiły jednak nadzieję na przezwyciężenie trudności dzięki budowaniu nowych zasobów, z których najważniejsze okazało się stabilne poczucie własnej wartości.

Jeśli przeprowadzone badania odniesiemy do koncepcji Martina E.P. Seligmana, to możemy stwierdzić, że w przypadku osób badanych wszystkie elementy uwzględnione w modelu PERMA okazały się tak samo ważne dla utrzymania dobrostanu psychicznego. W perspektywie indywidualnej istotne dla jego osiągnięcia były pozytywne emocje, posiadanie celu, zaangażowanie w jego realizację oraz szansa na odniesienie sukcesu, niemożliwe jednak byłoby mówienie o budowaniu dobrostanu bez uwzględnienia kontekstu społecznego i środowiskowego, w jakim funkcjonowała jednostka. Choć opisywane badania mają charakter przyczynkowski i nie są reprezentatywne dla całej populacji, można na podstawie ich wyników wnioskować, że istnieje potrzeba podjęcia działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego, rozumianej jako proces wzmacniania zdolności jednostek i społeczności do kontrolowania swojego życia i ulepszania/doskonalenia zdrowia psychicznego²⁸.

Działania w zakresie promocji zdrowia z jednej strony powinny być zorientowane na kształtowanie dyspozycji/umiejętności indywidualnych, tj. adekwatnej samooceny czy poczucia sprawstwa oraz kontroli nad sytuacją, z drugiej strony warto, by miały odniesienie systemowe w postaci organizowania odpowiednich aktywności psychoedukacyjnych zwiększających świadomość zasobów istotnych dla budowania dobrostanu psychicznego i otwartość na zmianę w różnych grupach i społecznościach. Wskazane byłoby łączenie podejścia typu *top – down* (odgórne narzucanie rozwiązań na przykład przez organy/instytucje powołane do ochrony zdrowia i pomocy społecznej) oraz *bottom – up*

²⁸ S. Tilford: *Mental Health Promotion*. In: *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Eds. M. Cattan, S. Tilford. Maidenhead: Open University Press, 2006, s. 41–42.

(tworzenie inicjatyw oddolnych), zgodnie z modelem zaproponowanym przez Alana Beattiego²⁹ (rys. 1).



Rys. 1. Model promocji zdrowia psychicznego

Opracowanie własne na podstawie: A. Beattie: *Knowledge and Social Control in Health Promotion: A Test Case for Social Theory and Social Policy*. In: *Sociology of the Health Service*. Eds. J. Gabe, M. Calnan, M. Bury. London: Routledge, 1991 – cyt. za: S. Tilford: *Mental Health Promotion*. In: *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Eds. M. Cattan, S. Tilford. Maidenhead: Open University Press, 2006, s. 40.

Szczególnie przydatny w planowaniu działań w zakresie promocji zdrowia – czego dowodzą wnioski z przeprowadzonych badań – wydaje się model promocji zdrowia ukierunkowany na upodmiotowienie (*empowerment model*), którego celem jest zwiększanie kontroli ludzi nad swoim życiem. W modelu tym akcent położony jest na aktywność jednostek i społeczności oraz dobrowolność i swobodę w dokonywaniu wyborów. W centrum modelu znajdują się edukacja i prozdrowotna polityka publiczna, której budowanie i wdrażanie jest warunkiem tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Główne zadanie edukacji polega tutaj na tworzeniu warunków, w których ludzie mogą

²⁹ A. Beattie: *Knowledge and Social Control in Health Promotion: A Test Case for Social Theory and Social Policy*. In: *Sociology of the Health Service*. Eds. J. Gabe, M. Calnan, M. Bury. London: Routledge, 1991 – cyt. za: S. Tilford: *Mental Health Promotion...*, s. 40.

nabywać wiedzę o zasobach dla zdrowia i czynnikach ryzyka, przez co wzmacniają swoje zdolności do działania na rzecz dobrostanu własnego i innych, a tym samym stają się podmiotami tych działań. Mają wówczas możliwość zmiany swojego funkcjonowania oraz tworzenia upodmiotowionych, czyli zdolnych do działania, społeczności, mogą też skuteczniej minimalizować swoje deficyty, co pozwala na poprawę jakości życia oraz skuteczniejszą i bardziej satysfakcjonującą aktywność jednostek w ich środowiskach³⁰.

Bibliografia

- Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegółowska-Klarkowska. Warszawa: Fundacja IPN, 2005.
- Birkenmaier J.: *The Practice of Generalist Social Work*. New York, NY: Routledge, 2001.
- Branden N.: *Sześć filarów poczucia własnej wartości*. Przeł. H. Dąbrowska. Łódź: Wydawnictwo Feeria, 2006.
- Budnik E., Moszyńska A., Owczarska B.: *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*. Kielce: Oficyna Wydawnicza Nauczycieli, 2003.
- Czapiński J.: *Indywidualna jakość i styl życia*. W: *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, 2015.
- Diener E., Lucas R., Oishi S.: *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*. Przeł. M. Szuster. W: *Psychologia pozytywna*. Red. J. Czapiński. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Gibbs G.: *Analizowanie danych jakościowych*. Przeł. M. Brzozowska-Brywczyńska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2011.
- Green J., Tones K.: *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage, 2010.
- Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Kościelak R.: *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2010.

³⁰ J. Green, K. Tones: *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage, 2010, s. 45–49.

- Kvale S.: *Prowadzenie wywiadów*. Przeł. A. Dziuban. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010.
- Łuszczynska A.: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP, 2004.
- MacDonald G.: *What is Mental Health?* In: *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Eds. M. Cattán, S. Tilford. Maidenhead: Open University Press, 2006.
- Moos R., Schaefer J.: *Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures*. In: *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Ed. L. Goldberger. New York: The Free Press.
- Ogińska-Bulik N.: *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Difin, 2015.
- Ogińska-Bulik N.: *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Red. B. Woynarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
- Oleś P.: *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2003.
- Poprawa R.: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001.
- Rosenberg M.: *Society and the Adolescent Self-Image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press, 1989.
- Rubacha K.: *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf, 2012.
- Scheier M.F., Carver Ch.S.: *Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being. Theoretical Overview and Empirical Update*. „Cognitive Therapy and Research” 1992, no. 16.
- Seligman M.E.P.: *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*. Przeł. P. Szymczak. Poznań: Media Rodzina, 2011.
- Seligman M.E.P.: *Psychologia pozytywna*. Przeł. J. Radzicki. W: *Psychologia pozytywna*. Red. J. Czapiński. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Sęk H.: *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*. W: *Zdrowie – stres – zasoby*. Red. H. Sęk, T. Pasikowski. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001.
- Silverman D.: *Prowadzenie badań jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- Strumińska-Kutra M., Koładkiewicz I.: *Studium przypadku*. W: *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*. Red. D. Jemielniak. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.

- Tilford S.: *Mental Health Promotion*. In: *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Eds. M. Cattan, S. Tilford. Maidenhead: Open University Press, 2006.
- Wojnarowska B.: *Definiowanie zdrowia i choroby*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Red. B. Wojnarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
- Wojnarowska B.: *Zdrowie psychospołeczne – wybrane zagadnienia. Wprowadzenie*. W: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. B. Wojnarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Promotion of the Resources That Are Essential for Mental Well-being

Summary: In the scientific literature, mental health is often defined in terms of individual well-being. It is emphasized that in order to achieve it, it is necessary to possess certain resources that constitute a kind of health potential. The richer the resources, the better an individual overcomes current challenges and copes with difficult experiences. This article presents the results of research aimed at determining the perception and assessment of resources possessed by individuals using psychological assistance. A qualitative strategy has been used in the research and the collective case study method has been applied. On the basis of the research conducted, conclusions referring to mental health promotion have been formulated, with the emphasis on the educational aspects of potential promoting actions.

Key words: mental health, psychosocial well-being, resources, mental health promotion

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Die Förderung von den für Erhaltung des psychischen Wohlbefindens unerlässlichen Ressourcen

Zusammenfassung: Psychische Gesundheit wird in der Fachliteratur immer häufiger mittels Kategorien des individuellen Wohlbefindens definiert. Es wird dort betont, dass man für Erreichen und Erhaltung des Wohlbefindens über bestimmte Ressourcen als eine Art Gesundheitspotenzial verfügen muss. Je reicher sind diese Ressourcen, desto besser kann der Mensch den aktuellen Herausforderungen die Stirn bieten und mit schweren Erfahrungen zurechtkommen. Im vorliegenden Beitrag präsentiert die Verfasserin Ergebnisse der Forschungen zur Wahrnehmung und Beurteilung der Ressourcen von den psychologische Hilfe in Anspruch nehmenden Personen. Bei den Forschungen bediente man sich qualitativer Analyse – einer kollektiven Fallstudie (*collective*

case study). Aufgrund der durchgeführten Forschungen wurden die Bildungsaspekte berücksichtigenden Schlussfolgerungen für Gesundheitsförderung abgeleitet.

Schlüsselwörter: psychische Gesundheit, psychosoziales Wohlbefinden, Ressourcen, Förderung der psychischen Gesundheit