

POMNAŻANIE I WZBOGACANIE ZASOBÓW WŁASNEGO ZDROWIA

Zygfryd Juczyński

Instytut Psychologii UKW
Bydgoszcz

INCREASING AND IMPROVING RESOURCES OF OWN HEALTH

Summary. Suitably to introduce three ways conceptualization of health, it is 1) concentrate on risk factors, 2) the holistic-functional approach, as well as 3) in perspective of life span several different ways of improving own health across enriching own resources were presented. First approach focuses on prophylaxis mainly, and different psychological programmes of modification of risky behaviors complete various form of medical treatment in adults. The remaining two approaches are oriented to health. The increasing the resources of health concerns improvement of the life skills enabling effective coping with tasks and challenges of everyday life. Undertaken activity relating to enhancing life skills, are mainly steered on children and youth.

Wprowadzenie

W psychologii zdrowia pojęcie zasobów odgrywa ważną rolę, zwłaszcza w kontekście radzenia sobie ze stresem (por. Sęk, 2001; Poprawa, 2001; Ogińska-Bulik, 2003; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003; Juczyński, Adamiak, 2005; Heszen, Sęk, 2007). Pojęcie zasobów jest istotnym składnikiem **modelu salutogenezy** Aarona Antonovsky'ego, w postaci **uogólnionych zasobów odpornościowych** (*generalised resistance resources – GRR*), tj. biologicznych i psychologicznych właściwości jednostki oraz cech społeczno-kulturowych (Antonovsky, 1995).

Pojęcie zasobów nabrało większego znaczenia w koncepcji stresu Stevana Hobfolla, przedstawionej pod koniec lat 80. XX wieku, w postaci **teorii zachowania zasobów** (*Conservation of Resources Theory – COR*) (Hobfoll, 2006). W przeciwieństwie do L. Lazarusa, którego transakcyjna koncepcja stresu odwołuje się przede wszystkim do roli procesów poznawczych, Hobfoll uwzględnia szerszy kontekst społeczny, poszukuje kulturowych i ewolucyjnych przesłanek doświadczania stresu. Stąd też pojęcie zasobów odnosi się nie tylko do jednostki, ale i rodziny, grupy społecznej, nie tylko do doświadczanego stresu, lecz do całej celowej aktywności człowieka zmierzającej

Adres do korespondencji: Instytut Psychologii UKW, ul. L. Staffa 1,
85-867 Bydgoszcz

do uzyskiwania, utrzymywania i ochrony cenionych zasobów. Dysponowanie zasobami wiąże się ze stratami i zyskami, przy czym ich utrata jest bardziej odczuwalna niż ich pozyskiwanie. Osoby posiadające większe zasoby są mniej podatne na stratę i bardziej zdolne do pozyskiwania nowych. Z kolei ci, którym brakuje zasobów są też bardziej narażeni na ich utratę.

Chociaż brak zgodności co do definicji pojęcia zasobów, to – jak zauważają I. Heszten i H. Sęk (2007) – panuje ogólna zgoda, co do tego, że oznacza ono właściwości, które korzystnie wpływają na procesy radzenia sobie z wymaganiami (stresorami) życia. Zaliczają do nich właściwości jednostki (biologiczne, psychologiczne i interpersonalne), właściwości sieci społecznych (typ więzi, grupy odniesienia, grupy wsparcia), cechy środowiska społecznego, przyrodniczego i cywilizacyjnego oraz szeroko rozumiane cechy kultury.

Sposoby pomnażania oraz wzbogacania zasobów własnego zdrowia należy wiązać z koncepcjami zdrowia, które – jak wiadomo – są różne. Dlatego też w kolejnym punkcie przedstawiono trzy różne ujęcia (modele) zdrowia i stosownie do nich – w kolejnych fragmentach – proponowane działania zwiększające i wzbogacające zasoby własnego zdrowia.

Podstawy teoretyczne – konceptualizacja zdrowia

W tradycyjnym rozumieniu profilaktyka chorób i zaburzeń sprowadza się do identyfikowania i eliminowania czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju określonej choroby, niepełnosprawności czy zaburzeń rozwoju. Czynniki ryzyka nie są bezpośrednią przyczyną wystąpienia choroby, lecz zwiększają prawdopodobieństwo jej wystąpienia, zwłaszcza przy współistnieniu wielu takich czynników lub ich specyficznej konstelacji. To podejście okazało się przydatne w zapobieganiu chorobom zakaźnym, jednakże dzisiaj dominują choroby o zupełnie innej etiopatogenezie. Nie wpłynęło to jednak na zmianę tego podejścia, a jedynie spowodowało rozszerzenie zakresu czynników o elementy behawioralne.

To **podejście ukierunkowane na czynniki ryzyka** wynika z modelu biomedycznego, dominującego w medycynie i opartego na diagnozie choroby. Dodajmy, ujęcia bardzo precyzyjnego i stale polepszanego przez coraz doskonalsze narzędzia i techniki diagnostyczne, związane z postępowaniem w biologii, chemii czy fizyce. Należy pamiętać o tym, że w diagnozie choroby zawiera się cała wiedza dotycząca etiologii i patogenezy, znajomość obrazu klinicznego, jak również leczenia i rokowania. Problem w tym, że tej precyzji brak już w odniesieniu do chorób, które dziś zdecydowanie przeważają i w etiopatogenezie których ustala się nie tyle przyczyny, co raczej czynniki ryzyka.

Zgodnie z leżącą u podłoża modelu biomedycznego zasadą prymatu części nad całością, determinizmu i fizykalizmu, nie ma tu miejsca na pojęcie zaburzeń ogólnoustrojowych, zaś zdrowie jest rozpatrywane jedynie z perspektywy choroby i przede wszystkim w wymiarze biologicznym, w oderwaniu od całokształtu zagadnień ludzkiego życia (Dolińska-Zygmunt, 1996). Model medyczny jest redukcjonistyczny, gdyż w etiologii chorób pomija, a z pewnością nie docenia roli czynników psychologicznych

i społecznych. Lekarz staje się specjalistą w wąskiej dziedzinie i koncentruje się na chorym narządzie czy układzie, a nie na chorej osobie.

Pierwszym wyzwaniem dla modelu biomedycznego była medycyna psychosomatyczna (lata 40. XX wieku), która zakładała, że nie każdy, kto zetknął się z czynnikiem chorobotwórczym musi zachorować. Czynniki biologiczne zwiększają ryzyko zachorowania, ale są odpowiedzialne jedynie za niewielką część zachorowań (Sheridan, Radmacher, 1998). Na przestrzeni XX wieku zmieniła się struktura zachorowalności i śmiertelności. Pod koniec XX wieku 2/3 wszystkich chorób to choroby sercowo-naczyniowe i nowotworowe, zwane „chorobami cywilizacyjnymi”, gdyż ich przyczyny związane są z naszymi zachowaniami składającymi się na styl życia, a tym samym pozostają w znacznym stopniu poza biologią i oddziaływaniem klasycznej medycyny. Ponadto, wzrastające nakłady na leczenie nie przynoszą oczekiwanych efektów. Wszystko to powoduje konieczność poszukiwania nowych rozwiązań, w tym wprowadzania alternatywnych form opieki zdrowotnej, a przede wszystkim, poważnego zainteresowania się profilaktyką i promocją zdrowia.

Przeciwstawą dla dominującego w medycynie modelu koncentrującego się na poszukiwaniu przyczyn chorób i dysfunkcji somatycznych, stąd nazwanego patogenetycznym, jest **podejście salutogenetyczne**, którego istota polega na poszukiwaniu uwarunkowań zdrowia (łac. *salus* – dobre zdrowie, pomyślność). Podejście to stawia pytania o to, jakie czynniki sprzyjają zdrowiu i dlaczego ludzie zachowują dobre zdrowie, nawet pomimo działania różnego rodzaju bodźców szkodliwych. Koncepcja salutogenezy sformułowana przez Antonovsky'ego zakłada, że normalnym sposobem funkcjonowania człowieka jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi. Człowiek reaguje na napotykaną stresory tak, aby zachować dynamiczną równowagę procesów życiowych na optymalnym poziomie funkcjonowania. Procesy zdrowia polegają na wykorzystaniu dostępnej energii do sprostania wymaganiom wewnętrznym i zewnętrznym bez chronicznego zakłócenia dynamicznej równowagi. Zdrowie jest więc procesem przemieszczania się na kontinuum wyznaczonym na jednym krańcu **zdrowiem**, na drugim **chorobą** i zmienia się w odpowiedzi na pojawiające się wymagania. Choroba jest rezultatem niewydolności tego procesu na skutek braku energii i/lub umiejętności, aby sprostać tym wymaganiom.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, dlaczego człowiek, niezależnie od miejsca, jakie zajmuje na kontinuum, przemieszcza się w kierunku bieguna zdrowie, A. Antonovsky (1995) zdefiniował dwa nowe konstrukty. Pierwszy dotyczy pojęcia „uogólnionych zasobów odpornościowych” (ang. *generalized resistance resources* – GRR), drugi – poczucia koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC). Obydwa konstrukty dotyczą właściwości osobniczych, biologicznych i psychologicznych, uwikłanych w kontekst społeczno-kulturowy. Poczucie koherencji jest tu pojęciem kluczowym, gdyż mobilizuje człowieka do aktywności (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Zasobami, według A. Antonovsky'ego, mogą być wszystkie właściwości człowieka i cechy jego środowiska. Szczególną wagę Antonovsky przywiązuje do cech psychicznych jednostki, traktowanych jako potencjały zdrowia. Należą tu cechy związane ze strukturą „ja”, a przede wszystkim poczucie tożsamości, sprawstwa i kontroli, różnego rodzaju kompetencje, wiedza i inteligencja. Najczęściej są one traktowane

jako struktury osobowości, które gwarantują odporność ogólną i specyficzną na stres. Zasoby zdrowia są człowiekowi częściowo dane, ale może je on sam w sobie rozwijać. Z kolei deficyty odpornościowe są wynikiem braku zasobów. Brak zasobów może także generować poczucie stresu (Sęk, 2001).

Podejście salutogenetyczne podkreśla także znaczenie motywów zdrowotnych wyrażających stopień zainteresowania sprawami własnego zdrowia, co wiąże się z gotowością do podejmowania zachowań na jego rzecz. I. Heszten-Niejodek (1997) zwraca uwagę, że najbardziej optymalne dla skutecznego działania na rzecz własnego zdrowia jest średnie natężenie motywacji. Brak zainteresowania własnym zdrowiem prowadzi do jego zaniedbywania, z drugiej jednak strony nadmierna koncentracja na zdrowiu wydaje się nieuzasadniona, gdyż może być źródłem niepotrzebnego niepokoju i zbędnej aktywności.

Traktowanie człowieka jako jedności biopsychospołecznej włącza w zakres zainteresowań problemami zdrowia złożony kompleks czynników natury biologicznej, psychicznej i społecznej. Model salutogenetyczny jest jednakże ujęciem jednowymiarowym, opisanym na jednym biegunie optymalnym zdrowiem, na drugim – chorobą. Zdrowie jest procesem przemieszczania się w kierunku zdrowia bądź choroby. Tymczasem człowiek jest jednością psychofizyczną, w której sfera fizyczna i psychiczna nawzajem się przenikają i wzajemnie na siebie oddziałują. Rozwój psychiczny jest możliwy tylko w związku z rozwojem biologicznym. Nie można też pomijać pozostałych wymiarów zdrowia, tj. społecznego, duchowego i publicznego, uzależnionych od prawidłowego funkcjonowania psychicznego. Jednakże daleko posunięta autonomia tych funkcji powoduje występowanie znacznego zróżnicowania ich poziomu.

Ograniczenia paradygmatu biomedycznego nie pozwalają na ujęcie szerszego zakresu zjawisk mieszczących się w obszarze zdrowia, a wchodzących w obręb nauk społecznych, zwłaszcza psychologii. Tymczasem rozwój nowych dziedzin nauki, takich jak na przykład psychoneuroimmunologia, potwierdzał powiązania struktur biologicznych z funkcjami psychicznymi. Możliwe stało się badanie złożonych interakcji zachodzących między różnymi poziomami dzięki neurologii (na poziomie układu nerwowego), psychologii (na poziomie zachowań) oraz immunologii (na poziomie komórkowym). Mózg wpływa na procesy i narządy poprzez obwodowy układ nerwowy oraz poprzez uwalnianie substancji, które sprawiają, że gruczoły dokrewne wydzielają hormony do układu krwionośnego. Układ immunologiczny i mózg tworzą sieć wzajemnie powiązanych procesów oddziałujących w dwóch kierunkach i oba układy nawzajem regulują swoje funkcje. Procesy psychiczne mogą oddziaływać na tę sieć i jednocześnie same zmieniają się pod jej wpływem (Ader, 1990).

Rozwijany w ramach psychologii zdrowia **model biopsychospołeczny** jest ujęciem holistycznym (gr. *holos* – cały, całkowity), ujmującym wszystkie wymiary zdrowia. Model nawiązuje też do ogólnej teorii systemów, która znajduje uznanie zarówno w naukach biologicznych, jak i społecznych. Zgodnie z tym ujęciem, wszystkie systemy są częścią większego i zbiorem systemów podrzędnych. Każdy system stanowi jednocześnie całość i część. Systemy są ukierunkowane na określone cele i dążą do uzyskania równowagi funkcjonalnej. Zmiany lub zakłócenia na jednym poziomie oddziałują na inne.

W **holistyczno-funkcjonalnym** modelu zdrowie to proces stałego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia, który może się zmieniać w odpowiedzi na zaistniałe wymagania tak wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Musimy dopuścić pewien zakres zmienności, zarówno różnych właściwości człowieka, jak i jego środowiska. Można przyjąć, że zróżnicowanie zdrowia u ludzi przejawia się w dwóch zasadniczych elementach, tj. w różnym poziomie wymagań i posiadanych zasobów oraz w różnym stopniu tolerowanej zmienności, bez powodowania stanu nierównowagi (szerzej na ten temat: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

W modelu holistyczno-funkcjonalnym zdrowie jawi się jako stan normalny, charakteryzujący się różnymi właściwościami pozytywnymi. Są one związane z rozwojem człowieka we wszystkich sferach i wiążą się z procesami dojrzewania fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Ich funkcjonalność polega na odpowiednim dostosowaniu właściwości człowieka do zadań życiowych, odpowiednich dla danego okresu życia jednostki.

Z kolei ujęcie zdrowia **w perspektywie biegu życia** dotyczy całości życia, tj. od narodzin do śmierci. Każdy obszar ma swoją specyfikę, zaś rozwój stanowi naturalne urzeczywistnienie zawartych w organizmie możliwości i implikuje osiągnięcie dojrzałości biologicznej, psychospołecznej i duchowej. W każdym okresie życia zdrowie zależy od sprawności procesów równoważenia wymagań i możliwości człowieka. Rozwój stanowi niejako konsekwencję zainicjowanego życia. O ile jednak klasyczne pojęcie rozwoju implikuje zasadę ciągłości, w której poprzednia zmiana wyznacza możliwości pojawienia się nowej zmiany, i tak aż do wyczerpania pełni własnych możliwości, to rozwój człowieka ma swoją specyfikę. Wyraża się ona w ścisłym powiązaniu rozwoju człowieka z uwarunkowaniami społecznymi i kulturowymi, pojawieniem się motywów nie tylko niepowiązanych z biologią człowieka, lecz nierzadko sprzecznych z wymaganiami jej struktury. Dzięki zróżnicowanemu oddziaływaniu środowiska i własnej aktywności, źródła aktywności człowieka stają się w znacznym stopniu niezależne od biologicznej struktury i wytwarzają własne czynniki motywujące do dalszego rozwoju. Innymi słowy, motywacja rozwoju psychicznego, społecznego, duchowego rządzi się własnymi prawami, a nowe funkcje stają się czynnikami stymulującymi dalszy rozwój.

W planowaniu programów edukacji i promocji zdrowia należy dokonać wyboru koncepcji zdrowia, która stanowi podstawę teoretyczną dla podejmowanych działań. Przyjęty model będzie wyznaczał obszar zadań i zakres wykorzystywanych strategii.

Modyfikacja zachowań szkodliwych dla zdrowia

Podejście ukierunkowane na czynniki ryzyka wiąże się z przyjęciem w profilaktyce strategii zorientowanych na uświadamianie ludziom zagrożeń związanych z różnymi czynnikami ryzyka, jak na przykład paleniem tytoniu, brakiem ruchu, spożywaniem pokarmów obfitych w tłuszcze zwierzęce itp. Prawdopodobieństwo wystąpienia choroby wzrasta, gdy oprócz tych czynników ryzyka występują dodatkowo tak zwane czynniki podatności, wrażliwości (ang. *vulnerability factors*). Są to właściwości jednostki, które nasilają negatywne wpływy sytuacji lub środowiskowych czynników ryzyka (Woynarowska, 2007).

Podjęmowane działania polegają najpierw na identyfikacji czynników ryzyka, zarówno tych sytuacyjnych i środowiskowych, jak i behawioralnych i osobowościowych, a następnie ich eliminowaniu lub redukowaniu. Tego typu oddziaływania na czynniki ryzyka nazwano **strategią negatywną**. W strategiach tego typu wykorzystuje się reguły bezpośredniego wpływu społecznego. Oddziaływanie na sferę poznawczą polega głównie na przekazywaniu w sposób najbardziej przekonujący informacji o zagrożeniach zdrowia, wynikających z określonego zachowania (nawyku). Natomiast przedstawianie drastycznych konsekwencji dotychczasowego zachowania lub niestosowania się do zaleceń wzbudza lęk, a w rezultacie zmienia postawę wobec określonego zachowania (Górnik-Durose, 1995). Mała efektywność tego podejścia spowodowała, że dzisiaj coraz częściej kładzie się nacisk na **strategie pozytywne**, polegające na wzmacnianiu zasobów odpornościowych jednostki i zasobów środowiska oraz kształtowaniu licznych kompetencji służących przeciwdziałaniu zagrożeniom (Heszen, Sęk, 2007).

W tym kontekście warto wspomnieć o działaniach profilaktycznych ukierunkowanych głównie na dzieci i młodzież, wykorzystujących różne formy oddziaływań psychologicznych wspomagających zmiany. Istotna zmiana polega na wcześniejszym ustaleniu pewnych ścieżek powstawania zachowań problemowych, co pozwala na bardziej precyzyjne ujęcie złożonej etiologii tych zachowań (Deptuła, 2005). Wcześniej zadowalano się wyłącznie ustalaniem listy czynników ryzyka. Wiadomo, że bardzo znaczący jest okres dojrzewania, w którym ogromną rolę w inicjowaniu zachowań problemowych odgrywają czynniki rodzinne i szkolne. Jak zauważa K. Ostaszewski (2007), mechanizmem „spustowym” jest z jednej strony nieprawidłowe pełnienie ról rodzicielskich, połączone z wrogością i emocjonalnym odrzuceniem dziecka, z drugiej – niepowodzenia szkolne i odrzucenie przez otoczenie społeczne.

Swoistym katalizatorem tych problemów są wrodzone predyspozycje indywidualne (np. impulsywność, poszukiwanie stymulacji) i indywidualne deficyty dziecka. W grupie rówieśniczej następuje ćwiczenie i utrwalanie tych zachowań problemowych. Skuteczność profilaktyki zależy m.in. od stosowania sprawdzonych strategii redukcji czynników ryzyka i wzmacniania czynników chroniących. Te pierwsze związane są z funkcjonowaniem rodziny i z funkcjonowaniem dziecka w roli ucznia, występowania zachowań problemowych i drastycznie niekorzystnych warunków ekonomicznych oraz wpływów rówieśniczych i predyspozycji indywidualnych (Ostaszewski, 2007).

Czynniki chroniące – to właściwości jednostki lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa odporność na działanie czynników ryzyka (Ostaszewski, 2003). Przyjmuje się dwa modele wpływu czynników chroniących, tj. bezpośredniego wpływu na zachowanie i w ten sposób równoważenie ryzyka oraz pośredniego, poprzez interakcje z czynnikami ryzyka i dzięki temu redukcję ich wpływu na zachowanie. Poprzez różnego rodzaju warsztaty czy treningi uczy się zachowań asertywnych, umiejętności komunikowania się, rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania emocji, rozwijania inteligencji emocjonalnej itp. Ponieważ są to formy ogólnie znane, dlatego pominięto ich omawianie.

Promowanie własnego zdrowia

Model holistyczno-funkcjonalny ujmuje zdrowie jako proces polegający na „wykorzystywaniu potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostanania wymaganiom i osiągnięcia celów indywidualnych i społecznych bez chronicznego zaburzenia dynamicznej równowagi” (Sęk, 1997, s. 51). O poziomie zdrowia decydują zasoby i deficyty człowieka, zarówno wewnętrzne, jak i środowiskowe oraz wymagania zwane często stresorami. Jak zauważają I. Heszen i H. Sęk (2007), w modelu holistyczno-funkcjonalnym, ujmującym zdrowie jako proces, szczególnie miejsce przypada świadomej aktywności człowieka, który może się zdrowia uczyć, może je promować i ochraniać. Podejmowane działania w praktyce prowadzą się do edukacji i promocji zdrowia, w tym zwłaszcza do rozwijania umiejętności życiowych.

Współczesna **edukacja zdrowotna** – to proces uczenia ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, zaś w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać negatywne jej skutki (Wojnarowska, 2007). Wyróżnić można trzy modele edukacji zdrowotnej, a mianowicie, zorientowany na chorobę, na czynniki ryzyka oraz na zdrowie. Dwa pierwsze odwołują się do biomedycznego modelu zdrowia, trzeci wynika z podejścia holistycznego i zakłada uczestnictwo ludzi w działaniach dla swego zdrowia i wdrażanie kompleksowych programów edukacyjnych w różnych społecznościach i grupach.

Promocja zdrowia zaczęła się rozwijać w latach 70. XX wieku w związku z akceptacją holistycznego podejścia do zdrowia, uznaniem wpływu stylu życia na większość chorób i wzrostem zainteresowania zdrowiem pozytywnym i jakością życia związaną ze zdrowiem. Według Karty Ottawskiej (1994) promocja zdrowia to „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę”. O ile w pierwszym etapie funkcjonował medyczny lub prewencyjny model promocji zdrowia, ukierunkowany na jednostkę, eliminowanie czynników ryzyka i kształtowanie prozdrowotnych zachowań, to współcześnie upowszechnia się model promocji zdrowia ukierunkowany na upodmiotowienie jednostek i społeczności. To upodmiotowienie jednostki odnosi się do różnych aspektów sprawowania kontroli nad swoim życiem i przejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje dotyczące zdrowia. Z kolei upodmiotowienie społeczne wiąże się z uczestnictwem ludzi, organizacji i wspólnot w zwiększaniu indywidualnej i wspólnej kontroli nad warunkami i jakością życia, w tym także działaniami na rzecz zdrowia (Wojnarowska, 2007).

Zwiększenie potencjału jednostek i zbiorowości w zakresie umiejętności podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia i zdrowia najbliższego otoczenia wymaga kształcenia umiejętności życiowych. **Kształtowanie umiejętności życiowych** (ang. *life skills*) to: „interakcyjny proces nauczania i uczenia się, polegający na uzyskaniu wiedzy, kształtowaniu postaw i umiejętności, dzięki którym człowiek bierze większą odpowiedzialność za swoje życie przez dokonywanie zdrowych wyborów życiowych, zwiększa odporność na negatywne wpływy i presje ze strony innych oraz unika zachowań ryzykownych dla zdrowia” (WHO, 2003).

Według Światowej Organizacji Zdrowia można wyróżnić następujące kategorie umiejętności życiowych:

- 1) komunikacje i umiejętności interpersonalne (komunikacja werbalna i niewerbalna, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie);
- 2) podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie (gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań z przewidywaniem konsekwencji dla siebie i społeczeństwa);
- 3) kierowanie sobą (budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron, kierowanie emocjami, radzenie sobie ze stresem) (WHO, 2003).

Wspomaganie i wzbogacanie własnego rozwoju i zdrowia

Spojrzenie na zdrowie w perspektywie biegu życia oznacza zainteresowanie się całością życia człowieka, tj. od narodzin do śmierci. Każdy jego obszar posiada swoją specyfikę i identyczną wagę, zaś rozwój spostrzegany jest jako naturalne urzeczywistnienie zawartych w organizmie możliwości. Rozwój to proces zmian zakładający osiągnięcie dojrzałości biologicznej oraz psychologicznej, społecznej i duchowej. O ile rozwój fizyczny jest niejako przejawem aktualizowania się potencjalności zawartych w biologicznej strukturze organizmu, to rozwój psychiczny, społeczny i duchowy rządzą się własnymi prawami i w znacznym stopniu uniezależniają się od przyczynowości biologicznej. Rozwój ten urzeczywistnia się w postaci pełnienia ról i wypełniania zadań życiowych, zaś nowe funkcje stają się czynnikami stymulującymi dalszy rozwój człowieka. W każdym okresie życia zdrowie zależy od sprawności procesów równowagi wymagań i możliwości człowieka. Wymagania i możliwości zmieniają się, na co wpływa zarówno środowisko, jak i własna aktywność.

Powiązanie **życie – rozwój – zdrowie** stanowi przesłankę do poszukiwania nowych możliwości pomnażania zasobów własnego zdrowia poprzez budowanie doświadczeń związanych z motywacją do wzrostu i zaangażowania, koncentrację na pozytywnych emocjach oraz wykorzystywanie proaktywnych strategii radzenia sobie.

Motywacja do wzrostu i zaangażowania

Według C. G. Junga (1993), druga połowa życia, przypadająca na lata powyżej czterdziestego roku życia, to **indywidualizacja**, polegająca na nieustannym procesie odkrywania siebie i własnego rozwoju, zainteresowaniach związkami z własnym *Ja* i z obszarem duchowym. W procesie kierowania swoim rozwojem Jung widzi dojrzałość, która sprawdzi się dopiero w jesieni życia. Istota zdrowia, według Junga, polega na „stawaniu się sobą”, poprzez poszukiwanie sensu i celu swojego życia połączonego z odpowiedzialnością.

Z kolei A. H. Maslow (1990) przyjmuje dualistyczną teorię motywacji. Pierwszy rodzaj motywów to instynktowne impulsy, które odpowiadają za zachowania redukujące napięcia i dyskomfort (np. głód, pragnienie, bezpieczeństwo). Natomiast drugi rodzaj to motywy rozwojowe, motywy wzrostu, związane z poszukiwaniem czegoś ciekawego, rozwojem własnych potencjalności, realizowaniem najwyższych wartości. Ludzie zdrowi, zdaniem Maslowa, najpierw muszą uzyskać równowagę swoich podstawowych potrzeb biologicznych, które nazywa **potrzebami braku**. Osoby zdrowe psychicznie

podejmują aktywność skierowaną na zaspokojenie **potrzeb wzrostu**, które wyrażają dążenie do samoaktualizacji. Wzrost, a w rezultacie samoaktualizacja, ma miejsce, gdy podstawowe potrzeby są choć częściowo zaspokojone. Sposób zaspokajania potrzeb i związane z tym preferencje wiążą się z wartościowaniem. Wartość zostaje więc powiązana z własnym systemem potrzeb i dostarcza człowiekowi gratyfikacji. Innymi słowy, potrzeby oraz wartości stają się motywami rozwoju (Maslow, 1990).

Rozwój oznacza dalszy ciąg zmian, lecz zorganizowanych wokół nowych zasad różnicowania, powstawania indywidualnych preferencji w zakresie ich zaspokajania. Istota relacji „człowiek – świat” zależy od potrzeb i wartości, które decydują o różnicowaniu się i bogactwie form aktywności tak zewnętrznej, jak i wewnętrznej. Jak zauważa A. Gałdowa (1992), jedynym kryterium rozróżnienia tego, co psychofizyczne od duchowego jest kierunek orientacji na potrzeby lub na wartości. Zarówno Jungowska indywidualizacja, jak i tendencja do samoaktualizacji, w ujęciu Maslowa, są bardziej charakterystyczne dla ludzi starszych. Ludzie aktualizujący się kierują się wartościami „bycia” (B, ang. *being*) albo istnienia.

Dla A. Antonovsky'ego, twórcy modelu salutogenetycznego, „kluczem do zdrowia” jest **poczucie koherencji** (ang. *sense of coherence*), które jest „ogólnym nastawieniem orientacyjnym wyrażającym trwałe i dynamiczne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego” (za: Heszen, Sęk, 2007, s. 81). Na rozwój poczucia koherencji, w tym zwłaszcza jego wymiaru sensowności, wpływa aktywny udział człowieka w podejmowaniu decyzji w trakcie rozwiązywania zadań i problemów. Badania dowodzą, że poczucie koherencji pełni rolę kluczowej zmiennej w procesach osiągnięcia, ochrony i przywracania zdrowia.

Już wcześniej, do opisanego właściwości osobowości odnoszącej się przede wszystkim do skutecznego radzenia sobie ze stresem, S. Kobasa (1979) wprowadziła konstrukcję **twardości** (ang. *hardiness*), zbliżony do wspomnianego powyżej poczucia koherencji. Obejmuje on trzy komponenty, tj. zaangażowanie, kontrolę oraz wyzwanie. Wiara w możliwość kontrolowania lub wpływania na przebieg zdarzeń dodaje siły i odwagi do zmagania się z nim. Posiadanie przez jednostkę wymienionych elementów zwiększa prawdopodobieństwo uchronienia się przed chorobami, nawet w sytuacji doświadczania silnego stresu.

Twardość można rozwijać poprzez kształtowanie przekonania o możliwości kontrolowania wydarzeń. Służy temu traktowanie wydarzeń życiowych jako okazji do poszukiwania nowych celów i działań, a także rozwój poczucia autonomii, niezależności i odpowiedzialności za własne czyny, a także wyobraźni, kreatywności i zaangażowania w działanie. Dla rozwoju twardości istotne znaczenie ma także aktywne radzenie sobie z napotkanymi problemami, które – przynosząc rozwiązanie – wzmacnia wiarę we własną skuteczność i zdolność do adekwatnego wykorzystania również innych posiadanych zasobów.

Współczesna psychologia, zwłaszcza psychologia pozytywna, akcentuje rolę i znaczenie aktywności autokreacyjnej, polegającej na budowaniu rezerw, stymulacji rozwoju i zdrowia człowieka. Podejmowane programy badawcze koncentrują się na określonych aspektach czy wymiarach pozytywnego funkcjonowania, np. optymizmu, nadziei, odporności, mądrości, szczęścia, kreatywności, zaangażowania. Jak zauwa-

żają J. Nakamura i M. Csikszentmihalyi (2004), tym co odróżnia jednostki, które zmieniają oblicze kultury, od reszty ludzkości, są nie zdolności poznawcze, lecz właściwości motywacyjne, zaangażowanie się w działanie, które dostarcza takiej satysfakcji, że zbędne stają się inne powody. Drugą z możliwych pozytywnych motywacji zaangażowania się są cele, które człowiek formułuje po to, aby nadać sens doświadczeniom zagrożenia lub stresu. Zazwyczaj, po pewnym czasie okazuje się, że motywacja związana z zagrożeniem przekształca się w zainteresowanie określoną pracą dla niej samej.

Psychologia pozytywna zakłada, że satysfakcja płynąca z twórczej aktywności, a właściwie z każdego zachowania, które służy poszerzaniu „własnego Ja”, jest równie autentyczna, jak satysfakcja homeostatyczna, która redukuje dyskomfort i dolegliwości. M. Csikszentmihalyi (1997), na oznaczenie stanu umysłu, który pojawia się w sytuacji, gdy ludzie podejmują interesujące wyzwania, wprowadził pojęcie **zaangażowania** (ang. *flow*)¹. Stan zaangażowania charakteryzuje pełna koncentracja, tj. całkowite zapożyczenie się w działaniu, zapomnienie o własnym „Ja”, ponadto doświadczenie transcendencji, a więc poczucie łączności z szerszym porządkiem oraz poczucie szybkiego upływu czasu, a właściwie, niezauważanie upływu czasu. Całkowite zaangażowanie wymaga dopasowania trudności zadania do subiektywnie ocenianych własnych możliwości poradzenia sobie. Takie zaangażowanie wiąże się z występowaniem emocji pozytywnych i zazwyczaj łączy się z poczuciem szczęścia.

Istotną rolę w procesie budowania i pomnażania zdrowia przypisuje się **prężności** (ang. *resilience*)². Termin został wprowadzony już wcześniej, lecz dopiero wraz z rozwojem psychologii zdrowia i wzrostem znaczenia psychologii pozytywnej, co wiąże się z poszukiwaniem czynników wspomagających rozwój i zdrowie człowieka, doczekał się większego uznania. Prężność oznacza zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowywania się do ciągle zmieniających się wymagań życiowych (Block, Block, 1980). W literaturze używa się dwóch terminów, *resilience* – utożsamiane z procesem skutecznego przezwyciężania negatywnych skutków wydarzeń życiowych oraz *resiliency* – oznaczające względnie trwałą właściwość jednostki, która determinuje proces elastycznej adaptacji do zmieniających się wymagań życiowych (Block, Kremen, 1996). Podobne rozumienie pojęcia przyjmuje B. Fredrikson (2001), zaś z polskich badaczy P. Oleś (2000), traktując *resilience* jako trwałą zasób jednostki, pojawiający się w wyniku doświadczania poważnych problemów czy zagrożenia. Jednostki prężne charakteryzuje umiejętność twórczego radzenia sobie z przeciwnościami. Główną rolę odgrywa zdolność do oderwania się od negatywnych doświadczeń i zdolność do wzbudzenia pozytywnych emocji (Heszen, Sęk, 2007).

Według K. Ostaszewskiego (2007) *resilience* jest wieloczynnikowym procesem, w którym czynniki chroniące kompensują lub redukują wpływ czynników ryzyka. Jednostka jest narażona na ryzyko, doświadcza negatywnej sytuacji, lecz potrafi się do niej pozytywnie zaadaptować, przejawiając kompetencje społeczne, realizując zada-

¹ Pojęcie *flow* jest tłumaczone jako „przepływ”, zob. M. Csikszentmihalyi (1996, 2005).

² Opis właściwości przypisywanych człowiekowi i określanym terminem *resilience*, uzasadnia przyjęcie polskiego odpowiednika „prężność” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

nia rozwojowe i nie ujawniając zaburzeń emocjonalnych czy zaburzeń zachowania. Jest to więc pewnego rodzaju uogólniony chroniący mechanizm adaptacyjny, w którym dużą rolę odgrywają czynniki chroniące.

Można wyróżnić kilka źródeł czynników chroniących (zasobów odpornościowych), które sprzyjają procesom pozytywnej adaptacji, tj. zasoby indywidualne, wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia oraz zasoby środowiska lokalnego (Ostaszewski, 2005, 2007). W odniesieniu do dzieci i młodzieży ważnymi czynnikami chroniącymi są zasoby wynikające z pozytywnych relacji rodzic – dziecko, jak i doświadczeń życiowych wynikających z funkcjonowania rodziny (Grzegorzewska, 2008).

Zasoby te podlegają kształceniu, rozwijaniu i wzmocnieniu, poprzez rozwijanie umiejętności życiowych, umiejętności rozwiązywania problemów, komunikowania się, rozwijaniu inteligencji społecznej i emocjonalnej. Podejście ukierunkowane na rozwój w biegu życia oferuje różne sposoby tak indywidualne, jak i grupowe, rozwoju i doskonalenia osobowości, adekwatne dla dzieci i młodzieży, jak również osób dorosłych i w wieku senioralnym.

Prężność można rozwijać poprzez ustalanie wysokich, ale możliwych do osiągnięcia celów, zmianę sposobu myślenia o sytuacjach trudnych, polegającą na traktowaniu ich jako wyzwania, a nie zagrożenia oraz kształtowanie umiejętności poszukiwania znaczenia w trudnych sytuacjach. Prężność buduje się poprzez wzbogacanie repertuaru umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, częste stosowanie nie tylko strategii skoncentrowanych na problemie, ale także strategii, które wyzwalają emocje pozytywne, takie jak pozytywne przewartościowanie, humor, relaksacja, poszukiwanie wsparcia, czy angażowanie się w inne, niestresujące czynności (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Koncentracja na pozytywnych emocjach

Najnowsze doniesienia w obszarze badań nad stresem i radzeniem sobie przesuwają akcent z oceny poznawczej na emocje, traktowane jako składowa transakcji stresowej. S. Folkman i J. Moskowitz (2004) wskazują na rozwój trzech kierunków badań dotyczących radzenia sobie, tj. 1) przez kontakt z emocjami (*emotion-approach*), 2) regulację emocji (*emotion regulation*) oraz 3) roli emocji pozytywnych w kontekście radzenia sobie (*positive emotion and coping*).

Emocje pozytywne wspomagają własny rozwój i zdrowie. Na znaczenie emocji pozytywnych dla funkcjonowania człowieka, w tym dla bardziej skutecznego radzenia sobie, zwraca uwagę w swoich pracach B. Fredrickson (2001). Autorka wskazuje na niespecyficzność emocji pozytywnych i podkreśla, że emocje pozytywne nie muszą się łączyć z konkretną aktywnością, tak jak w przypadku emocji negatywnych. Dla przykładu, radość wiąże się z aktywnością nieukierunkowaną na konkretny cel, z kolei zainteresowanie – z uczestnictwem w różnych działaniach, a zadowolenie – z brakiem aktywności. Emocje te mają ogólny charakter i – jak podkreśla B. Fredrickson (2001) – mogą być łączone zarówno z tendencją do robienia wszystkiego, jak i nierobienia niczego.

Niespecyficzność emocji znalazła odzwierciedlenie w sformułowanej przez B. Fredrickson (2001) teorii budowania i rozszerzania pozytywnych emocji (*Broaden and*

Build Theory of Positive Emotions), określanej także jako teoria poszerzania umysłu i budowania zasobów (Czapiński, 2004). Przyjmuje się założenie, że emocje pozytywne, takie jak: radość, zadowolenie, zainteresowanie, dumą, czy miłość, choć są z natury różne, charakteryzują się wspólną właściwością jaką jest zdolność do rozszerzania posiadanego przez jednostkę repertuaru myśli i działań oraz budowania trwałych zasobów fizycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych.

Wzbudzaniu pozytywnych emocji sprzyja wysoki poziom takich zasobów, jak poczucie koherencji, własnej wartości, skuteczności, optymizm życiowy, umiejętności skutecznego radzenia sobie z problemami (por. Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003). Wzbudzaniu emocji pozytywnych służy tak zwane „zdrowe radzenie sobie”, czyli wykorzystywanie przede wszystkim strategii skoncentrowanych na zadaniu, ale także pozytywne przewartościowanie czy dodawanie pozytywnego znaczenia zwykłym wydarzeniom. Kształtowanie umiejętności wykorzystywania tych właśnie strategii w konfrontacji ze stresem wydaje się więc najbardziej celowe. Mobilizują one jednostkę do działania i ukierunkowują przebieg jej aktywności zaradczej. Podkreśla się także prozdrowotną rolę humoru, jako strategii radzenia sobie ze stresem.

Emocje pozytywne nie wygasają w momencie osiągnięcia celu, lecz sygnalizują nowe możliwości. Zawsze można jeszcze bardziej się cieszyć, wzbogacić swoje zainteresowania, bardziej kochać. Emocje pozytywne mają charakter samowzmacniającego poprzez otwieranie nowych horyzontów i pociągających możliwości – skutkują rosnącym zaangażowaniem (Czapiński, 2004). Dzięki poszerzaniu zainteresowań, stanu posiadania, wiedzy, sposobów działania, emocje pozytywne wzbogacają zasoby osobiste, a tym samym zmniejszają podatność na zagrożenia. To powoduje wzrost kolejnych emocji pozytywnych, powstaje więc swoista „spirala szczęścia” (pozytywne emocje – powodzenie – pozytywne emocje – powodzenie).

Prozdrowotne znaczenie pozytywnych emocji przyczyniło się do wzrostu zainteresowań programami mającymi na celu rozwój zdolności i kompetencji, które się z nimi wiążą. Wzbudzaniu pozytywnych emocji sprzyja wysoki poziom zasobów, takich jak: poczucie koherencji, własnej wartości, skuteczności, optymizm życiowy, umiejętność skutecznego radzenia sobie z problemami. Rozwój tych zasobów był przedmiotem wielu publikacji (por. Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003). Emocje pozytywne mają znaczenie przede wszystkim dla lepszego funkcjonowania w otaczającym świecie. Pełnią istotną rolę prozdrowotną, zarówno w zakresie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Szczególnie prozdrowotną rolę odgrywają występujące w sytuacji doświadczanego stresu emocje pozytywne, związane z nadzieją na powrót do stanu równowagi. W sytuacji wystąpienia poważnych, traumatycznych doświadczeń, którym towarzyszą silne negatywne emocje ich ignorowanie nie jest możliwe. Niezwykle ważna jest więc możliwość uwolnienia się od tych przykrych emocji, przede wszystkim poprzez ich ekspresję. Szczególnie polecana jest tu metoda „psychicznego otwierania się”, zaproponowana przez J. W. Pennebakera (2001). Polega ona m.in. na zapisywaniu, nawet kilka razy dziennie, swoich myśli i uczuć związanych z przeżytą sytuacją. Ekspresja emocji, zwłaszcza w sytuacji stresu spowodowanego nieuleczalną chorobą, pozwala na odnalezienie sensu i przystosowanie się do choroby.

Wykorzystanie proaktywnych strategii radzenia sobie

Ten rodzaj radzenia sobie obejmuje „autonomiczne i samodzielne stawianie sobie celów będących wyzwaniem oraz ich konsekwentną realizację” (Schwarzer, Taubert, 1999, s. 86). Tak rozumiane radzenie sobie jest nastawione na motywowanie ludzi do stawiania sobie ambitnych celów oraz dążenia do ich realizacji. Osoby stosujące proaktywne radzenie sobie wykazują silniejszą motywację do podjęcia wyzwań, przez co wpływają na poprawę jakości własnego życia. Prowadzone badania wskazują na prozdrowotną rolę proaktywnego radzenia sobie (Pasikowski i wsp., 2002; Poprawa, 2001). Proaktywność jako zasób zdrowia, omawia R. Poprawa w artykule zawartym w tej książce, dlatego tu ograniczono się do kilku uwag dotyczących rozwijania proaktywnego radzenia sobie.

Kształtowanie proaktywnego radzenia oznacza zdobywanie zasobów, ich gromadzenie oraz doskonalenie umiejętności. Ich osiągnięcie jest możliwe dzięki silnie rozwiniętemu poczuciu własnej skuteczności, stąd konieczność jego wzmacniania. Proaktywnemu radzeniu sobie służy umiejętność rozpoznawania potencjalnych stresorów, ich znaczenia, a także podejmowanie wstępnych wysiłków mających na celu radzenie sobie z nimi. Ważna jest także umiejętność regulacji emocjonalnego pobudzenia oraz zdolność wyobrażania sobie przebiegu wydarzeń oraz ich konsekwencji. Proaktywne radzenie sobie jest związane z podejmowaniem konkretnych wysiłków mających na celu poradzenie sobie z problemem, a nie ucieczką czy unikaniem. Wiąże się to z kształtowaniem umiejętności tworzenia planów działania, poszukiwania informacji, wykorzystywania informacji dotyczących danego wydarzenia dla przyszłych działań, oceny informacji zwrotnych, a także zdolności podejmowania trafnych decyzji, co pozwala na efektywne zapobieganie stresowi i oszczędzanie własnych zasobów. Wymaga to także kształtowania optymistycznej, ale jednocześnie racjonalnej oceny własnej skuteczności.

Podsumowanie

Stosownie do przedstawionych trzech sposobów konceptualizacji zdrowia, tj. 1) ukierunkowanego na czynniki ryzyka, 2) holistyczno-funkcjonalnego oraz 3) ujęcia w perspektywie biegu życia, zaprezentowano kilka różnych sposobów polepszania własnego zdrowia poprzez wzbogacanie jego zasobów. Pierwsze podejście koncentruje się głównie na profilaktyce, zaś oddziaływania psychologiczne, w postaci różnych programów modyfikacji zachowań patogennych, wspomagają różne formy leczenia medycznego przeznaczone dla osób dorosłych. Pozostałe dwa podejścia są zorientowane na zdrowie. Pomnażanie zasobów zdrowia to zwiększanie umiejętności życiowych umożliwiających skuteczne radzenie sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia. Podejmowane działania, polegające na rozwijaniu umiejętności życiowych, są ukierunkowane głównie na dzieci i młodzież.

Nowym i obiecującym nurtem podejścia do zdrowia jest koncentracja na jego pozytywnych składnikach, dążenie do pełnego rozwoju osobowości, wspomaganie rozwoju mocnych stron człowieka, jego kreatywności, wzbudzanie motywacji do rozwoju zdrowia oraz czerpanie satysfakcji płynącej z twórczej aktywności. Różne kon-

cepcje teoretyczne i wynikające z nich konstrukty odnoszą się do zdrowia psychicznego, a zwłaszcza wymiaru duchowego i okazują się szczególnie przydatne w różnych sytuacjach kryzysowych i traumatycznych.

Człowiek może wpływać na swoje zdrowie, powiększać jego potencjał poprzez rozwijanie własnych zasobów podmiotowych, co nierzadko ma miejsce w trakcie konfrontacji stresowej. Jednostka staje się kreatorem własnego zdrowia poprzez rozwój jego zasobów i skuteczne równoważenie ich z wymaganiami stawianymi przez otoczenie (Wrona-Polańska, 2008). Stres ma miejsce wtedy, gdy pojawia się realne zagrożenie utraty zasobów lub gdy dochodzi do rzeczywistej ich utraty. Im mniejsze zasoby, tym łatwiej je stracić, a im większe, tym łatwiej je zachować. Kiedy zasobów zaczyna ubywać, podstawowym zadaniem jednostki staje się nie tyle chronienie, co ich szybkie odnowienie, aby nie dopuścić do ich wyczerpania. Jak zauważa W. Łukaszewski (2008), ważna jest interpretacja przyczyn utraty zasobów. Jeżeli atrybucja utraty zasobów odnosi się do przyczyn wewnętrznych („ja straciłem zasoby”, np. na skutek niedostatecznego wysiłku), wtedy strategie zaradcze są oczywiste i polegają na zwiększeniu własnego wysiłku, nabycia czy podwyższenia własnej sprawności. W przypadku atrybucji zewnętrznej („zostałem pozbawiony zasobów”) możliwości zaradcze są bardziej ograniczone. Poza przekonaniem o osobistym wpływie na zdarzenie uwzględnić należy również trwałość, odwracalność oraz długotrwałość straty.

Zasoby można nie tylko odnawiać, ale i powiększać. Pierwszy sposób to sen, czy – ogólniej – relaks, polegający na usunięciu zmęczenia i nabraniu sił. Drugi sposób wiąże się z doświadczaniem emocji pozytywnych, a więc przejawianiem dobrego samopoczucia, trzeci – ze wsparciem społecznym, które wzmacnia poczucie własnej skuteczności. Odnowienie i powiększenie zasobów, jak konkluduje W. Łukaszewski (2008), wiąże się więc z energią, dobrym samopoczuciem i skutecznością osobistą.

Literatura cytowana

- Ader, R. (1990). Psychoneuroimmunologia. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 5-36.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacji IPN.
- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior. W: W. A. Collings (red.) *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (s. 39-101). NJ: Hillsdale, Erlbaum.
- Block, J., Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Przepływ: psychologia optymalnego doświadczenia*. Warszawa: EMKA.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Urok codzienności: psychologia emocjonalnego przepływu*. Warszawa: CiS W.A.B.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Przepływ*. Taszów: Wydawnictwo Moderator.
- Czapiński, J. (2004). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.) *Psychologia pozytywna* (s. 51-102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Deptuła, M. (2005). Indywidualne ścieżki ryzyka i związane z nimi interwencje profi-

- laktyczne. W: M. Deptuła (red.) *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 168-184). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Elementy psychologii zdrowia* (s. 9-16). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Folkman, S., Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 754-774.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Gałdowa, A. (1992). *Powszechność i wyjątek*. Kraków: Wydawnictwo PLATAN.
- Górnik-Durose, M. (1995). Przydatność modeli wpływu społecznego dla promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 5-6, 22-39.
- Grzegorzewska, I. (2008). Doświadczenia życiowe jako źródło zdrowia lub zaburzeń w przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży. W: H. Wrona-Polana (red.) *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym* (s. 131-143). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Psychologia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia* (s. 21- 39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Juczyński, Z., Adamiak, G. (2005). Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny. *Psychiatria Polska*, 1, 161-174.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (red.) (2003). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Jung, C. G. (1993). *Psychologia przeniesienia*. Warszawa: Sen.
- Karta Ottawska (1994). Zdrowie i promocja zdrowia. W: J. Karski, Z. Słoińska, B. Wasilewski (red.) *Promocja zdrowia* (s. 15-23). Warszawa: Sanmedia.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Łukaszewski, W. (2008). Wyczerpanie z perspektywy zasobowych koncepcji regulacji zachowania. W: J. M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.) *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. (s. 365-380). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Maslow, A. H. (1990). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Pax.
- Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M. (2004). Motywacyjne źródła kreatywności z perspektywy psychologii pozytywnej. W: J. Czapiński (red.) *Psychologia pozytywna* (s. 103-116). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ogińska-Bulik, N. (2003). *Stres zawodowy u policjantów. Źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Oleś, P. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ostaszewski, K. (2005). Druga strona ryzyka. *Remedium*, 2, 1-5.
- Ostaszewski, K. (2007). Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych. W: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna* (s. 483-517). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pasikowski, T., Sęk, H., Greenglass, E., Taubert, S., Schwarzer, R. (2002). The Proactive Coping Inventory – Polish adaptation. *Polish Psychological Bulletin*, 33, 41-46.
- Pennebaker, J. W. (2001). *Uzdrowiająca siła wyrażania emocji*. Poznań: Wydawnictwo ABEDIK.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-114). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem: Wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 6, 72-92.
- Sęk, H. (1997b). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia* (s. 40-61). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.) *Zdrowie – stres – zasoby* (s. 13-22). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- WHO (2003). *Skills for health. Information Series on School Health Document 9*. Geneva: World Health Organization.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrona-Polańska, H. (2008). Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy. W: H. Wrona-Polana (red.) *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym* (s. 17-36). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.