

**DZIAŁ SPECJALNY: STRES A ZDROWIE – W POSZUKIWANIU
POZYTYWNYCH INSPIRACJI**

**[*Special section: Stress and health – searching for positive
inspirations*]**

(Redaktor gościnny: Zygfryd Juczyński)

**WPŁYW DOŚWIADCZEŃ TRWAŁEGO USZCZERBKU ZDROWIA
NA JAKOŚĆ ŻYCIA**

Lucyna Golińska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Łódzki

THE INFLUENCE OF THE PERMANENT DAMAGE TO ONE'S HEALTH
ON ONE'S QUALITY OF LIFE

Summary. The aim of the article is to present the negative consequences of victimization, particularly a sense of damage. People who lost their eyesight took part in the first study. The study was aimed at examining the impact of "forgiveness" on the subject's quality of life. "Forgiveness" was understood as freeing oneself from the syndrome of victimization and minimising of one's concentration on the experienced loss. It was expected and confirmed that the strategy of mood regulation could be a mediator in this relationship. It turned out that blind people used the strategy of improving their mood more often than healthy people.

Women who have had mastectomy participated in the second study. The variables taken into consideration were subjects' emotionality and their present mood. The women who belong to support groups differ from the women who do not belong to such organizations. The women belonging to support groups experience more positive mood than negative mood as well attribute the causes of the experienced emotions to various factors. Finally, the article presents the positive consequences that follow the experienced trauma.

Adres do korespondencji: Instytut Psychologii UŁ, ul Smugowa 10/12,
91-433, Łódź, e-mail: lgolinska@poczta.onet.pl

Wprowadzenie

Jedną z głównych właściwości ludzkich jest zapotrzebowanie na poczucie dobrostanu w swoim życiu. W subiektywnym odczuciu oznacza to satysfakcję z różnych obszarów własnego życia (zdrowia, rodziny, pracy, sytuacji materialnej), a także doświadczania zadowolenia. Jedną z koncepcji wyjaśniających źródła i dynamikę subiektywnego poczucia dobrostanu jest cebulowa koncepcja szczęścia (Czapiński, 2001). Zgodnie z nią można mówić o trzech, pozostających we wzajemnych relacjach, wyznacznikach poczucia szczęścia. Najgłębszy z nich, najsilniej uwarunkowany genetycznie, to „wola życia” rozumiana jako obiektywny (niezależny od świadomości) standard dobrostanu psychicznego. Zależy on od pewnych predyspozycji, takich jak: witalność, energia, chęć do aktywności. Następnym poziomem, pośrednim, to globalne zadowolenie z życia, względnie niezmiennie, ale zależne od doświadczeń życiowych i ich interpretacji. Poziom trzeci jest najbardziej niestabilny, podatny na zmiany i najsilniej uwikłany w bieżące doświadczenia; przejawia się w afektywnej ocenie i satysfakcji z różnych konkretnych aspektów życia, takich jak: praca, rodzina, zdrowie. Globalne zadowolenie z życia pozostaje pod wpływem oddziaływań dwóch sąsiednich poziomów. Zdarzenia niekorzystne znajdują swoje odbicie w obniżeniu stanu afektywnego i satysfakcji z tych aspektów życia, których dotyczą, jeżeli zaś utrzymują się dłużej oddziałują na obniżenie ogólnego dobrostanu, a nawet mogą wpływać na obniżenie subiektywnie odczuwanej chęci życia. Jednakże, co wynika z licznych badań (Czapiński, 2001; Ford, 2004; Larsen i wsp., 2005) człowiek ma dużą zdolność do odnajdywania poczucia szczęścia i radości życia nawet po bardzo traumatycznych i nieodwracalnych, negatywnych zmianach dotyczących jego sytuacji życiowej (choroba, kalectwo, utrata bliskich).

Pozytywna ocena jakości własnego życia jest zarówno konsekwencją przebiegu tego, co dotychczas się w nim zdarzyło, ale także rzutuje na percepcję i doświadczanie tego, co się zdarzy. Z tego też powodu warto wnikliwie spojrzeć na to, co się dzieje, gdy ludzi dotyka nieodwracalna utrata zdrowia.

W niniejszych rozważaniach przedmiotem analizy będą dwie sytuacje ekstremalnej traumy: jedna z nich to sytuacja utraty wzroku, druga zaś to przejście zabiegu mastektomii w następstwie stwierdzonego nowotworu piersi. Pierwsza z wyżej wymienionych traum prowadzi do gwałtownego spadku możliwości niezależnego funkcjonowania i wymusza na osobie ociemniałej nabycie nowych, trudnych umiejętności funkcjonowania bez wzroku, a też pogodzenia się z sytuacją nieodwracalnego zubożenia możliwości doznań zmysłowych i własnej sprawności. Mastektomia prowadzi zaś najczęściej do dwóch dominujących konsekwencji: uderza w subiektywne poczucie kobiety na temat własnej atrakcyjności i najczęściej je pogarsza oraz pozostawia przez drugi czas w świadomości zagrożenia nawrotu choroby.

Istotną rolę w pozytywnym regenerowaniu utraconego poczucia dobrostanu odgrywa uwolnienie się od poczucia wiktyimizacji. Wiktyimizacja (Seligman, 2005) oznacza znalezienie się osoby – skutkiem niezależnych od niej przyczyn – w sytuacji straty lub permanentnego stresu. Często twórcą takiej sytuacji jest „zły los” powodujący

chorobę lub utratę kogoś bliskiego, czasem kataklizmy, nierzadko inne osoby. Bycie ofiarą oznacza ograniczenie możliwości zastopowania tego co się dzieje, pojawia się bolesne poczucie własnej bezradności i doznanej krzywdy. Niektóre osoby, które uległy wiktyimizacji, nie przestają czuć się ofiarami mimo upływu czasu. Ponieważ ludzkie zachowania są celowe (choć nie zawsze zamierzone i uświadomione), warto z tej perspektywy spojrzeć na osoby w subiektywnym odczuciu pozostające ofiarami.

Co daje bycie w roli ofiary? Przede wszystkim ludzkie współczucie i wsparcie, usprawiedliwienie dla oczekiwania na pomoc, czasami usprawiedliwienie własnych niepowodzeń (Seligman, 2005). Daje też poczucie krzywdy. To uczucie łączy w sobie dwa odmienne doznania: z jednej strony niesie ból wynikający z doświadczania doznanej krzywdy, nierzadko kontakt z gniewem na przyczynę tego, co się stało, ale z drugiej strony daje poczucie pewności o doznanej niesprawiedliwości. Pozostawanie w pozycji ofiary rodzi też poczucie bezradności, oczekiwanie, że to ktoś lub coś odwróci zły los.

Poczucie krzywdy utrwalają reakcje dwojakiego rodzaju (Mellibruda, 1995). Pierwszą z nich jest próba zastopowania doznawania negatywnych uczuć poprzez ich supresję. Jednakże to odcięcie się od trudnych uczuć żalu, gniewu, smutku, powoduje kumulację energii w nich zawartej, co z kolei prowadzi do ich samowzmacniania, przedłużając okres ich doznawania. Drugą reakcją utrwalającą jest utrata poczucia osobistego sprawstwa. Reakcją na doznaną krzywdę bywa też negatywna zmiana w poczuciu własnej wartości.

Poczucie krzywdy doświadczane i wyrażane przez ofiarę zawiera informacje o doznanej niesprawiedliwości, a także niesie w sobie oczekiwanie „przywrócenia sprawiedliwości” równoznacznej ze zmianą sytuacji. Oczywiście w przypadku krzywdy fizycznej, takiej jak utrata wzroku, oczekiwanie na rekompensatę i odwrócenie złego losu jest zazwyczaj daremne. Trwanie w poczuciu krzywdy staje się pułapką dla osoby dotkniętej kalectwem. Poczucie krzywdy trzymane w pamięci przez wiele lat jest niezwykle bolesnym i niszczącym doświadczeniem.

Rola przebaczenia w doświadczeniach osób, które utraciły wzrok

Utrata wzroku jest sytuacją traumy, krzywdy, gwałtownego pojawienia się poczucia bezradności i utraty sprawstwa. Czynnikiem, który wydaje się być niezwykle istotny dla skutecznego procesu adaptacji do zmienionej sytuacji i odtworzenia poczucia dobrostanu jest uporanie się z poczuciem krzywdy, czyli przebaczenie. W prezentowanych badaniach przebaczenie rozumiane jest jako: (1) uwolnienie się z syndromu wiktyimizacji, (2) zastopowanie koncentracji na doznanej stracie, (3) przewartościowanie sytuacji straty w kierunku szukania pozytywnych następstw kalectwa.

Cele badania i hipotezy

Celem badania było sprawdzenie, czy przebaczenie wpływa korzystnie na poczucie jakości życia. Przypuszczano, że istotnym mechanizmem pośredniczącym w aktywizowaniu lub podwyższaniu zadowolenia jest preferowana strategia regulacji nastroju. Zdaniem B. Wojciszki (2003), w procesie regulacji emocji ludzie stosują jed-

ną z dwóch strategii. Pierwsza z nich to podwyższanie nastroju poprzez utrwalanie przeżywanych pozytywnych emocji lub odtwarzanie pozytywnych zdarzeń i kontakt z obiektami skojarzonymi w ten sposób. Druga to obniżanie nastroju, sprzyjają temu ruminacja, katastrofizowanie, samoobwinianie, negatywna ocena siebie, zaś konsekwencją jest spowodowanie lub pogłębienie nastroju negatywnego bądź zlikwidowanie nastroju pozytywnego.

W badaniach (Olejniczak, 2007) weryfikowano następujące hipotezy:

1. Przebaczenie doznanej straty przez osoby ociemniałe sprzyja podwyższeniu jakości życia.
2. Osoby ociemniałe w większym stopniu niż zdrowi posługują się strategią poprawiania nastroju.

Metody badań

Badane były dwie grupy: pierwszą z nich stanowiły osoby, które utraciły wzrok, zaś drugą osoby zdrowe. Posługiwano się zasadą doboru parami, co oznacza, że obie grupy były równoważne pod względem wieku (od 22 do 83 lat), płci (21 kobiet, 9 mężczyzn), stanu rodzinnego (posiadanie partnera, dzieci). Ze względu na brak sprawdzonych narzędzi do badania przebaczenia poczucia krzywdy autorka zastosowała skalę przygotowaną przez siebie. W ostatecznym kształcie Kwestionariusz Wybaczenia Traumaty zawierał 13 stwierdzeń. Badani opisywali, w jakim stopniu treść tych stwierdzeń ich dotyczy, zakreślając jedną z pięciu możliwości: od (1) „zdecydowanie mnie to nie dotyczy”, do (5) „zdecydowanie odnosi się do mnie”.

W obu badanych grupach zastosowano pomiar ogólnej gotowości do wybaczenia w sytuacjach, gdy badany jest wykorzystany lub potraktowany niesprawiedliwie. Skala ta zwana Skalą Tendencji do Wybaczenia Krzywdy zawierała 12 opisów powszechnie spotykanych sytuacji, w których jedna osoba zachowuje się krzywdząco wobec drugiej. Zadaniem badanych było wyobrazić sobie siebie w roli osoby skrzywdzonej i odpowiedzieć na pytanie, jak łatwo byłoby jej wybaczyć sprawcy krzywdy, wybierając jedną z możliwości: od „w ogóle bym nie wybaczył” (0), do „łatwo i szybko bym przebaczył” (6 punktów).

Oprócz wymienionych kwestionariuszy zastosowano: Skalę Regulacji Nastroju (Wojcieszke, 2003) oraz Skalę Jakości Życia (do pomiaru komponenty emocjonalnej była wykorzystywana drabina Cantrilla, natomiast wskaźnikiem satysfakcji życiowej był pomiar satysfakcji z różnych aspektów życia).

Wyniki badań i dyskusja

Jak można było przypuszczać – na podstawie wyników badań nad możliwościami ludzi w reaktywaniu poczucia dobrostanu (Czapiński, 2001) – nie było żadnych istotnych różnic między osobami ociemniałymi i zdrowymi w zakresie emocjonalnej i poznawczej oceny dobrostanu. W grupie osób ociemniałych natomiast poczucie dobrostanu pozostaje w statystycznie istotnym związku z przebaczeniem doznanej krzywdy związanej z utratą wzroku. Współczynnik determinacji R^2 wynosi 0,242 dla emocjonalnej jakości życia i 0,241 dla poznawczej jakości życia, co oznacza, że prze-

baczenie doświadczonej krzywdy wyjaśnia 24% wariacji zmiennej wyjaśnianej, jaką była jakość życia. Przebaczenie – równoznacznie z uwolnieniem się od syndromu ofiary – sprzyja lepszej jakości życia.

Przebaczenie krzywdy związanej z utratą wzroku nie pozostaje w związku z ogólną tendencją do wybaczenia krzywdy, która jest zbliżona w obu badanych grupach.

Nie stwierdzono także (wbrew przypuszczeniom) związku między odległością czasową od momentu utraty wzroku a przebaczeniem doznanej krzywdy. Wydaje się prawdopodobne, że jeżeli proces zastopowania wiktyimizacji nie nastąpi w krótkim czasie od traumatycznego zdarzenia, to upływający czas raczej utrwała niż redukuje poczucie bycia skrzywdzonym.

W obu badanych grupach częstsza jest strategia podwyższania nastroju niż obniżania, jednakże osoby niewidzące posługują się nią w większym stopniu niż osoby zdrowe.

Tabela 1. Sposób regulacji nastroju w grupie osób niewidomych i zdrowych

Sposób regulacji nastroju	Osoby niewidome		Grupa kontrolna		t	df	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
Obniżanie nastroju	41,33	13,15	39,17	8,82	0,74	58	0,45
Podwyższanie nastroju	59,40	7,15	54,90	6,88	2,48	58	0,01

Grupa osób ociemniałych istotnie częściej niż zdrowi stosuje strategie podwyższania nastroju, aczkolwiek brak różnic w skalach obniżania nastroju.

W grupie osób widzących stwierdzono negatywną zależność między tendencją do wybaczenia a strategiami obniżania nastroju, czyli niskiej tendencji do wybaczenia towarzyszy podwyższona skłonność do posługiwania się strategią obniżania nastroju. Ta zależność jest dość oczywista, ponieważ zanurzanie się i rozpamiętywanie poczucia krzywdy sprzyja obniżaniu nastroju. Natomiast zaskakujące jest niewystąpienie takiej zależności w grupie osób ociemniałych. Nasuwa się przypuszczenie, że nieodwracalna trauma, jaką jest utrata wzroku, wpłynęła modyfikująco na mechanizm typowej zależności między wykorzystywaniem krzywdy do manipulacji nastrojem. Zależność taka nie ujawniła się w grupie osób ociemniałych prawdopodobnie ze względu na silne i długotrwałe, uzasadnione obiektywnie doświadczanie obniżonego nastroju w wyniku doznanej straty.

W świetle opisanych wyżej badań osoby, które utraciły wzrok doświadczają podobnej satysfakcji i zadowolenia z życia jak osoby zdrowe. Jednakże ich możliwości w tym względzie w znacznym stopniu zależą od skutecznego „przebaczenia”. Oznacza ono uwolnienie się od syndromu wiktyimizacji. Pozytywnym następstwem bolesnych doświadczeń jest zwiększenie umiejętności w zakresie stosowania strategii podnoszenia nastroju.

Afektywność i samopoczucie kobiet po mastektomii

Mastektomia stosowana w leczeniu nowotworu piersi powoduje zniekształcenie ciała, często utratę całego narządu, a nierzadko też upośledzenie sprawności ręki po stronie operowanej. Kobiety doświadczają mastektomii jako szczególnie drastycznego kalectwa. Negatywne reakcje emocjonalne związane z amputacją piersi wynikają z zagrożenia utraty życia, doświadczania choroby, ale także wiążą się z zagrożeniem dla poczucia własnej kobiecości. Świadomość okaleczenia, lęk przed nawrotem choroby, a także często pojawiające się poczucie zmniejszenia własnej atrakcyjności jako kobiety i oddalenia emocjonalnego partnerów bywają przyczyną przygnębienia, a nawet depresji (de Walden-Gałuszko, 1997).

Wiele badań i obserwacji wskazuje na czynniki sprzyjające procesowi pozytywnej adaptacji do zaistniałej sytuacji. Szczególnie istotną rolę może odgrywać grupa wsparcia, skupiająca osoby dotknięte podobną traumą (Sęk, Cieślak, 2004; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Taką rolę pełni stowarzyszenie Amazonek wobec kobiet po mastektomii. Wiadomo z wcześniejszych badań, że przynależność do ruchu Amazonek pomaga w adaptacji do nowej sytuacji życiowej.

Cele badania

Celem przedstawionych badań (Sadłowska, 2007) jest sprawdzenie, czy przynależność kobiet po mastektomii do grupy wsparcia wpływa na ich samopoczucie oraz przyjrzenie się mechanizmowi tego oddziaływania.

Badaniami objęte były trzy równoliczne (po 30 osób) grupy kobiet: Amazonki, kobiety po mastektomii, ale nie-Amazunki oraz kobiety zdrowe. Czas po zabiegu wyniósł od kilku miesięcy do 11 lat.

Metody badań

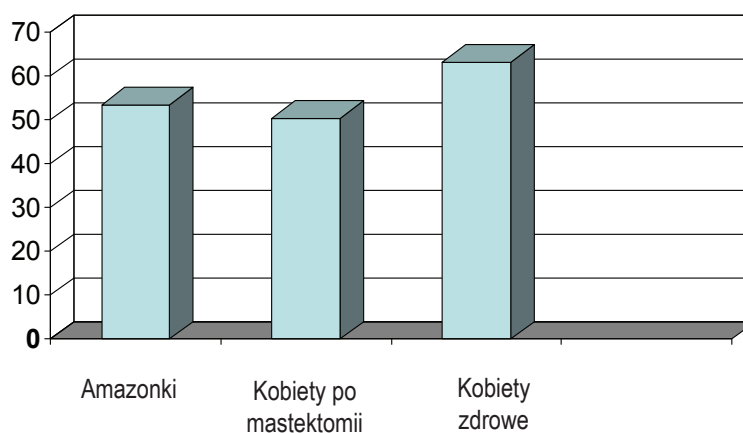
W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Atrakcyjności Seksualnej autorstwa Królikowskiej do pomiaru subiektywnej oceny własnej atrakcyjności oraz dwie techniki do pomiaru afektu: skalę PANAS do pomiaru intensywności emocji pozytywnych i negatywnych oraz Dzienniczek Próbek Czasowych Brandstaettera. Pierwsza z tych metod dostarczała informacji o stanach emocjonalnych doświadczanych zazwyczaj, a więc była transsytuacyjną oceną procesów afektywnych, natomiast Dzienniczek Próbek Czasowych Brandstaettera dostarczał informacji o samopoczuciu osób badanych w danym momencie.

Ważnym aspektem wpływu emocji na osobę jest to, gdzie upatruje ona źródło sytuacji emocyjnej oraz kogo obarcza odpowiedzialnością za pojawienie się tej sytuacji. Taką właśnie wieloaspektową analizę doznań emocjonalnych umożliwia Dzienniczek Próbek Czasowych. Osoba badana kilka razy dziennie o ściśle określonej, ale zmiennej porze, opisuje samopoczucie doświadczane w tym właśnie momencie, podaje powody swojego samopoczucia. Mogą to być odczucia negatywne, np. jestem niezadowolony z rezultatów mojej pracy, nie wierzę w siebie i swoją wartość lub pozytywne, np. kocham i jestem kochany, cieszę się uznaniem. Źródłem samopoczucia może być sama badana osoba (jej aktywność lub myśli), inni ludzie lub czynniki oto-

czenia (sprzęty, pogoda, obserwowane zdarzenia). Ważnym walorem Dzienniczka jest sposób rejestracji samopoczucia „tu i teraz”, zapobiegający zniekształconej generalizacji, jaką grozi ocena transsytuacyjna dokonywana retrospektywnie i obejmująca szerszy obszar czasowy.

Wyniki badań i ich interpretacja

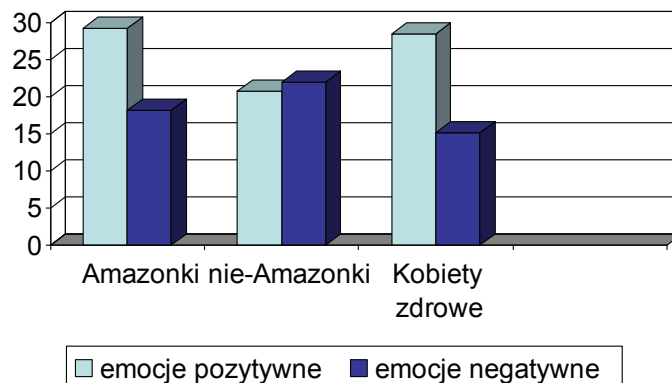
Poziom atrakcyjności seksualnej w subiektywnej ocenie badanych kobiet przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Subiektywna ocena własnej atrakcyjności seksualnej w trzech badanych grupach

Różnice w poczuciu własnej atrakcyjności są bardzo znaczące: $F = 10,33$, $p < 0,00$. Kobiety po amputacji piersi oceniają własną atrakcyjność seksualną dużo niżej niż kobiety zdrowe. Jednakże, mimo pozorów jednomyślności kobiet po amputacji piersi okazuje się, że są istotne różnice między Amazonkami i nie-Amazonkami. Wprawdzie ich poczucie atrakcyjności jest bardzo zbliżone, ale w grupie Amazonek istnieje pozytywna korelacja między czasem, który upłynął od zabiegu a poczuciem własnej atrakcyjności ($r = 0,493$, $p = 0,006$), natomiast nie ma takiej zależności w grupie nie-Amazonek ($r = 0,191$, $p = 0,313$). Oznacza to, że poczucie atrakcyjności seksualnej Amazonek wzrasta wraz z upływem czasu od operacji, natomiast samoocena własnej atrakcyjności nie-Amazonek, mimo upływu czasu, nie ulega zmianie.

Podstawowym wskaźnikiem skuteczności pozytywnej adaptacji kobiet po mastektomii są przeżywane przez nie emocje. Pomiar emocji był dokonywany z podziałem na emocje negatywne i pozytywne.



Rycina 2. Emocje doświadczane przez badane kobiety

Tylko w grupie nie-Amazonek intensywność doświadczanych emocji pozytywnych i negatywnych była zbliżona. W pozostałych dwóch grupach była zdecydowana przewaga emocji pozytywnych i ich nasilenie było wyraźnie wyższe niż w grupie trzeciej ($F = 63,65$, $p < 0,00$). Podobne różnice wystąpiły przy porównaniu emocji negatywnych: ich natężenie było podobne i istotnie niższe w grupie Amazonek i kobiet zdrowych w porównaniu z nie-Amazonekami.

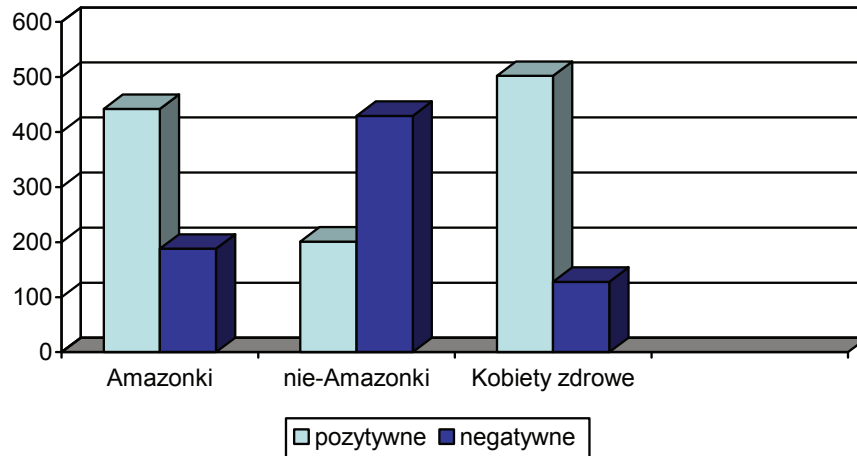
Samopoczucie badanych kobiet było ustalane na podstawie 21 próbek czasowych dla każdej z osób (po 3 pomiary przez 7 dni).

Analiza uzyskanych informacji jest w pełni spójna z doświadczeniami emocjonalnymi. Oznacza to, że w grupie nie-Amazonek przeważa samopoczucie negatywne, jest ono doświadczane w 68% rejestrowanych próbek (pozytywne odpowiednio w 32%). Najczęściej odczuwane emocje to smutek, niepokój, przygnębienie.

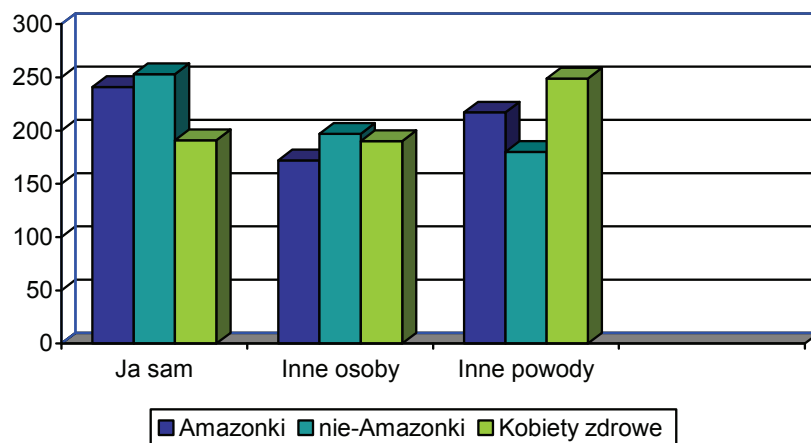
Samopoczucie Amazonek i kobiet zdrowych jest zbliżone: przeważa samopoczucie pozytywne (70% próbek wśród Amazonek i 80% wśród kobiet zdrowych). Najczęściej odczuwane emocje to radość, zadowolenie, spokój.

Powyższa analiza potwierdza bardzo istotne różnice w samopoczuciu kobiet po mastektomii w zależności od tego, czy uczestniczą w grupie wsparcia.

Istotne różnice pojawiają się także przy porównywaniu źródeł doświadczanego samopoczucia.



Rycina 3. Samopoczucie badanych kobiet



Rycina 4. Źródła doświadczanego samopoczucia – analiza danych z Dzienniczka Brandstaettera

Amazonki i nie-Amazonki najczęściej w sobie upatrują źródło doświadczanego samopoczucia, kobiety zdrowe w zdarzeniach zewnętrznych (oglądany film, pogoda): $\chi^2_{(df=4)} = 22,32, p < 0,001$. Jednakże mimo podobieństwa Amazonki i nie-Amazonki bardzo wyraźnie się od siebie różnią. Jak wynika z wcześniejszego wykazu (ryc. 3), samopoczucie pozytywne występuje dwa razy częściej wśród Amazonek w porówna-

niu z nie-Amazonkami, zaś wśród nie-Amazonek dwukrotnie częściej niż nastrój pozytywny pojawia się samopoczucie negatywne. Zatem upatrywanie źródeł samopoczucia w sobie oznacza, że Amazonki w sobie widzą źródło pozytywnego samopoczucia, zaś nie-Amazonki siebie obarczają odpowiedzialnością za negatywny nastrój.

Oto najczęściej wymieniane przyczyny negatywnego i pozytywnego samopoczucia.

Tabela 2. Najczęściej wymieniane przyczyny negatywnego samopoczucia

Przyczyny negatywnego samopoczucia	Amazonki	nie-Amazonki	Kobiety zdrowe
Jestem niezadowolona z rezultatu swojej pracy	2	17	8
Nie wierzę w siebie i swoją wartość	3	24	8
W moim otoczeniu panuje nieporządek i brud	2	29	13
Stanęłam wobec nowego, trudnego zadania	6	48	24

Tabela 3. Najczęściej wymieniane przyczyny pozytywnego samopoczucia

Przyczyny pozytywnego samopoczucia	Amazonki	nie-Amazonki	Kobiety zdrowe
Udało mi się dobrze wykonać pracę	25	6	26
Mogę być razem z innymi ludźmi	25	7	21
Jestem zaspokojona seksualnie	13	2	16
Kocham i jestem kochana	47	15	52
Mogę tu być dla innych ludzi i pomagać im	21	7	6
Nie odczuwam żadnych dolegliwości fizycznych	36	3	6

Amazonki częściej niż nie-Amazonki oraz kobiety zdrowe uznają pomaganie innym za przyczynę pozytywnego nastroju.

Amazonki 3-krotnie częściej niż nie-Amazonki i ponad 4-krotnie częściej niż kobiety zdrowe mają pozytywne samopoczucie, ponieważ nie odczuwają żadnych dolegliwości fizycznych.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na potencjalne możliwości, jakie niesie ze sobą doświadczenie traumy. Prawa wyjaśniające funkcjonowanie emocjonalne jednostki (Frajda, za: Zdankiewicz-Ścigała, Maruszewski, 2000) akcentują dwie skłonności ludzi. Prawo dziewiąte – „minimalnego obciążenia” mówi o tym, że „ilekroć można ocenić sytuację na więcej niż jeden ze sposobów, pojawia się skłonność do takiego jej ujmowania, które minimalizuje jej negatywne obciążenia emocjonalne”. Prawo dziesiąte zaś – „prawo maksymalnego zysku” określa, że „ilekroć można ocenić sytuację na wiele sposobów, to pojawia się tendencja do ujmowania jej w sposób maksymalizujący emocjonalny zysk” (Frajda, za: Zdankiewicz-Ścigała, Maruszewski, 2000, s. 415-416). Tendencje te są szczególnie wyraźne w grupie Amazonek: ujawniają się jako eksponowanie wartości, jaką stała się możliwość przebywania z ludźmi i doświadczania komfortu zdrowia, szczególnie pozytywnie odbieranego przez porównanie do minionych doświadczeń związanych z cierpieniem wywołanym chorobą. Minione traumatyczne doświadczenia stają się korzystnym punktem odniesienia, ponieważ podwyższają rolę doświadczania zdrowia i dobrego samopoczucia. Taka możliwość jednakże w zdecydowanie uboższym zakresie odnosi się do nie-Amazonek. Wydaje się, że czynnikiem, który wyzwala lub wzmacnia pozytywne funkcje przeżytej choroby jest możliwość korzystania z indukcyjnego wpływu innych osób o podobnym doświadczeniu lub budzenie nadziei swoją sytuacją życiową w osobach, które są w toku walki z chorobą. Dość popularny i społecznie wzmacniany mechanizm zamknięcia choroby przez zapomnienie, odcięcie się od mówienia o minionych doświadczeniach według zalecenia „zapomnij”, w świetle przedstawionych badań nie sprzyja pozytywnej adaptacji. Podobny mechanizm można zauważyć w funkcjonowaniu osób, które straciły wzrok. Proces przebaczenia, czyli wycofania się z koncentracji na doznanej krzywdzie sprzyja poprawie jakości życia, a także utrwaleniu (wyuczeniu?) mechanizmu regulacji nastroju poprzez jego podwyższanie.

W powszechnej, potocznej ocenie doświadczenie trwałego uszczerbku zdrowia traktowane jest wyłącznie z perspektywy ograniczeń i negatywnych następstw. Mimo że niewątpliwie negatywne konsekwencje dominują, to przedstawione wyżej badania wskazują na potencjalne pozytywne możliwości, jakie niosą ze sobą tego rodzaju doświadczenia.

Literatura cytowana

- Czapiński, J. (2001). Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: M. Kofta, T. Szutrowa (red.) *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 266-306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- De Walden-Gałuszko, K. (1997). Ocena jakości życia uwarunkowana zdrowiem. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 77-82). Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie.
- Diener, E., Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7(3), 181-185.
- Ford, Ch. (2004). Lying and self deception in health and disease. W: I. Nykliczek, L. Temoshok, A. Vingerhoets (red.) *Emotional expression and health* (s. 9-28). Hove and New York: Brunner-Routledge Taylor & Francis Group.
- Larsen, J. T., Hemenover, S. H.; Norris, C. J., Cacciopo, J. T. (2005). Czerpanie korzyści z niepowodzenia: o cechach współpobudzenia emocji pozytywnych i negatywnych. W: J. Czapiński (red.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach ludzkich* (s. 303-316). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mellibruda, J. (1995). *Pułapka nie wybaczonej krzywdy*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość – stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Olejniczak, K. (2007). *Krzywda – przebaczenie – jakość życia*. Niepublikowana praca magisterska. Uniwersytet Łódzki.
- Sadłowska, M. (2007). *Ocena własnej atrakcyjności fizycznej i samopoczucia kobiet po mastektomii*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Łódzki.
- Seligman, M. E. P. (2005). Psychologia pozytywna. W: J. Czapiński (red.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach ludzkich* (s. 18-32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojcieszke, B. (2003). Skale Regulacji Nastroju. W: M. Marszał-Wiśniewska, T. Klonowicz, M. Fajkowska-Stanik (red.) *Psychologia różnic indywidualnych. Wybrane zagadnienia* (s. 163-179). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zdankiewicz-Ścigała, E., Maruszewski, T. (2000). Teorie emocji. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. II, s. 395-426). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.