

„Wpływ zdrowia psychicznego na fizyczność człowieka”

Niniejszy referat ma na celu omówienie wybranych koncepcji psychologicznych z zakresu zdrowia psychicznego, wyników badań związanych z ich relacją z procesem zdrowienia i dobrostanu fizycznego. Referat omawia obecne w psychologii zdrowia dwa modele określające sposób mówienia o zdrowiu – model salutogenetyczny i patogenetyczny. Stanowią one punkt wyjścia wobec transakcyjnej koncepcji stresu, koncentrującej się na wadze interpretacji bodźca przez jednostkę, dostrzeżonych w społeczeństwie typach osobowości sprzyjających powstawaniu chorób układu krążenia, depresji, chorób nowotworowych, oraz koncepcji odporności psychicznej, nadziei i roli duchowości w procesie zdrowienia. Badania z zakresu psychologii kładą znaczący nacisk na pojęcie optymizmu i pesymizmu, jako pośrednich przyczyn w budowaniu odporności psychicznej, lub, w przypadku pesymizmu, poczucia bezradności, będącej poznawczą przyczyną stanów depresyjnych, obniżenia odporności i chorób nowotworowych. Ponadto, referat ukazuje wnioski z badań dotyczących roli wsparcia pozaszpitalnego wobec pacjentów psychosomatycznych podczas wyjazdów związanych z terapią poprzez przygodę (wyzwanie, bycie w grupie, wsparcie społeczne, rozwój duchowy) oraz wyników dotyczących związku duchowości z prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń natury fizycznej oraz psychicznej. Przywołane w referacie badania i koncepcje opracowane zostały we współpracy z pacjentami w różnym wieku, zarówno we współpracy z dziećmi jak i dorosłymi.

Psychologia zdrowia – relacja pomiędzy psychiką a zdrowiem i chorobą somatyczną w modelu patogenetycznym i salutogenetycznym

Pierwotne rozumienie zdrowia ograniczało się do opisywania go jako braku zaburzeń lub braku choroby (negatywny sposób rozumienia zdrowia). Współcześnie akceptowanym

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

podjęciem jest jednak bardziej pełne i wielostronne, zgodnie z którym zdrowie rozumiane jest jako stan kompletnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, nie wyłącznie jako brak choroby lub niepełnosprawności. Podejście to obecne jest w medycynie od 1948 roku, jako oficjalna definicja Światowej Organizacji Zdrowia.¹ Zgodnie z tą definicją, zdrowie nie oznacza jedynie braku choroby. Wiąże się ze stanem pozytywnym i satysfakcjonującym w trzech wymienionych wyżej sferach. W związku z tym, iż na zdrowie i jego poziom, prócz sfery biologicznej wpływają również sfery psychiczna oraz społeczna, niniejszy referat porusza temat znanych koncepcji psychologicznych i badań dotyczących znaczenia tych właśnie dwóch sfer zdrowia i ich wagi dla budowania zdrowia i walki z chorobą.

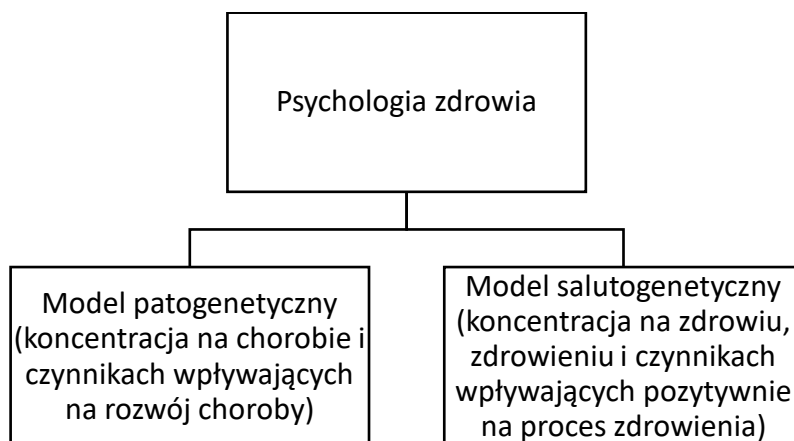
Wywodząca się od amerykańskiego psychologa Josepha Matarazzo psychologia zdrowia, jest dziedziną, którą autor definiuje w następujący sposób:

„To całokształt specyficznego, oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny do promocji i utrzymywania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji, a także do analizy i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowania polityki zdrowotnej”

Psychologia zdrowia jest dziedziną, której celem jest wyodrębnianie czynników natury psychologicznej, które korelują lub bezpośrednio wpływają na rozwój choroby lub proces zdrowienia. Jednym z podstawowych dylematów w dziedzinie psychologii zdrowia jest dylemat dotyczący sposobu spostrzegania i definiowania czynników prowadzących do powstawania chorób i wpływających pozytywnie na stan zdrowia. W związku z powyższym dylematem, dziedzina ta wyodrębnia dwa modele rozumienia zdrowia i choroby – model patogenetyczny i salutogenetyczny.

¹ Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Model patogenetyczny definiuje czynniki psychologiczne, które są szkodliwe dla zdrowia i mogą prowadzić do rozwoju chorób somatycznych:

- Zalegające/negatywne **emocje**
- Nadmierna **koncentracja lub brak zainteresowania** własnym zdrowiem
- Zachowania **ryzykowne** – nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy)
- Osobowość stresowa** (wzór zachowania typu A)
- Ryzykowne pole (przestrzeń) życiowe.

Podjęcie salutogenetyczne psychologii zdrowia identyfikuje aspekty psychologiczne związane z procesem zdrowienia – czynniki sprzyjające zdrowiu:

- Pozytywne **emocje, nadzieja i optymizm**
- Umiarkowane zainteresowanie** własnym zdrowiem
- Osobowość odporna** – postawa resilience, poczucie koherencji
- Zdrowy styl życia, dbałość o zdrowie**

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

-Zdrowe pole życiowe.

Bardzo istotnym elementem na który warto zwrócić uwagę jest poziom zainteresowania własnym zdrowiem. Brak zainteresowania własnym stanem zdrowia wiązać się może z zaniedbaniami i postawą antyzdrowotną (złe nawyki żywieniowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, brak wysiłku fizycznego), jego przeciwieństwem w modelu salutogenetycznym nie jest jednak wysoki poziom zainteresowania własnym zdrowiem, lecz zainteresowanie na umiarkowanym poziomie gwarantujące zdrowie. Wysoki, nadmierny poziom zainteresowania własnym zdrowiem jest częścią modelu patogenetycznego, ze względu na stres związany z przewrażliwieniem na punkcie własnego stanu zdrowia.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

Rola stresu i koncepcje osobowości A, B, C, D – rola czynników psychologicznych w powstawaniu chorób somatycznych

Wśród czynników, we wspomnianym modelu patogenetycznym psychologii zdrowia, pojawiła się koncepcja osobowości stresowej (WZA) oraz zalegające i negatywne emocje. Stres jest subiektywnie nieprzyjemnym napięciem organizmu, pojawiającym się w efekcie napotkania jakiejś nieprzyjemnej przeszkody. To stan napięcia, który jest źródłem wielu chorób somatycznych (Selye). Podstawowy podział stresu obejmuje stres odbierany pozytywnie jako motywujący (ekscytacja) – eustres oraz stres, który demotywuje i hamuje działanie – dystres. Eustres charakteryzuje się mniejszym natężeniem, zaś dystres ze względu na swój negatywny charakter i wysoki poziom natężenia, utrzymując się przez długi czas, może oddziaływać szkodliwie na zdrowie somatyczne.

Stres w koncepcji Lazarusa i Folkman oznacza „*określoną relację (relationship) między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi*” (Lazarus i Folkman 1984, s. 19, za: Heszen-Niejodek, 2000, s. 470). Koncepcja ta, na którą najczęściej powołują się współczesne publikacje, odwołuje się do tak zwanego transakcyjnego charakteru stresu (transakcyjna koncepcja stresu), gdyż na poziom stresu u jednostki nie wpływa obiektywny charakter bodźca stresującego, lecz jego interpretacja przez jednostkę. Transakcja opiera się na poznawczej interpretacji bodźca przez osobę. Zgodnie z tą koncepcją, transakcja stresowa składa się z czterech etapów – oceny pierwotnej, procesów pośredniczących (interpretacja, analiza przez pryzmat doświadczeń), ocena wtórna oraz etap ostatni – radzenie sobie. Posiadanie odpowiednio wypracowanych (i, co najważniejsze, skutecznych) stylów oraz strategii radzenia sobie ze stresem jest jedną z ważniejszych umiejętności radzenia sobie z napięciem oraz trudnymi, zalegającymi emocjami – w służbie ochrony własnego zdrowia.

Zamieszczony poniżej model GAS (*general adaptation system*) – ogólny system adaptacyjny, przedstawia koncepcję autorstwa Selye, która obrazuje kolejne fazy pobudzenia,

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

odporności i reakcji organizmu na stres. Model ten wyjaśnia również, dlaczego stres chroniczny stanowi tak istotne niebezpieczeństwo dla zdrowia somatycznego i fizycznego.

Faza A – jest fazą alarmową, podczas którego w relacji ze stresorem pojawia się w organizmie nieprzyjemny stan napięcia i gotowość do działania. Na tym etapie podnosi się ciśnienie krwi, uruchamia się reakcja fizjologiczna *fight or flight* organizmu (walcz lub uciekaj), podczas której podnosi się poziom hormonów związanych ze stresem i działaniem (adrenalina i kortyzol). Jednym słowem, fizjologicznie organizm przechodzi w stan pełnej mobilizacji i gotowości i przygotowuje się do zmierzenia się z bodźcem stresującym.

W związku z tym, że stresor nie ustępuje, poziom napięcia i gotowości do działania utrzymuje się przez dłuższy czas i nie zostaje rozładowany, organizm odczuwa konieczność dostosowania się i zaadaptowania do wysokiego poziomu stresu, można zaobserwować przejście do fazy B.

Faza B – to inaczej faza adaptacji. To etap, w którym organizm przystosowuje się do odczuwanego stresu. W związku z tym, iż działanie stresu na organizm jest szkodliwe (długotrwały, chroniczny stres i wysoki poziom kortyzolu jest szkodliwy dla struktur w mózgu odpowiadających m.in. za pamięć krótkotrwałą i uwagę – J. Ridley). Ponadto, według najnowszych badań, udowodniono, iż istnieje związek pomiędzy poziomem odczuwanego stresu w młodości a problemami z pamięcią krótkotrwałą w późnej dorosłości (J. Ridley). Na tym etapie, jeśli nie dochodzi do obniżenia się poziomu stresu, jednostka może odczuwać nieprzyjemne dolegliwości natury psychosomatycznej (fizyczne o etiologii psychologicznej) – bóle stawów, migreny, kask neurasteniczny, problemy trawienne, napięcia mięśni, trudności ze snem, niepokój.

Faza C – Faza wyczerpania organizmu – to etap, w którym dochodzi do załamania się odporności organizmu na skutek długotrwałego, wyniszczającego stresu i napięcia organizmu, może dojść do rozwinięcia się choroby psychicznej lub somatycznej. Według badań prof. Kubackiej-Jasieckiej, kryzys psychologiczny trwa średnio od 4 do 6 tygodni. Po tym czasie

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



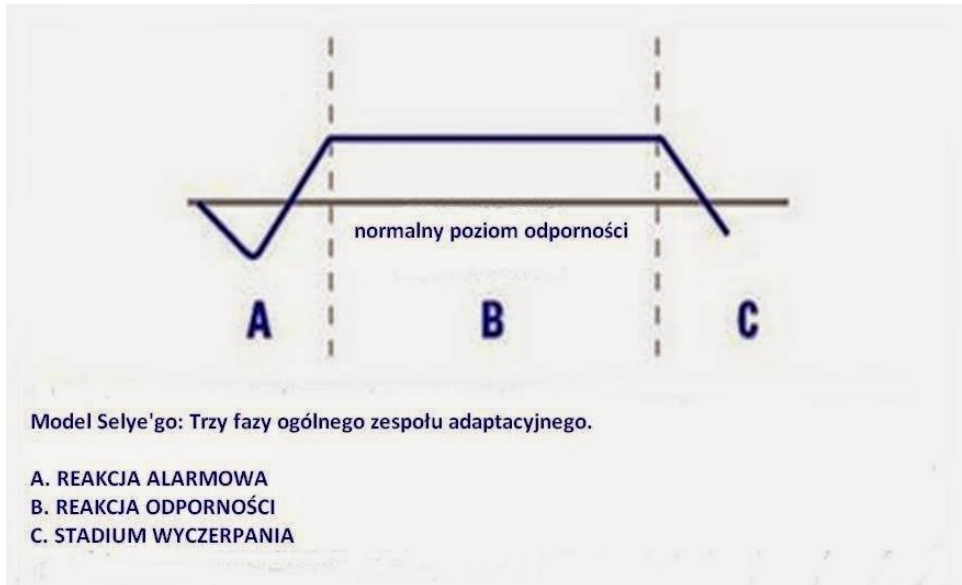
Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



stres i napięcie związane z kryzysem powinno zostać wsparte opieką specjalistyczną.



Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

Relację pomiędzy psychiką i chorobami somatycznymi w ramach modelu patogenetycznego obrazuje również koncepcja psychologiczna osobowości stresowej typu A. Typ osobowości stresowej, lub osobowość typu A, opisany został na podstawie amerykańskich badań Western Collaborative Study (1960-75) oraz Framingham Heart Study przez amerykańskich kardiologów, Friedmana i Rosenmana. Były to badania, w których wzięło udział łącznie około 5000 osób. Celem wspomnianych badań była obserwacja i identyfikacja pewnych cech osobowościowych i temperamentalnych oraz ich związku z występowaniem choroby wieńcowej. Cechy, które zidentyfikowano i zakwalifikowano jako związane z podwyższonym prawdopodobieństwem wystąpienia zawału mięśnia sercowego, cukrzycy, choroby wieńcowej lub nadciśnienia były następujące: wysoki poziom stresu, bardzo wysoki poziom ambicji, konkurencyjności, agresyjności, wrogiego nastawienia wobec innych (oraz tłumienie wrogości), tendencji do występowania zachowań związanych z rywalizacją. Ponadto, w kwestionariuszach badających cechy osobowości, osoby o cechach charakterystycznych dla wzoru zachowania typu A odznaczały się wysokim poziomem ekstrawersji i neurotyzmu oraz niskim poziomem ugodowości.

Osoby z wzorem zachowania typu A prowadzą bardzo intensywny tryb życia, żyją w pośpiechu, wykazując brak cierpliwości dla niedociągnięć innych. Ponadto, WZA charakteryzuje się wysoką potrzebą perfekcjonizmu, tłumieniem wrogości, niechęci oraz wrogością. Wraz z wysokim poziomem stresu i napięcia, osobowości typu A zdradza gestykulacja i mimika. Osoby są wybuchowe, niecierpliwe, żywo gestykulują, wykazują tendencję do przerywania innym, stosują liczne partykuły wzmacniające, odczuwają trudności związane umiejętnością zrelaksowania się oraz wyrzuty sumienia w czasie odpoczynku. Wzór osobowości stresowej kojarzyć się może z pracoholizmem i wysokim zaangażowaniem w pracę. WZA występuje częściej u mężczyzn, jednak zaobserwować go można również u kobiet.

Wzór zachowania typu A został wyodrębniony jako pierwszy wraz ze swoim przeciwieństwem – wzorem zachowania (osobowością) typu B – typem zdrowym. Osobowość typu B definiowana jest poprzez przeciwieństwo i kontrast wobec typu A. Osoba, którą charakteryzuje typ B to osoba, którą badacze opisali jako typ „zdrowy” i zrównoważony.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Jednostki te charakteryzują się niską podatnością na zawały serca w wieku produkcyjnym, niezależnie od poziomu stresu w wykonywanej pracy zawodowej. Cele, które obierają osoby typu B są realistyczne, nie wygórowane. Badacze opisują osoby typu B, jako ceniące jakość w życiu, doświadczające mniej stresu i lepiej sobie z nim radzące. To osoby o wysokim poziomie wsparcia bliskich, cierpliwe, towarzyskie, lubiane. Lepiej zarządzają emocjami i stresem w stosunku wobec osób typu A, opisywane przez bliskich jako rozluźnione. Prócz typu A i B, nieco później, w literaturze zostały opisane dodatkowe dwa wzory osobowości, które wiążą się z występowaniem chorób somatycznych. Osobowość typu C – osobowość podatna na choroby nowotworowe oraz osobowość typu D – u osób podatnych na stres.

Osobowość typu C charakteryzuje osoby o wysokim poziomie cierpliwości, ugodowości, gotowości do współpracy, rzadko wykazujących zachowania agresywne. To typ osób, które tłumią negatywne emocje (gniew, złość), wykazują niski poziom asertywności oraz wykazują wysoki poziom uległości i ugodowości wobec innych. Osoby takie nie dają sobie przyzwolenia na walkę i starają się unikać konfliktów. Osobowość typu C oraz doświadczenia wiążące się z nią **mogą prowadzić do rozwinięcia się postawy pesymistycznej**, utraty wiary w siebie, poczucia bezradności i obniżenia poczucia własnej wartości. Podejście poznawczo-behawioralne w terapii depresji podkreśla rolę zjawiska „wyczonej bezradności” (Seligman) jako jednego z mechanizmów rozwoju tej choroby. Inne badania Martina Seligmana podkreślają dodatkowo rolę pesymizmu w rozwoju chorób nowotworowych. Rolę pesymizmu w powstawaniu chorób nowotworowych opiera się na **powiązaniu pesymizmu z wysokim poziomem stresu związanego z negatywną interpretacją rzeczywistości** i doszukiwaniu się kolejnych negatywnych zjawisk potwierdzających naszą teorię (zgodnie z zasadą samospełniającej się przepowiedni, Zimbardo). W efekcie dochodzi do rozwoju **depresji, która przyczynia się do osłabienia układu immunologicznego**, sprzyjającego rozwojowi choroby nowotworowej. Le Shan, amerykański psycholog i psychoterapeuta osób chorujących na chorobę nowotworową, bazując na swoim wieloletnim doświadczeniu w kontakcie z pacjentami, określił cechy osób WZC jako „**fasadowe**”, jako osób, które ukrywają się za pozorną łagodnością, brakiem zdolności do okazywania złości, o niskiej satysfakcji, trudnościach w nawiązywaniu relacji, niskim poziomie aktywności społecznej, zależności od

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

innych, tendencją do odczuwania poczucia winy, opuszczenia przez innych i samotności. Więcej badaczy potwierdza cechy pacjentów onkologicznych, które można określić jako:

- Skłonność do poświęcenia się dla innych ludzi
- Ukrywanie emocji
- Ugodowość i niekonfliktowość
- Wysoki poziom altruizmu w działaniach.

Badacze podkreślają, iż ten typ zachowań może wiązać się z doświadczeniem dotkliwej straty lub odrzucenia w przeszłości.

Osobowość typu D, czyli osobowość, która posiada związek z występowaniem wysokiego poziomu stresu, opisana została w 1995 roku przez J. Denolleta. Wiąże się przede wszystkim z dwoma wymiarami charakterystycznymi dla pacjentów z tym typem osobowości:

- Negatywna emocjonalność
- Zahamowanie społeczne.

Negatywna emocjonalność związana jest z przeżywaniem emocji takich jak lęk, złość, wrogość, jednak ze względu na **hamowanie społeczne** związane jest z unikaniem konfrontacji i nieprzyjemnych sytuacji związanych z ujawnianiem swoich prawdziwych emocji. Osoba typu D celowo unika wyrażania negatywnych emocji, tłumi ich ekspresję oraz zachowania z nimi związane. Działania takie mają miejsce w celu uniknięcia odrzucenia i dezaprobaty ze strony innych ludzi (niski poziom asertywności i przyzwolenia dla własnych uczuć). Cechy, które charakteryzują osoby z osobowością typu D są następujące:

- Postawa pesymistyczna
- Poczucie zagrożenia i niski poziom poczucia bezpieczeństwa
- Tendencja do zamartwiania się
- Częste odczuwanie napięcia

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

- Poczucie bycia nieszczęśliwym
- Obwinianie się
- Nieśmiałość w relacjach społecznych
- Brak komfortu w sytuacjach społecznych, zwłaszcza wśród nowo poznanych osób
- Skrytość i unikanie dzielenia się swoimi przemyśleniami i odczuciami (z lęku przed konfliktem lub dezaprobatą)

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

W odróżnieniu od typu A, również związanego ze stresem, typ D charakteryzuje się niskim poziomem ekstrawersji (ujawniania emocji i siebie), to typ tłumiący. Ponadto, typ osobowości D wykazuje związek ze skłonnością do powstawania depresji ze względu na podobny do opisanego już typu C pesymizm, tendencję do zamartwiania się i obwiniania oraz niskie poczucie zadowolenia z życia. Typ A i D łączy wysoki poziom stresu, różni jednak jego poziom ujawniania – typ A charakteryzuje się wysokim poziomem wybuchowości i ekstrawersji, typ D zaś unika okazywania negatywnych uczuć. Typy C i D są do siebie podobne ze względu na tłumione uczucia ze względu na lęk przed odrzuceniem. Typ D tłumia emocje jednak świadomie, zaś typ C – dokonuje nieświadomej represji (wyparcia) nieakceptowanych emocji. Typ C uznaje wyższość emocji innych osób nad własnymi i nieświadomie nie dopuszcza własnych negatywnych emocji do głosu, zaś typ D celowo tłumia emocje i świadomie nie nawiązuje relacji z innymi.

Istnieje wiele badań udowadniających wpływ stresu i emocji na zdrowie somatyczne. Najsilniejsze i najczęściej cytowane w obrębie psychologii związki pomiędzy stanem psychicznym a fizycznym pojawiają się koncepcjach opisujących wpływ chronicznego stresu na rozwój chorób układu krążenia, wpływ pesymizmu i wyuczonej bezradności na rozwój depresji i chorób nowotworowych (Seligman). W kolejnej części referatu pojawia się koncepcja z zakresu modelu salutogenetycznego związana z odpornością psychiczną i postawą wpływającą pozytywnie na budowanie zdrowia.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

Koncepcja odporności psychicznej *resilience* i pozaszpitalnego wsparcia procesu zdrowienia

Pierwsza część referatu odnosiła się do koncepcji związanej z chorobą i koncepcją patogenetyczną. W tej części referat koncentruje się na zagadnieniu związanym z podejściem salutogenetycznym – koncepcją odporności psychicznej. Koncepcja *resilience* nie posiada odpowiednio wiernego tłumaczenia w języku polskim. To określenie oznacza dosłownie sprężystość, prężność, odporność psychiczną, rezyliencję (Iwona Sikorska, PTP). Określenie to posiada swoją etymologię w języku łacińskim – *resilire*, co dosłownie oznacza rezonować, odbijać się, wracać do stanu z początku. To koncepcja, która od zawsze interesowała badaczy w związku z tym, iż niektóre osoby pomimo trudnych i traumatycznych przeżyć potrafią powracać po wszystkim do stanu zdrowia psychicznego i stabilności sprzed trudnej sytuacji. Koncepcja ta odnosi się do pozytywnych aspektów rozwoju psychiki, jest elementem wywodzącym się z psychologii zdrowia (salutogeneza) oraz psychologii pozytywnej. Psychologowie nazywają tę umiejętność jako „**zdolność do samonaprawiania**”, do powrotu do dobrostanu psychicznego. Odporność psychiczna opiera się na koncepcji Koła Dzielności (Brendtro, Brokenleg, Van Bockern, 2005).

Odporność psychiczna rozwija się już w okresie wczesnego dzieciństwa poprzez doświadczenia, dzięki którym dzieci i młodzież uczą się realizować takie wartości jak **przywiązanie, altruizm, autonomia (samodzielność) i potrzeba osiągnięć (ambicja)**. Dzieje się to poprzez realizowanie naturalnych potrzeb wzrastania takich jak: niezależność, doskonałość, poczucie przynależności (akceptacji i bycia w grupie) czy wielkoduszość.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

Elementy składowe odporności psychicznej	Potrzeby wzrastania
Przywiązanie	Poczucie przynależności
Autonomia	Niezależność
Altruizm	Wielkoduszność
Potrzeba osiągnięć	Doskonałość

Realizacja potrzeb związanych z rozwojem odporności psychicznej ma miejsce już od najmłodszych lat w grupach, które są dzieci i młodzieży najważniejsze – rodzinie, w szkole, grupie rówieśniczej i wspólnocie. Zaspokojenie potrzeb składowych poczucia odporności psychicznej zawartych w tabeli wiąże się z rozwojem sprężystości i wzmocnieniem psychiki, ale również rozwojem stabilnego poczucia własnej wartości, obrazu siebie i samooceny.

Koncepcja odporności psychicznej wykorzystywana jest w USA jako wsparcie w procesie terapeutycznym zaburzeń okresu młodzieńczego oraz dzieciństwa takich jak **zaburzenia odżywiania, emocji, zachowania, lękowych, depresji, uzależnień czy zespołu stresu pourazowego** w ramach aktywności pozaszpitalnych, które mają działanie prozdrowotne. W ramach takich oddziaływań organizowane są dla pacjentów wyjazdy kempingowe, biwaki, wyjazdy kajakowe, wspinaczkowe. Pierwsze doniesienia na temat skuteczności działań pozaszpitalnych na dobrostan emocjonalny i poprawę stanu zdrowia odnotowano podczas organizacji obozu pod namiotami na terenie parku szpitalnego dla pacjentów chorujących na gruźlicę.² W literaturze związanej z odpornością psychiczną, tego typu oddziaływania funkcjonują pod nazwą **terapii poprzez przygodę**.

Terapię poprzez przygodę wykorzystano również organizując obóz w lesie dla młodzieży cierpiącej na chorobę nowotworową w Kanadzie pod opieką terapeutów. Celem organizowanego obozu było **wzmocnienie obrazu siebie młodzieży, elementu procesu zdrowienia w sferach poznawczej, duchowej, fizjologicznej i emocjonalnej**. Ponadto,

² Epstein I. Adventure therapy: a mental health promotion strategy in pediatric oncology. J. Pediatr. Oncol. Nurs. 2004; 21 (2): 103–110

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

ze względu na charakter choroby, młodzież z tych grup narażona była bardziej na depresję i lęk, w związku z tym terapeutyci podjęli się wsparcia młodzieży w tym zakresie. W ramach terapii młodzież nawiązała nowe przyjaźnie, zawiązała grupy wsparcia, wewnątrz których miała możliwość dzielenia się doświadczeniami, zaobserwowano wzrost kompetencji społecznych, poprawę obrazu siebie (samooceny) oraz wzrost kompetencji poznawczych.

Tradycja wykorzystywania edukacji i terapii poprzez przygodę w Polsce nawiązuje do tradycji harcerskiej. Trzytygodniowe obozy dla dzieci z zaburzeniami psychosomatycznymi pochodzącymi z rodzin alkoholowych pod opieką psychologów organizowane zostały we współpracy z oddziałem pediatrycznym Akademii Medycznej w Krakowie. Wsparcie grupy, zadania i wyzwania, otrzymywane odznaczenia i nagrody, wysiłek fizyczny sprawiły, iż **objawy psychosomatyczne u pacjentów zmniejszyły swoje natężenie (moczenie nocne, tiki, jąkanie). Ponadto, zaobserwowano polepszenie samopoczucia, wzrost dzielności oraz odporności na stres.**

Podobne oddziaływania wykorzystujące terapię poprzez przygodę zostały wykorzystane poprzez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii im. św. Brata Alberta w Szczecinie w ramach projektu warsztatowo-terapeutycznego „Wzbij się wyżej”. Celem warsztatów było przeciwdziałanie marginalizacji oraz wykluczeniu społecznemu dzieci poprzez wzmocnienie i kształtowanie aktywnej postawy życiowej. W ramach projektu młodzież uczestniczyła w zajęciach związanych z radzeniem sobie z agresją, arteterapią, zajęciach integracyjnych i terapeutycznych oraz zajęciach aktywnych – kajaki, żeglowanie, rowery, windsurfing, pływanie łodzią, budowanie tratwy. Wyjazd podniósł kompetencje społeczne uczestników związane z radzeniem sobie z własnymi emocjami, komunikowaniem emocji, budowaniem i utrzymywaniem relacji z innymi uczestnikami, współpracą w zespole i radzeniem sobie w sytuacjach konfliktowych. ³ **Wspólne warsztaty i możliwość rozwijania poczucia**

³ Sikorska I., ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA W UJĘCIU PSYCHOLOGII POZYTYWNEJ: EDUKACJA I TERAPIA PRZEZ PRZYGODĘ, http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT_2_2017/75Sikorska_Psychoterapia_2_2017.pdf dostęp 03.09.2018

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

sprawstwa, samoregulacji (emocji) oraz optymizmu (nadziei) nazywane są zgodnie przez badaczy czynnikami, które ochraniają zdrowie psychiczne.⁴

Prócz postawy odporności poczucia sprawstwa, wsparcia, optymizmu, umiejętności radzenia sobie ze stresem, badacze z Uniwersytetu Medycznego z Lublina potwierdzają pozytywny wpływ religijności na zdrowie psychiczne. U osób o wyższym poziomie religijności zaobserwowano niższy poziom lęku, mniejszą częstotliwość występowania negatywnych konsekwencji oraz objawów stresu czy zaburzeń psychicznych takich jak schizofrenia, depresja, zaburzenia osobowości czy odżywiania.⁵ Wyższy poziom religijności powiązany jest również z odpornością na występowanie stresu, wyższym poziomem optymizmu, pozytywną postawą życiową i obniżonym ryzykiem popełnienia samobójstwa. Wśród osób badanych ponadto, osoby bardziej religijne wykazywały większą skłonność do stosowania się do zaleceń lekarza, unikaniem nadużywania substancji psychoaktywnych oraz ryzykownych zachowań seksualnych. Ponadto, według badań, u osób o podwyższonym poziomie religijności występuje niższe ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej, wieńcowej serca, nadciśnienia tętniczego⁶. Podsumowując, liczne badania potwierdzają skuteczność terapeutyczną dla zdrowia psychicznego i fizycznego oddziaływań ukierunkowanych na wsparcie z uwzględnieniem aktywności fizycznej, duchowości i rozwoju kompetencji społecznych. Wpływają one pozytywnie na rozwój pozytywnej i optymistycznej postawy życiowej, nadziei i wiary, które wpływają pozytywnie na proces zdrowienia.

⁴ Grotberg E. Zwiększanie odporności psychicznej, wzmacnianie sił duchowych. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2000.

⁵ Woźniak B., Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań, „Przegląd Socjologiczny” 2012, t. 61, nr 2, s. s. 221

⁶ Żołnierz J., Sak J., Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka, Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4318>

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.