

AGNIESZKA KULIK, NATALIA KAJKA
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia KUL

EKSPRESJA EMOCJI A SUBIEKTYWNY STAN ZDROWIA. REGULACYJNA ROLA OCENY KONTROLNEJ U KOBIET

1. EKSPRESJA EMOCJI

Emocje są m.in. przekazem kulturowym dostarczającym sprawdzonych na przestrzeni wieków sposobów adaptacji do sytuacji ważnych dla przeżycia. Zdaniem Sapolsky'ego¹ organizm wyewoluowuje takie sposoby reagowania w zależności od rodzaju sytuacji, które z jednej strony pozwalały na przeżycie, z drugiej – na jak najmniejsze koszty tej adaptacji. Sytuacja zmienia się, kiedy dotychczasowe sposoby działania okazują się być niewystarczające albo niemożliwe do zastosowania.

Emocja pojawia się w wyniku oceny sytuacji na poziomie percepcyjno-motorycznym i poznawczym. Ocena dotyczy następujących aspektów sytuacji: nowości, przyjemności, zgodności z aktualnymi celami/potrzebami, możliwości zaradczych, zgodności z wewnętrznym systemem norm. Stąd na określoną emocję składają się: doświadczenie somatyczne, nazwanie doznań, ekspresja. Emocja występuje, gdy powstała nowa sytuacja jest ważna dla osoby z punktu widzenia jej własnych celów i potrzeb oraz powodowanych konsekwencji: skutków korzystnych czy niekorzystnych. Działanie podjęte w konsekwencji oceny ujawnia rodzaj dokonanej oceny oraz jest wyrazem jej samoakceptacji, zaufania do siebie i gotowości/przyzwolenia na popełnianie błędów².

Emocje pełnią różne funkcje. Zasadniczo są generatorami energii. Poprzez układ nerwowy aktywizują inne układy fizjologiczne w organizmie, wzbudzając potencjał do działania. Pobudzenie energetyczne jest neutralne, dopiero sposób jego spożytkowania może mieć wartość dodatnią lub ujemną. Nieumiejętność wykorzystania energii emocjonalnej może odbywać się na różne sposoby. Jeden dotyczy sytuacji, która była przyczyną jej powstania, zwłaszcza powiązania emocji z sytuacją. Brak takiej świadomości uniemożliwia skierowanie energii na jej zmianę. Innym

¹ Por. R.M. Sapolsky, *Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu*, tłum. M. Guzowska-Dąbrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 11-25.

² Por. L. Golińska, *Emocje: wróg czy przyjaciel*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2002, s. 17.

nieumiejętnym sposobem wykorzystania energii emocjonalnej jest niedopasowanie rodzaju reakcji do charakteru sytuacji. Spożytkowanie energii staje się działaniem chybionym. Jeszcze inną nieumiejętnością jest nasilenie reakcji nieproporcjonalne do wymagań sytuacji. Wydatkowanie energii okazuje się być w takiej sytuacji najczęściej zbyt eksploatujące³. Kiedy nieumiejętne wydatkowanie energii ma charakter chroniczny, organizm jest stale w stanie podwyższonej aktywności. Utrudnia to układom fizjologicznym wykonywanie ich normalnych funkcji i w konsekwencji rozregulowuje ich działanie. Przejawem rozregulowania są objawy somatyczne. Objawy te są odbierane jako sygnały o chorobie i oceniane jako złe samopoczucie⁴.

Koncentracja na cielesnych przejawach emocji wzmacnia ją, co może być odczuwane jako zagrożenie zdrowia. Myśli, nazywając/identyfikując emocje, sprzyjają refleksji, ale też powodują jednostronne widzenie sytuacji, generując określone treści towarzyszące tym okolicznościom⁵. Regulacja nasilenia pobudzenia emocjonalnego może odbywać się na różne sposoby: przepracowanie, tłumienie, unikanie. Różne formy regulacji emocji mogą mieć różne konsekwencje. Tłumienie zmniejsza ekspresję zachowań, ale, nie zmniejszając nasilenia doświadczanych emocji, może nasilać fizjologiczną reakcję służącą do wyrażenia tego doświadczenia. Zarówno tłumienie, jak i ponowna ocena rzeczywistości zmniejsza nasilenie reakcji, ale tłumienie zwiększa aktywację układu współczulnego⁶.

Zgodnie z prawem hedonistycznej asymetrii, większą siłą wzbudzeniową i dłuższy czas trwania mają emocje negatywne. Jedną z podstawowych emocji negatywnych, powszechnie występujących, jest gniew, kojarzony ze złością, furią⁷. Gniew jest doświadczeniem emocjonalnym, które rodzi się w wyniku interpretacji sytuacji interpersonalnej pod kątem doznania krzywdy lub zranienia, poniesienia straty czy naruszenia indywidualnych granic⁸.

Eksterioryzacja gniewu może mieć formę agresji fizycznej lub werbalnej, bezpośredniej lub pośredniej, zaś jego uwewnętrznianie – formę kontrolowaną lub tłumioną. Z jednej strony, częsta eksterioryzacja gniewu może być kosztem, z drugiej, ceną za funkcjonowanie psychospołeczne i zdrowie fizyczne czy ogólnie – za jakość życia. Zarówno jedno, jak i drugie rozwiązanie nie jest satysfakcjonujące. Natomiast badania automatyzmu regulacji gniewu pokazują, że uniknięcie świadomej kontroli emocji umożliwia uniknięcie negatywnych następstw⁹.

³ Por. Z. Ratajczak, *Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne*, w: *Człowiek w sytuacji stresu*, red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 65-87.

⁴ Por. K. Schier, *Bez tchu i bez słowa. więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*, GWP, Gdańsk 2005, s. 15-50.

⁵ Por. L. Golińska, *Emocje ...*, s. 21-22.

⁶ Por. J.J. Gross, *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*, *Psychophysiology* 39(2002), s. 281-291.

⁷ Por. Z. Zaleski, *Czy złość jest zła?*, w: *Oblicza złości. Perspektywa psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów*, red. B. Bereza, Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2012, s. 11-21.

⁸ Por. J.R. Averill, *Anger and Aggression. An Essay on Emotion*, Springer-Verlag, New York-Berlin 2012, s. 101.

⁹ Por. I.B. Mauss, C. L. Cook, J.J. Gross, *Automatic emotion regulation during anger provocation*,

Badania nad gniewem pokazują, że wyrażanie go wykazuje związek z zachowaniami typu A, samooceną, cechami osobowości, hierarchią potrzeb, poczuciem skuteczności, subiektywną oceną stanu zdrowia¹⁰. Występowanie nasilonych reakcji tłumienia gniewu jest istotnym predyktorem chorób układu krążenia¹¹. Gniew, obok wrogości, jest związany z większą niż inne emocje negatywne liczbą incydentów kardiologicznych zarówno wśród osób zdrowych, jak i w grupie ryzyka¹².

2. SUBIEKTYWNE POSTRZEGANY STAN ZDROWIA

Z emocjami nierozzerwalnie związane jest zdrowie. W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka definicji zdrowia, w których zwraca się uwagę na: 1) różne wymiary funkcjonowania człowieka (biomedyczna, biopsychospołeczna, holistyczna, socjoekonomiczna), 2) cel (dyspozycja do rozwoju i adaptacji, wartość), 3) podejście systemowe (proces dynamicznej równowagi), 4) promocję zdrowia (podejście biomedyczne, behawioralne, społeczno-środowiskowe)¹³. Każda z koncepcji zdrowia może być sformułowana w dwojaki sposób ze względu na: 1) podmiot orzekający o stanie zdrowia (specjalista, laik), 2) rodzaj wydanej oceny stanu zdrowia (obiektywna, subiektywna). Dzięki ścieraniu się różnych poglądów wiadomo, że ciało i umysł formułują podstawę do rozumienia zdrowia i choroby, na które mają wpływ czynniki zarówno psychologiczne, jak i społeczne. Zdrowie może być ujmowane w perspektywie zarówno subiektywnej, jak i obiektywnej, a jego ocena kształtuje się wraz z wiekiem i doświadczeniami.

Doświadczenie zdrowia jest częścią doświadczenia egzystencjalnego, uwzględniającego złożone relacje między osobą a otoczeniem. Świadomość własnego stanu zdrowia jest wynikiem interioryzacji informacji o sobie i środowisku. Proces ten zachodzi w czasie.

Percepcja symptomów jest czymś więcej niż tylko prostą obserwacją stanów fizjologicznych własnego organizmu. Znane są sytuacje, kiedy to osoba doświadczająca urazu czy choroby zdaje się nie dostrzegać jej symptomów czy bólu. Taka sytuacja – dobra ocena własnego stanu zdrowia przy słabych wynikach badań me-

Journal of Experimental Social Psychology 43(2007), s. 698-711.

¹⁰ Por. K. Litwińska-Rączka, *Złość w psychoterapii*, w: *Oblicza złości ...*, s. 304-328; O. Metryka, *Subiektywnie postrzegany stan zdrowia w świetle poczucia własnej wartości i ekspresji złości* (niepublikowany maszynopis), Katedra Psychoterapii i Psychologii KUL, Lublin 2013; A. Suchańska, *Złość na siebie. Źródła – mechanizmy – konsekwencje*, w: *Oblicza złości ...*, s. 22-38; M.M. Turner, *Using emotion in risk communication: The Anger Activism Model*, *Public Relations Review* 33(2007), s. 114-119.

¹¹ Por. D. Włodarczyk, K. Wrześniewski, *Depresja i wrogość a ocena sytuacji i strategie radzenia sobie u chorych po zawale serca*, w: *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*, red. K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk, BEL Studia Sp. z o.o., Warszawa 2004, s. 54-70.

¹² Por. Y. Chida, A. Steptoe, *The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence*, *Journal of American College of Cardiology* 53(2009)11, s. 936-46.

¹³ Por. tamże, s. 46-60; K. Krajewski Siuda, K. Kaczmarek, *Promocja zdrowia oparta na dowodach*, *Przeгляд Epidemiologiczny* 60(2006)4, s. 823-833.

dycznych – określana jest w literaturze jako ‘paradoks zdrowia’. Występuje również sytuacja zwana ‘paradoksem choroby’, kiedy osoba przypisuje sobie poważną chorobę przy dobrych wynikach badań¹⁴. Ta ostatnia sytuacja często występuje w kontekście zespołów medycznie niewyjaśnianych¹⁵. Według literatury przedmiotu, około 15% pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu i około 50% pacjentów chorych przewlekłe doświadczają uporczywych objawów fizycznych, które nie mają uzasadnienia medycznego, są często związane z wysokim poziomem dystresu, ograniczoną sprawnością, zużyciem zasobów zdrowia. Według badaczy, dla wielu osób doświadczane symptomy są częścią normalności, większość nie posiada jasnej diagnozy medycznej i nie korzysta z pomocy lekarskiej¹⁶.

Okazuje się, że czynniki medyczne nie są jedynymi wyznacznikami subiektywnie postrzeganego stanu zdrowia. Istotną rolę pełnią zachowania i przekonania zdrowotne¹⁷. Zachowania zdrowotne są celowymi formami aktywności osoby, będącymi wynikiem jej obiektywnej wiedzy i subiektywnych przekonań na temat zdrowia. Są istotnym elementem stylu życia, jaki podejmuje osoba¹⁸. Od tego zaś zależy, w którym miejscu na kontinuum zdrowie-choroba znajduje się dana osoba. Zachowania zdrowotne z kolei same zależą od indywidualnych przekonań zdrowotnych. Elementy składowe przekonań zdrowotnych to: system przekonań i doświadczenie indywidualne. Odpowiadają one m.in. za subiektywną ocenę zdrowia przez nadanie znaczenia sytuacji psychologicznej w reprezentacji rzeczywistości. Postrzeganie i nadawanie znaczeń doświadczeniom indywidualnym związanym ze zdrowiem zależy zaś od czynników psychologicznych tj.: lokalizacji poczucia kontroli i związanego z nią przekonania o możliwości wpływu na zdrowie, poczucia sprawstwa, wiedzy o czynnikach wpływających na zdrowie, celów osobistych, określonych wzorców zachowań¹⁹. W umyśle osoby powstaje obraz własnego zdrowia. Może mieć charakter stabilny (ujęcie poznawcze) lub dynamiczny (ujęcie społeczne). Istotnym wyznacznikiem jest także ocena roli zdrowia w podejmowanej aktywności rozwojowej (zasoby do działania, pozbawienie przywilejów) oraz ocena społecznych konsekwencji zdrowia/choroby pod kątem aktywności spo-

¹⁴ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, s. 54.

¹⁵ Główne cechy zespołów medycznie niewyjaśnianych to: 1) skargi somatyczne, sugerujące poważną chorobę, dla których brak zmian patologicznych tłumaczących objawy lub których nasilenie nie jest adekwatne do występującego procesu chorobowego; 2) wystąpienie zaburzenia pozostaje w związku i jest podtrzymywane przez czynniki psychologiczne, w tym konflikty, pełnienie roli chorego, zapewnienie sobie opieki; 3) brak kontroli nad objawami somatycznymi i nadmierna koncentracja na zdrowiu. Por. A. Kulik, *Kulturowe uwarunkowania zespołów medycznie niewyjaśnianych na przykładzie przewlekłego zmęczenia*, *Sztuka Leczenia* (2013)1-2, s. 33-40.

¹⁶ Por. F. Creed, P. Henningsen, P. Fink, *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*, University Press, Cambridge 2011, s. 1-4.

¹⁷ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia ...*, s. 91-121.

¹⁸ Wg raportu Lalonde’a, największy wkład w ocenę zdrowia ma styl życia, obok czynników genetycznych, środowiska i organizacji opieki zdrowia. Por. M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Minister of National Health and Welfare, Ontario 1974.

¹⁹ Por. M. Gacek, *Subiektywna ocena zdrowia młodzieży akademickiej w zależności od niektórych cech osobowości*, *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin-Polonia* (2003)59,

łecznych²⁰. Subiektywnie postrzegany stan zdrowia zatem to świadomość własnego stanu zdrowia (świadomość zdrowotna).

Przy omawianiu subiektywnej oceny stanu zdrowia nie sposób pominąć różnic związanych z płcią. Zasadniczo więcej kobiet niż mężczyzn, niezależnie od wieku, zgłasza różne dolegliwości bólowe (zwłaszcza o charakterze przewlekłym), co wiąże się m.in. ze sposobem ujawniania się objawów, większą łatwością uzewnętrzania i społecznym przyzwoleniem oraz różnicami fizjologicznymi wpływającymi na percepcję symptomów²¹.

3. OCENA KONTROLNA – EMOCJE MORALNE

W kontekście relacji: ekspresja emocji gniewu a subiektywna ocena stanu zdrowia, pojawia się zagadnienie osobistej odpowiedzialności za postępowanie zgodnie z wewnętrznymi normami. Z drugiej strony, istnieje społeczne oczekiwanie odpowiedniej reakcji w określonej sytuacji. Istotną rolę w sytuacji regulacji ludzkich uczuć, myśli i zachowań w sytuacjach społecznych i interpersonalnych, motywowaniu do wysiłku i realizacji dążeń odgrywają emocje moralne. Nie mają tak uniwersalnego charakteru jak emocje podstawowe, bowiem sposoby ich doświadczania i konsekwencje są zróżnicowane kulturowo. Ich aktywizacja wymaga samoświadomości, zdolności do tworzenia stabilnych autoreprezentacji i autorefleksji. Należy do nich m.in. poczucie winy.

Poczucie winy rozumiane jest jako stan wywołany przez świadomość przekroczenia wewnętrznych norm. Jeżeli zachowanie odbiega od oczekiwań, osobę spotyka negatywna ocena, która uruchamia tendencję do aktywności zmniejszającej koszty emocjonalne i zabezpieczającej przed przeżywaniem poczucia winy. Poczucie winy pełni rolę więc emocji kontrolującej, czy postępowanie jest zgodne z wewnętrznymi standardami²². Wiąże się ze świadomością złamania norm, pojawia się w kontekście interpersonalnymi wymagadokonywaniaatrybucjiwewnętrznych²³. Charakteryzowane jest w kontekście odpowiedzialności, przeproszenia i obwiniania siebie jako wynik przekroczenia granicy z powodu naruszenia czyjegoś zaufania, w wyniku którego nastąpiła krzywda innej osoby.

Doświadczenie poczucia winy może mieć dwojakie konsekwencje: 1) prowadzi, ze względu na skutki, jakie zachowanie wywarło, do zmiany kierunku koncentracji

s. 1-5; P.K. Oleś, *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011, s. 15; E. Sokołowska, L. Zabłocka- Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka, *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2015, s. 12-22; K. Wrześniewski, *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk 2001, s. 450-456.

²⁰ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia ...*, s. 111.

²¹ Por. A. Kulik, *Zmęczenie przewlekłe u nastolatków. Charakterystyka psychologiczna*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, s. 72-73.

²² Por. L. Golińska, *Emocje ...*, s. 59-61.

²³ Por. A. Kleszczewska-Albińska, R. Albiński, *Wstyd i poczucie winy w teorii i badaniach*, *Psychologia Jakości Życia* 8(2009)1, s. 83-100.

uwagi z siebie na innych, do wzrostu empatii, do poczucia kontroli nad niewłaściwymi czynami, hamuje agresję i zachowania destrukcyjne, motywuje do przywrócenia naruszonej harmonii; 2) sprawia trudność osobie, ponieważ uświadomienie naruszenia własnych norm może skutkować wycofaniem społecznym i nasileniem objawów psychopatologicznych. Ze względu na konsekwencje, poczucie winy traktowane jest jako: 1) efekt socjalizacji (hamowanie zachowań aspołecznych i motywowanie do zadośćuczynienia), 2) objaw psychopatologiczny (funkcja karząca). Ponadto Strus²⁴ proponuje przyjęcie dwóch rodzajów poczucia winy: 1) specyficzne poczucie winy – reakcja emocjonalna powstająca w wyniku negatywnej oceny własnego zachowania, motywująca do jego naprawy, związana z przeproszeniem, ma charakter funkcjonalny (hamuje zachowania aspołeczne, sprzyja postawom moralnym, poprawia relacje interpersonalne), 2) globalne poczucie winy – reakcja emocjonalna, której źródłem są własne wady, prowadząca do negatywnej oceny siebie, ma charakter chroniczny, dezadaptacyjny (zawiera autoagresję, uruchamia mechanizmy obronne).

W poczuciu winy zawierają się takie charakterystyki jak: wstyd²⁵, żal, niepokój, negatywna samoocena. Predysponuje do zachowań prospołecznych, kompensacyjnych, zwłaszcza u kobiet²⁶, bowiem – wg Berndsen i Manstead²⁷ – pojawienie się zakłócenia harmonii osoba wiąże z własną uprzednią odpowiedzialnością. Tłumienie zaś poczucia winy prowadzi do zachowań antyspołecznych²⁸.

4. OCENA KONTROLNA – POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI

Przedmiotem oceny jest realizacja celów osobistych, których ranga określona jest na drabinie społecznej i których realizacja maksymalizuje przyjemności i minimalizuje przykrości. Poczucie własnej wartości wyraża globalną samoocenę, samoakceptację, stopień zaufania do swoich umiejętności i możliwości, dążenie do przeżywania siebie jako osoby godnej szacunku, potrzebę wzrostu²⁹. Poczucie własnej wartości zależy od czynników wewnętrznych, środowiska, wykazuje związek z wiekiem i statusem socjoekonomicznym, jest podatne na zmianę³⁰.

²⁴ Por. W. Strus, *Skala uczuć moralnych (SUM) – konstrukcja i właściwości psychometryczne*, Studia Psychologica UKSW 10(2010), s. 273-313.

²⁵ Poczucie winy i wstyd są przez niektórych badaczy traktowane jako synonimy (np. Mosher), przez innych jako niezależne zjawiska psychiczne (np. Strus); por. J.P. Tangney, J. Stuewig, D.J. Mashek, *Moral Emotions and Moral Behavior*, Annual Review of Psychology 58(2007), s. 345-372; J.L. Tracy, R.W. Robins, *Putting the Self Into Self-Conscious Emotions; A Theoretical Model*, Psychological Inquiry 15(2004)2, s. 103-125; P.O. Żylicz, A. Grochowska, *Wina i Wstyd w Sferze Seksualności – pierwszy etap konstrukcji narzędzia*, Seksuologia Polska 3(2005)1, s. 1-7.

²⁶ Por. P.O. Żylicz, A. Grochowska, *Wina i Wstyd...*, s. 2.

²⁷ Por. M. Berndsen, A.S.R. Manstead, *On the relationship between responsibility and guilt: antecedent appraisal or elaborated appraisal?*, European Journal of Social Psychology 37(2007) 4, s. 774-792.

²⁸ Por. J.P. Tangney, J. Stuewig, D.J. Mashek, *Moral Emotions...*, s. 354.

²⁹ Por. A. Kulik, *Zmęczenie ...*, s. 119-125.

³⁰ Por. M.T. Gailliot, R.F. Baumeister, *Self-esteem, belongingness, and worldview validation: Does belongingness exert a unique influence upon self-esteem?*, Journal of Research in Personality 41(2007), s. 327-345; L.K.A. Råty, G. Larsson, B.A. Söderfeldt, B.M.W. Larsson, *Psychosocial aspects of health in*

Poczucie własnej wartości może być: autentyczne (osoby mają poczucie wartości) i obronne (negatywne samopoczucie z sobą samym), pewne i zależne od specyficznych standardów lub doświadczeń, doświadczane emocjonalnie lub intelektualnie³¹. Poczucie własnej wartości, zarówno niskie, jak i wysokie, może odznaczać się różną stabilnością. Indywidualne różnice w stabilności poczucia własnej wartości mają związek z percepcją zdarzeń. Osoby z wysokim stabilnym poczuciem własnej wartości, w porównaniu do osób z niestabilnym, ujawniają większe prawdopodobieństwo reakcji odpornych na zagrożenie. Motywacja do umocnienia poczucia własnej wartości, ustabilizowania, wynikająca z jego niestabilności, niepewności jest elementem stymulującym do agresji³². Dążenie do „dowartościowania siebie” może – według Kozielleckiego³³ – przejawiać się jako dążenie do wyższości (zależne od oceny innych) lub dążenie do perfekcji (zależne od oceny własnej). Crocker i Knight³⁴ pokazują, że poczucie własnej wartości oparte na ocenie innych pociąga za sobą koszty psychiczne.

5. CEL I PYTANIA BADAWCZE

Wydaje się, że nie ma prostego przełożenia nasilenia czy kierunku ekspresji gniewu na rozmiar i rodzaj konsekwencji zdrowotnych. Dobre funkcjonowanie organizmu jest jednym z aspektów subiektywnej oceny zdrowia obok dobrostanu psychicznego, dobrego funkcjonowania społecznego i dążenia do nadawania sensu i realizacji istotnych dla osoby wartości³⁵. Dobre samopoczucie jest rezultatem zarówno postrzegania własnego ciała, jak i wynik autoprezentacji osoby. Ważnym punktem odniesienia są wartości indywidualne i grup społecznych, bowiem elementem identyfikacji emocji jest nadanie znaczenia, które zawsze odbywa się w kontekście określonych wartości. Ekspresja gniewu ma różną wartość w różnych kontekstach kulturowych, stąd jej konsekwencje emocjonalne i wegetatywne też są różne³⁶.

O wartości ekspresji emocji dla subiektywnej oceny zdrowia decydować może ocena tej reakcji wg określonych kryteriów: 1) realizacji zadań (na ile umożliwia

adolescence: the influence of gender, and general self-concept, Journal of Adolescent Health 36(2005), s. 530.e21-530.e28.

³¹ Por. C.S. Dweck, *Self-Theories. Their Role in Motivation, Personality, and Development*, Psychology Press, Philadelphia 2000, s. 44-50.

³² Por. E.M. Cale, S.O. Lilienfeld, *Psychopathy Factors and Risk for Aggressive Behavior: A Test of the "Threatened Egotism" Hypothesis*, Law and Human Behavior 30(2006)1, s. 51-74.

³³ Por. J. Koziellecki, *Psychotransgresjonizm. Nowy kierunek psychologii*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 22.

³⁴ Por. J. Crocker, K.M. Knight, *Contingencies of Self-Worth*, Current Directions in Psychological Science 14(2005)4, s. 200-203.

³⁵ Por. D. Seredyńska, *Orientacje zdrowotne dorosłych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009, s. 132.

³⁶ Por. I.B. Mauss, E.A. Butler, *Cultural context moderates the relationship between emotion control values and cardiovascular challenge versus threat responses*, Biological Psychology 84(2010), s. 521-530.

osiągnięcie zamierzonego celu), 2) słuszności moralnej czynu (na ile jest zgodny z kodeksem wewnętrznym). Pierwsze kryterium odnosi się do poczucia własnej wartości, drugie – do poczucia winy.

Osoby z różnym nasileniem poczucia własnej wartości różnie oceniają także swoje zdrowie. Poczucie własnej wartości może być potencjalnym moderatorem związku negatywnych emocji ze stanem zdrowia: 1) poprawia funkcjonowanie osób w różnych obszarach aktywności zadaniowej i społecznej, inicjatywy i samopoczucia – wiąże się z wrażliwością percepcyjną, efektywnością samokontroli³⁷, 2) ma bezpośredni wpływ na poziom oceny negatywnych zdarzeń, wyzwań lub zagrożeń; ten drugi rodzaj oceny jest związany z wpływem na zdrowie – prowadzi do minimalizacji pozytywnych i maksymalizacji negatywnych informacji, 3) ma wpływ na funkcjonowanie systemu odpornościowego przez tendencję do określonego rodzaju doświadczanych emocji; długotrwałe doświadczanie negatywnych emocji prowadzi do generalizacji i utrwalania negatywnych przekonań na swój temat oraz przyczynia się do zwiększonej wrażliwości i emocjonalnych, neuroendokrynych i immunologicznych trudności³⁸, 4) nie chroni przed zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia³⁹. Z jednej strony, poczucie własnej wartości jest czynnikiem ochronnym zdrowia, z drugiej – czynnikiem ryzyka.

Również badania nad zdrowotnymi konsekwencjami poczucia winy nie przedstawiają jednoznacznego konsensusu. W różnych kontekstach sytuacyjnych może ono pełnić w stosunku do subiektywnie postrzeganego stanu zdrowia różne role: pozytywną lub negatywną.

Celem prezentowanych badań jest odpowiedź na pytanie: Kiedy i jaka ekspresja gniewu jest korzystna dla subiektywnej oceny zdrowia (dobrego samopoczucia)? Ze względu na różnice związane z płcią, analizy te zawężono do kobiet. Cele szczegółowe zawierają się w następujących pytaniach: 1) Jaki jest poziom zdrowia u kobiet w świetle ich subiektywnej oceny?, 2) Jakie kierunki ekspresji gniewu występują u kobiet i jakie jest ich nasilenie?, 3) Jaki jest związek ekspresji gniewu z subiektywną oceną zdrowia kobiet?, 4) Jaką rolę w tej relacji pełnią oceny związane z poczuciem winy i poczuciem własnej wartości?

Zmienną wyjaśnianą jest stan zdrowia. Zmiennymi wyjaśniającymi są: ekspresja gniewu, poczucie winy i poczucie własnej wartości.

³⁷ Por. R.F. Baumeister, J.D. Campbell, J.I. Kreuger, K.D. Vohs, *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?*, *Psychological Science in Public Interest* 4(2003)1, s. 1-44; L.K.A. Rätty, G. Larsson, B.A. Söderfeldt, B.M.W. Larsson, *Psychosocial aspects...*, s. 530.e21-22.

³⁸ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia ...*, s. 190-193.

³⁹ Por. R.F. Baumeister, J.D. Campbell, J.I. Kreuger, K.D. Vohs, *Does high self-esteem...*, s. 1-44.

6. MATERIAŁ I METODY

6.1. Grupa

Przebadano 200 studentów w wieku 20-30 lat. Odrzucono wyniki pochodzące od mężczyzn i osób powyżej 24 r.ż. oraz arkusze z brakami danych – kryterium wyłączenia stanowił wiek, płeć i nieprawidłowe wypełnienie testu. Do analiz uwzględniono wyniki od 141 kobiet w wieku od 20 do 24 lat ($M=21,01$ $SD=1,03$). Badaniami objęto młodzież na kierunku prawa i psychologii⁴⁰. Badane pochodziły zarówno ze wsi (35,5%), miasta do 100 tys. mieszkańców (39,7%), jak i miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (24,8%). Aktualnie większość (76,6%) mieszka w mieście powyżej 100 tys. Mieszkańców, a pozostałe w mniejszych miejscowościach. Badania były dobrowolne, anonimowe, grupowe, przeprowadzone podczas zajęć za zgodą osób prowadzących.

6.2. Narzędzia

Do badania ekspresji gniewu, zarówno w aspekcie kierunku, jak i nasilenia, zastosowano Skalę Ekspresji Gniewu (SEG) N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego⁴¹. Narzędzie składa się z dwóch podskal, po 10 itemów (złość kierowana do wewnątrz, złość kierowana na zewnątrz). Każdy item jest oceniany od 1 'nigdy' do 5 'zawsze'. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie reakcji. Wartość psychometryczna narzędzia jest zadowalająca. Współczynnik rzetelności znajduje się w zakresie od 0,73 do 0,83 (gniew kierowany na zewnątrz) i 0,67 do 0,84 (gniew kierowany do wewnątrz).

Do badania subiektywnego stanu zdrowia zastosowano pytanie: Jak oceniasz swoje zdrowie, rozumiane całościowo jako dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny? (SOZ) Osoba badana udziela odpowiedzi, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi: bardzo złe (1), złe (2), umiarkowane (3), dobre (4), bardzo dobre (5).

Do badania poczucia własnej wartości zastosowano Skalę Samooceny (SES) M. Rosenberga (1965), w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny⁴². Narzędzie składa się z 10 stwierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza 'zdecydowanie zgadzam się', a 4 'zdecydowanie nie zgadzam się'. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej wartości. Właściwości psychometryczne polskiej wersji skali zostały uznane za wysokie. Współczynnik alpha Cronbacha wynosi 0,81-0,83. Trafność narzędzia jest zadowalająca.

⁴⁰ Badania prowadzone były przez uczestników proseminarium (A. Maj i O. Metryka) w roku 2013.

⁴¹ N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Skala Ekspresji Gniewu – SEG*, w: *Narzędzia Pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, red. Z. Juczyński, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, s. 47-54.

⁴² I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, *Samoocena autentyczna – co ukrywamy sami przed sobą*, Academica, Warszawa 2008.

Do badania poczucia winy zastosowano Kwestionariusz Poczucia Winy (KPW) M. Kofty, M. Ignaczak i J. Brzezińskiego⁴³. Metoda składa się z 42 niedokończonych twierdzeń. Badany ma za zadanie wybór jednej z dwóch odpowiedzi (A lub B). Im wyższy wynik tym wyższy wskaźnik poczucia winy. Rzetelność kwestionariusza wynosi 0,92, a jego trafność 0,57.

6.3. Analiza statystyczna

Analiza statystyczna została przeprowadzona w programie SPSS z wykorzystaniem statystyk opisowych (M, SD, Me, zakres wyników), testu do oceny normalności rozkładu W Shapiro-Wilka oraz testu do oceny siły związku między zmiennymi Rho Spearmana. Testy nieparametryczne zastosowano z uwagi na rozkład wyników nie spełniający założenia o normalności. Następnie przeprowadzono standaryzację wyników (Zstand.), ponieważ wyrażone były w różnych jednostkach i zastosowano analizę skupień metodą k-średnich. Do porównań między wynikami średnimi w skupieniach wykorzystano ANOVA, a do testów post hoc – Test Dunetta T3. Przyjęto maksymalny poziom istotności $p=0,05$.

7. WYNIKI BADAŃ

Analizę wyników badań kobiet w wieku 20-24 lat rozpoczyna analiza opisowa i analiza normalności rozkładu wyników. Dane prezentowane są w tabeli 1.

Tabela 1. Wyniki opisowe i normalności rozkładu uzyskane w badaniu skalami: SES, PW, SEG i odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę zdrowia.

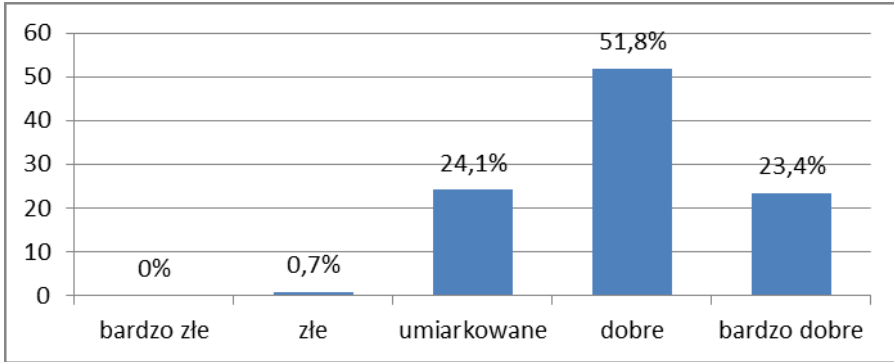
SKALE	M	SD	Me	Min-Max	W	df	p
SOZ	3,98	0,71	4	2-5	0,822	141	0,000
SES	29,57	5,06	29	14-40	0,983	141	0,076
KPW	30,40	6,82	32	5-41	0,938	141	0,000
SEG-Z	32,50	5,11	32	21-44	0,986	141	0,145
SEG-W	26,76	5,34	27	16-41	0,985	141	0,127

Z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że rozkład wyników w prezentowanych badaniach odbiega od rozkładu normalnego dla skali KPW i SOZ. Rozkład wyników w Skali Poczucia Winy jest lewoskośny i leptokurtyczny. Rozkład odpowiedzi na pytanie badawcze wskazuje na występowanie wyników skrajnych. W odniesieniu do tych narzędzi, miary centralne wskazują na podniesione wyniki uzyskane przez badane kobiety oraz większą koncentrację wyników wokół średniej. Rozkłady wyników w pozostałych skalach są zbliżone do normalnego.

⁴³ M. Kofta, J. Brzeziński, M. Ignaczak, *Konstrukcja i charakterystyka psychometryczna kwestionariusza poczucia winy (KPW)*, *Studia Psychologiczne* 16(1977), s. 93-113.

Kolejnym krokiem analizy wyników jest przedstawienie wyników oceny subiektywnego stanu zdrowia kobiet. Wskaźniki procentowe przedstawione są na rysunku 1.

Rys. 1. Wyniki częstości odpowiedzi (%) na pytanie dotyczące subiektywnej oceny zdrowia kobiet.



Najwięcej kobiet ocenia swoje zdrowie w kategorii 'dobre'. Następną grupę stanowią kobiety dokonujące ocen stanu zdrowia jako 'przeciętne' i jako 'bardzo dobre'. Nie zaobserwowano ocen bardzo negatywnych. Tylko jedna osoba na 141 oceniła swoje zdrowie jako złe. Przeciętna ocena subiektywna stanu zdrowia jest dobra i wskazuje na dobre samopoczucie badanych kobiet w aspekcie zdrowia biopsychospołecznego.

W oparciu o wyniki zaprezentowane w tabeli 1 można wskazać, że u kobiet występuje gniew skierowany na zewnątrz i gniew skierowany do wewnątrz. Nasilenie gniewu zewnętrznego jest podwyższone, zaś nasilenie gniewu wewnętrznego mieści się w granicach przeciętnych. W badanej grupie obserwuje się większe nasilenie gniewu zewnętrznego niż wewnętrznego. Oznacza to, że badane kobiety ujawniają większą skłonność do reakcji agresywnych niż do uwewnętrzniania gniewu.

Dla oceny związku ekspresji gniewu z subiektywną oceną stanu zdrowia zastosowano analizę korelacji. Wyniki przedstawione są w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki korelacji (*Rho* Spearmana) między SOZ, PW, SES, SEG.

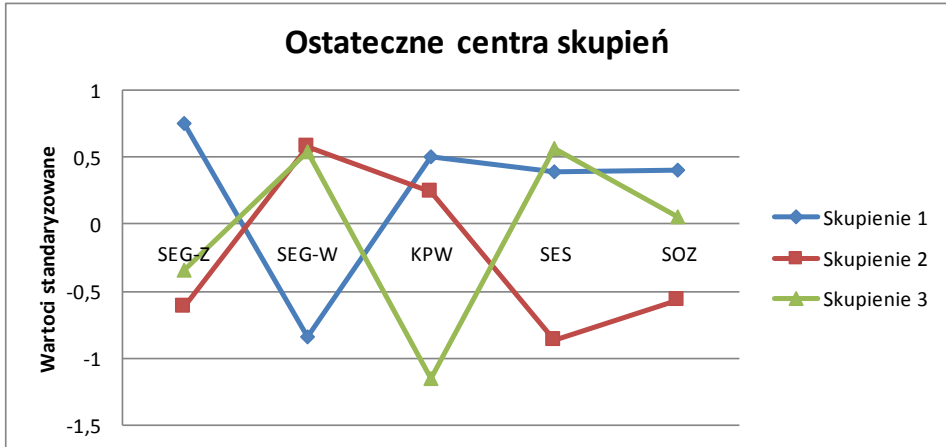
	STATYSTYKI	SES	KPW	SEG-Z	SEG-W
SOZ	<i>Rho</i>	0,393	0,063	0,118	-0,219
	<i>p</i>	0,000	n.i.	n.i.	0,009

Na podstawie tabeli 2 można stwierdzić, że korelacje między analizowanymi zmiennymi są w przedziale słabe do umiarkowane. Istotne korelacje zachodzą między SOZ a wynikami skali SES ($Rho=0,393$ $p=0,000$; korelacja umiarkowana, dodatnia) i wynikami skali SEG-W ($Rho=-0,219$ $p=0,009$; korelacja słaba, ujemna). Oznacza to, że tym lepsza subiektywna ocena stanu zdrowia, im większe na-

silenie poczucia własnej wartości oraz im mniejsze natężenie gniewu kierowanego do wewnątrz. W przypadku skali KPW i SEG-Z nie zaobserwowano istotnych zależności wyników z subiektywną oceną stanu zdrowia.

W celu określenia typu subiektywnej oceny zdrowia w kontekście gniewu i określenia funkcji ocen kontrolnych zastosowano analizę skupień. Jej wyniki są graficznie zaprezentowane na rys. 2.

Rys. 2. Typy subiektywnej oceny zdrowia u kobiet – analiza zależności między zmiennymi.



Przeprowadzone analizy pozwoliły na wyodrębnienie 3 skupień (rys. 2):

1) pozytywna subiektywna ocena zdrowia przy nasilonym przeżywaniu gniewu zewnętrznego i nasilonych: poczuciu własnej wartości oraz poczuciu winy (N=58);

2) negatywna subiektywna ocena zdrowia, której towarzyszy nasilenie gniewu wewnętrznego i poczucia winy (N=48);

3) pozytywna subiektywna ocena zdrowia, której towarzyszy gniew wewnętrzny i nasilone poczucie własnej wartości (N=35).

Wyodrębnione skupienia stanowią podstawę typologii dla subiektywnej oceny stanu zdrowia kobiet. Badania pokazują, że nasilona ekspresja gniewu nie pełni u kobiet funkcji negatywnej, o ile jest regulowana przez emocje związane z kontrolą; w przypadku gniewu zewnętrznego istotną rolę odgrywa poczucie własnej wartości i poczucie winy, w przypadku gniewu wewnętrznego – kobiety mogą doświadczać pozytywnego samopoczucia przy wysokim poczuciu własnej wartości i niskim poczuciu winy. Również tłumienie gniewu nie predysponuje do negatywnej oceny stanu zdrowia, jeśli osoba będzie charakteryzować się wysokim poczuciem własnej wartości.

8. OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki dotyczące oceny stanu zdrowia dokonywanego subiektywnie przez kobiety pokazują, że dysponują one dobrymi zasobami zdrowotnymi. Dane te znajdują potwierdzenie w literaturze. Oczywiście można się zastanawiać, na ile ta ocena odzwierciedla realną sytuację, a na ile jest wynikiem bardziej optymistycznego podejścia do zdrowia młodego pokolenia czy też większej świadomości zdrowotnej kobiet. Należy także wziąć pod uwagę, że ocena jest uwarunkowana cechami osobowości. Z dobrą oceną zdrowia u studentek wiąże się wewnętrzność, ekstrawersja, stabilność emocjonalna i niska reaktywność w grupie⁴⁴. Cechy te są też charakterystyczne dla osób z wysokim poczuciem wartości.

Znaczenie negatywnych emocji dla samopoczucia kobiet pokazuje ich związek z ocenami kontrolnymi. Doświadczenie ekspresji gniewu (bez względu na kierunek) zapewnia dobre samopoczucie, kiedy wiąże się z osiąganiem ważnych celów. Buduje wtedy przekonanie o własnych kompetencjach i innych istotnych dla osoby wymiarach funkcjonowania. Dla utrzymania tego stanu zależności ważne jest także, by w przypadku, kiedy kobieta okazuje gniew na zewnątrz, jej agresja była oceniana sytuacyjnie. Reakcja emocjonalna powstająca w wyniku negatywnej oceny własnego zachowania będzie motywowała ją wtedy do jego naprawy, a poczucie własnej wartości dostarczy przekonania o możliwościach poradzenia sobie z niewygodną sytuacją. Natomiast, kiedy kobieta podejmuje trud uwewnętrznienia gniewu i ocenia swoje działanie jako zgodne z wewnętrznymi standardami zapewniającymi jej dobre mniemanie o sobie, również odczuwa dobre samopoczucie.

Turner⁴⁵ wyróżnia cztery grupy osób reagujących w różny sposób gniewem: działacz, uprawniony, gniewny i obojętny w zależności od poczucia skuteczności. O ile zaangażowanie 'działacza' daje możliwość ukierunkowania jego gniewu na realizację celu, to w przypadku braku poczucia kontroli 'gniewnego' gniew może nasilać negatywne emocje. Dyskomfort, który się pojawia w tym drugim przypadku, jest wynikiem zbędnego i niepotrzebnego wydatkowania własnej energii⁴⁶. Sytuacja jest interpretowana jako osobisty afront, wzbudzający tendencję do jej unikania.

Ciekawym wynikiem uzyskanym w badaniach jest informacja o nasilonym odczuwaniu poczucia winy przez kobiety. Z jednej strony, uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w większej wrażliwości kobiet, predysponującej ich do silniejszego doświadczania poczucia winy, z drugiej – w odwołaniu się do norm kulturowych, ułatwiających kobietom przyznawanie się do poczucia winy⁴⁷.

Istotnym ograniczeniem dla prezentowanych wyników jest specyfika badanej grupy. Interesujące byłoby prześledzenie, czy zaobserwowane zależności dotyczą

⁴⁴ Por. M. Gacek, *Subiektywna ocena...*, s. 366-367.

⁴⁵ Por. M.M. Turner, *Using emotion ...*, s. 114-119.

⁴⁶ Por. Z. Ratajczak, *Stres...*, s. 77-80.

⁴⁷ Por. P.O. Żylicz, A. Grochowska, *Wina...*, s.2.

także mężczyzn oraz czy zachodzą w innych grupach wiekowych. Znany w literaturze 'paradoks zdrowia' skłania także do ostrożnej interpretacji oceny stanu zdrowia i konfrontacji z twardymi danymi badań medycznych.

Podsumowując, można stwierdzić, że do niedawna istniało przekonanie, iż sprzyjające zdrowiu są te sposoby, które uwalniają emocje na zewnątrz, a nie sprzyjające – te, które powodują ich tłumienie lub unikanie. Okazuje się jednak, że tym, co decyduje o adaptacyjności sposobów wykorzystania emocji, jest kontekst, w jakim one zostają wzbudzone, czyli nadawanie znaczenia sytuacji, oraz możliwość ich kontroli. Inteligencja emocjonalna osoby polega na tym, by pobudzenie emocjonalne wykorzystać tak, jak żeglarz wykorzystuje wiatr do dalszej wędrówki.

EXPRESSION OF EMOTIONS AND SUBJECTIVE STATE OF HEALTH.
THE REGULATORY ROLE OF CONTROL ASSESSMENT

Summary

There is no consensus in the psychological literature regarding assessment of the impact that negative emotions exert on health / disease. It is neither clearly defined what role is played by the sense of self-esteem or guilt in this process. The aim of this study is to answer the question: When and how expression of anger is beneficial to health (well-being) and what is the role of control assessment. Subjective health assessment (SHA), intensity and direction of anger expression (AES), guilt (SEC), self-esteem (SES) have been analyzed together with the results in 141 women aged 20-24 years. It has been found out that 1) expression of anger may have positive health implications if it is involved in achieving goals, 2) externally expressed anger benefits health if it is associated with situational guilt, 3) internal anger benefits health if it is not associated with the sense of guilt.

Keywords: health, anger, guilt, self-esteem, female

Nota o Autorach: dr hab. Agnieszka Kulik, psycholog, pedagog, kierownik Katedry Psychoterapii i Psychologii Zdrowia KUL. Zainteresowania naukowe: psychosomatyka, psychologia zdrowia, radzenie sobie ze stresem.

Mgr Natalia Kajka, psycholog, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie, doktorantka w Katedrze Psychoterapii i Psychologii Zdrowia. Zainteresowania naukowe: promocja zdrowia, terapia dzieci z ADHD, treningi koncentracji uwagi i kontroli złości z wykorzystaniem Map Myśli (Mind Map).

Słowa kluczowe: zdrowie, gniew, poczucie winy, poczucie własnej wartości, kobieta