

Psychiatria i Psychoterapia 2015; tom 11, numer 3: strony 21-35

wersja pierwotna – elektroniczna

Psychologiczne korelaty wdzięczności u osób chorych na stwardnienie rozsiane

Psychological correlates of gratitude in MS patients

Małgorzata Szcześniak¹, Joanna Król¹, Dorota Koziarska²,
Teresa Rzepa³, Andrzej Potemkowski¹, Przemysław Nowacki²

¹Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie,

²Katedra i Klinika Neurologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie,

³Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu.

Streszczenie

Cel badań: Weryfikacja poziomu wdzięczności u osób chorych na stwardnienie rozsiane w porównaniu do osób zdrowych; ocena związku wdzięczności z orientacją pozytywną i samooceną.

Metoda: Gratitude Questionnaire (GQ-6, McCullough, Emmons, Tsang; polska adaptacja: Kossakowska, Kwiatek); Skala Orientacji Pozytywnej (Skala-P, Caprara i in.; polska adaptacja: Łąguna, Oleś, Filipiuk); Skala Samooceny SES Rosenberga (polska adaptacja: Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łąguna); Rozszerzona Skala Niewydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS) oraz autorski wywiad dotyczący danych socjodemograficznych, subiektywnej oceny funkcjonowania i otrzymywanego wsparcia.

Wyniki: Brak istotnych różnic pomiędzy osobami zdrowymi i chorymi w zakresie wdzięczności i samooceny. Poziom orientacji pozytywnej okazał się wyższy wśród osób z SM. Wdzięczność wykazuje silny pozytywny związek z orientacją pozytywną i samooceną. Wdzięczność wzrasta wówczas, gdy osoby z SM wykazują tendencję do zauważania i przywiązywania większej wagi do pozytywnych aspektów życia, własnych doświadczeń i samych siebie.

Wnioski: Oddziaływania terapeutyczne ukierunkowane na dostrzeganie pozytywnych aspektów życia mogą pomóc w przewartościowywaniu przykrych doświadczeń powiązanych z SM. U chorych z SM

warto kształtować umiejętności interpersonalne i rozwijać potencjał umożliwiający radzenie sobie ze stresorami związanymi z chorobą. Rozwijanie wdzięczności może pomagać chorym w lepszym funkcjonowaniu w sferze fizycznej.

Abstract

Objectives: Verification of the level of gratitude in patients with multiple sclerosis against healthy individuals; assessment of the relationship between gratitude and positive orientation as well as self-esteem.

Methods: Gratitude Questionnaire (GQ-6, McCullough, Emmons, Tsang; Polish adaptation by Kossakowska, Kwiatek); Positivity Scale (P-Scale, Caprara et al., Polish adaptation by Łaguna, Oleś, Filipiuk); Rosenberg self-esteem scale SES (Polish adaptation by Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna); Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the original interview regarding sociodemographic data of the participants and subjective assessment of their functioning and received support.

Results: The research found no significant differences between healthy individuals and MS patients in terms of gratitude and self-esteem. MS patients showed higher level of positive orientation in comparison with healthy individuals. Gratitude shows strong positive correlation with positive orientation and self-esteem. The level of gratitude increases when MS patients notice and appreciate the positive aspects of life, personal experience and themselves.

Conclusions: Therapeutic actions oriented towards noticing the positive aspects of life can facilitate re-evaluation of negative experience related to MS. It is important to develop interpersonal skills and resources for coping with disease-related stressors.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, wdzięczność, orientacja pozytywna

Keywords: multiple sclerosis, gratitude, positive orientation, self-esteem

Wstęp

Wdzięczność jest nowym wątkiem w badaniach klinicznych. Wzrost zainteresowania tą dyspozycją wiąże się z dociekaniem na temat roli emocji pozytywnych w budowaniu psychicznego i fizycznego dobrostanu człowieka. To Emmons i McCullough [1] jako jedni z pierwszych zwrócili uwagę na złożone funkcje wdzięczności, podkreślając jej dobroczynny wpływ na ludzi zdrowych i dotkniętych chorobą. Doceniono również rolę wdzięczności w procesie psychoterapii [2] i udzielania wsparcia, w odwołaniu do efektu głównego i buforowego [3]. Pierwszy efekt sprawia, że ludzie mający oparcie w innych są w mniejszym

stopniu narażeni na oddziaływanie stresorów lub postrzegają je jako słabsze. Drugi efekt działa jak bufor, obniżając napięcie stresowe i umożliwiając radzenie sobie z trudnościami [4, 5, 6]. Wykazano, że wyższy poziom wdzięczności wiąże się z otwarciem na przyjmowanie wsparcia od innych [3].

Wdzięczność – powszechnie rozumiana jako reakcja na otrzymane dobro – jest rozumiana jako dyspozycja [1, 2, 7] i zaliczana również do emocji pozytywnych [7, 8], często współwystępując z cechami prospołecznymi [9, 10]. Jeśli potraktować wdzięczność jako zasób psychologiczny, zgodnie z teorią rozszerzania i budowania pozytywnych emocji [11], to nabiera ona szczególnego znaczenia. Zasoby te pełnią bowiem ważną rolę w radzeniu sobie ze stresorami i trudnymi sytuacjami życiowymi. Poszerzają repertuar dostępnych myśli i zachowań, co w długofalowej perspektywie prowadzi do rozbudowy zasobów indywidualnych, pozwalających na lepszą adaptację do sytuacji trudnych. Badania potwierdzają trafność tej teorii i pokazują, że osoby, które wyróżnia wyższy poziom wdzięczności, przeżywają swoje życie bardziej świadomie i mają szersze spojrzenie na świat [12]. Ponadto, radzą sobie lepiej ze stresorami, są na nie odporne oraz łatwiej przystosowują się do nowych warunków [13, 14]. Według Kossakowskiej i Kwiatka [15], wdzięczność wywiera pozytywny wpływ na jakość życia psychicznego, stan zdrowia i relacje interpersonalne. Kendler i wsp. [16] odnotowują, że bycie wdzięcznym jest związane z mniejszym ryzykiem wystąpienia depresji, zaburzeń lękowych, fobii i narkomanii. Również Büsing i wsp. [10] podkreślają, że wdzięczność pozwala wyjść poza trudności związane z chorobą i wzbogacać swą psychikę dzięki myśleniu o pozytywnych doświadczeniach z przeszłości. Cheng, Tsui i Lam [17] twierdzą, że wdzięczność wynikająca z odkrywania pozytywnych aspektów życia skuteczniej obniża ciśnienie krwi aniżeli optymizm czy nadzieja.

Badania przeprowadzone wśród osób zdrowych pozwoliły na stwierdzenie występowania pozytywnej korelacji między wdzięcznością, samooceną i orientacją pozytywną

[18]. McCullough i współpracownicy [19] twierdzą, że osoby wdzięczne wykazują tendencję do wzmocnienia poczucia własnej wartości. Może to wynikać stąd, że jednostki, które otrzymują dobro od innych, doświadczają, że są przez nich cenione, co w konsekwencji podnosi ich samoocenę [18] oraz skutkuje wysoką oceną satysfakcji i jakości własnego życia [20]. Jednocześnie uważa się [18], że wysoki poziom samooceny jest niezbędny do odczuwania wdzięczności. Bowiem, jeśli dana osoba nie czuje się godna otrzymanego dobra, to może go nie przyjąć, nie doznać zadowolenia i nie wyrazić wdzięczności. Ustalono, że osoby z optymalną samooceną budują pozytywny wizerunek samych siebie, nawiązują trwałe relacje interpersonalne i konstruktywnie planują przyszłość – odwrotnie niż osoby z niską samooceną [21]. Należy więc stwierdzić, że zarówno z teoretycznego, jak i empirycznego punktu widzenia, optymalna samoocena i wdzięczność prowadzą do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia [22].

Badania nad wdzięcznością w kontekście chorób przewlekłych lub związanych z zagrożeniem życia pozwoliły na wyodrębnienie niektórych jej korelatów. Jednakże brakuje wśród nich takich kategorii psychologicznych, jak samoocena i orientacja pozytywna. Do najczęściej badanych należy bowiem duchowość i religijność [23, 10], a jako wskaźniki wdzięczności – empatia, satysfakcja z życia, szczęście, optymizm i nadzieja. Wykazano, że wdzięczność nie współwystępuje z lękiem, depresją i postawami roszczeniowymi [19]. U chorych na nowotwory wdzięczność koreluje pozytywnie z takimi wymiarami, jak: relacje z innymi ludźmi, nowe możliwości, poczucie osobistej siły, zmiany duchowe i docenianie życia [24]. U tych samych pacjentów stwierdzono negatywny związek między wdzięcznością a lękiem, depresją i wrogością-drażliwością [25].

Przegląd literatury pokazuje, iż zagadnienie wdzięczności jest rzadko poruszane w kontekście stwardnienia rozsianego (*Multiple Sclerosis*, SM), choroby demielinizacyjnej ośrodkowego układu nerwowego [10, 26]. Trudno się temu dziwić. Stwardnienie rozsiane nie

jest dobrem i wdzięczność może być ostatnią emocją, o której myślą osoby z SM, zwłaszcza z rzutowo-remisyjną postacią choroby (RR-SM). Wiąże się ona z zaburzeniami ruchowymi i czuciowymi, z nieprawidłowym widzeniem, przewlekłym zmęczeniem, ograniczeniami mowy i pamięci. Powoduje stopniowe pogorszenie umiejętności poznawczych i spadek nastroju. Tym samym prowadzi do poważnych zaburzeń funkcjonowania. Jakość życia osób z SM jest znacznie gorsza w porównaniu z osobami zdrowymi [27].

Ponieważ niewiele wiadomo o występowaniu wdzięczności wśród osób z SM oraz o jej powiązaniach z orientacją pozytywną i samooceną, postanowiono sprawdzić: (1) różnice w zakresie wdzięczności, orientacji pozytywnej i samooceny między osobami zdrowymi i chorymi na SM; (2) związek między wdzięcznością, orientacją pozytywną i samooceną a stopniem zaawansowania choroby; (3) wartość orientacji pozytywnej i samooceny jako predyktorów wdzięczności. Pierwszy cel badania wynika z założenia, że osoby dotknięte chorobą przewlekłą są często przytłoczone cierpieniem i w większym stopniu koncentrują uwagę na swojej (negatywnie doświadczanej i ocenianej) kondycji zdrowotnej aniżeli na pozytywnych doświadczeniach [10]. Można więc przyjąć, iż wdzięczność będzie niższa wśród osób z SM niż wśród osób zdrowych, podobnie jak pozostałe czynniki – z uwagi na tendencję do spadku samooceny i pozytywnego spojrzenia na rzeczywistość, obserwowanych u osób chorych [28]. Drugi cel badania dotyczy oceny związku wdzięczności z orientacją pozytywną i samooceną w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Na podstawie przesłanek teoretycznych i wyników empirycznych [22] przyjmuje się, że wymienione zmienne wykażą pozytywne korelacje. Trzeci cel badania polega na sprawdzeniu, które ze zmiennych korelujących z wdzięcznością są jej predyktorami. Można przyjąć, że takimi wyznacznikami są: umiejętność dostrzegania pozytywnych aspektów życia (orientacja pozytywna) oraz pozytywna ocena samego siebie (optymalna samoocena) [7, 9].

Materiał

W badaniu wzięło udział 69 osób ze stwardnieniem rozsianym, postacią rzutowo-remisyjną (SM-RR), leczonych lekami immunomodulacyjnymi (I-linia) w programie terapeutycznym NFZ, pozostających pod opieką Przyklinicznej Poradni Stwardnienia Rozsianego SPSK nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Wśród pacjentów w wieku od 19 do 54 lat ($M=36,22$; $SD=7,583$), przeważały kobiety (68%). Średni wiek zdiagnozowania wynosił 31,36 lat (od 16 do 51 roku życia). Większość pacjentów (64%) była aktywna zawodowo; pozostali nie pracowali (17%) lub korzystali z renty (19%). 23% osób było leczonych od roku, 28% - od dwóch, 28% - od trzech lat (pozostali nie odpowiedzieli na to pytanie). 49% osób posiadało wykształcenie wyższe, 39% - średnie, a 12% - zawodowe. 81% pacjentów zamieszkiwało w miastach, 61% pozostawało w związku małżeńskim i 62% posiadało dzieci. Wskaźniki niesprawności (mierzone za pomocą EDSS) mieściły się w przedziale od 0 do 4,5 pkt. Grupa kontrolna liczyła 46 osób, odpowiednio dobranych pod względem płci i wieku ($M=31,2$ lat; $SD=9,27$).

Projekt badawczy uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego (KB 2/2014). Fragmenty rezultatów badania zostały przedstawione w postaci posterów podczas I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej w Poznaniu, w listopadzie 2014 roku.

Metoda

W badaniu wykorzystano następujące metody: Gratitude Questionnaire (GQ-6, McCullough, Emmons, Tsang; polska adaptacja: Kossakowska, Kwiatek); Skalę Orientacji Pozytywnej (Skala-P, Caprari i in., polska adaptacja: Łaguna, Oleś, Filipiuk); Skalę Samooceny SES Rosenberga (polska adaptacja: Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna); Rozszerzoną Skalę Niewydolności Ruchowej Kurtzkego (EDSS) oraz autorski

wywiad współustrukturalizowany dotyczący danych socjodemograficznych oraz subiektywnej oceny funkcjonowania i otrzymywanego wsparcia.

Skala GQ-6 służy do badania wdzięczności rozumianej jako dyspozycja i składa się z sześciu twierdzeń, do których należy się ustosunkować za pomocą siedmiostopniowej skali Likerta. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom wdzięczności. Analiza czynnikowa wykonana na 6 pozycjach ukazała, podobnie jak w wersji oryginalnej, rozwiązanie 1-czynnikowe, które wyjaśniało 48% wariancji. Wartość α w grupie osób chorych, wskazująca na spójność kwestionariusza, wyniosła w przeprowadzonym badaniu 0,760, a w grupie osób zdrowych - 0,722 [15].

Skala-P mierzy pozytywną orientację jako podstawową tendencję do zauważania pozytywnych aspektów samego siebie, własnych doświadczeń i życia. Skala składa się z 8 twierdzeń o charakterze diagnostycznym. Osoba badana udziela odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom orientacji pozytywnej. Metodę cechują bardzo dobre właściwości psychometryczne - spójność wewnętrzna $\alpha=0,894$ w grupie osób chorych i $\alpha=0,797$ w grupie kontrolnej [20].

SES jest kwestionariuszem mierzącym postawę wobec Ja w sensie globalnej oceny siebie. Wysoki wynik oznacza przekonanie, że jest się wartościowym człowiekiem, natomiast niski wyraża niezadowolenie z siebie. Skala składa się z 10 twierdzeń. Wartość współczynnika α w grupie osób chorych wyniosła 0,905, natomiast w grupie osób zdrowych - 0,788 [29].

Skala EDSS stanowi rozszerzoną skalę niesprawności odnoszącą się do stanu neurologicznego pacjentów. Jej zakres obejmuje 10 punktów, gdzie 0 oznacza brak objawów choroby a 10 jest równoznaczny ze zgonem pacjenta [30, 31].

Analiza danych statystycznych została przeprowadzona przy pomocy pakietu IBM SPSS Statistics 20. Ze względu na normalny rozkład zmiennych, zastosowano testy parametryczne, tj. *t*-Studenta dla prób niezależnych, korelację *r*-Pearsona oraz analizę regresji.

Wyniki

Najpierw porównano poziom wdzięczności, orientacji pozytywnej i samooceny osób zdrowych i chorych na SM (Tabela 1). Odnotowano brak statystycznie istotnych różnic w zakresie wdzięczności i samooceny. Orientacja pozytywna okazała się wyższa w grupie osób z SM, jednakże na poziomie tendencji statystycznej ($p=0,096$).

Tabela 1. Wskaźniki *t*-Studenta dla wdzięczności, orientacji pozytywnej i samooceny u osób z SM ($N=69$) i zdrowych ($N=46$)

| Zmienne | Osoby z SM | | Osoby zdrowe | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|----------------------|------------|-----------|--------------|-----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| Wdzięczność | 33,23 | 5,50 | 32,65 | 5,42 | -0,48 | 0,632 |
| Orientacja pozytywna | 30,73 | 5,48 | 29,08 | 4,43 | -1,67 | 0,096 |
| Samoocena | 31,33 | 5,11 | 30,41 | 3,77 | -0,92 | 0,358 |

Następnie sprawdzono zależności między wdzięcznością, orientacją pozytywną i samooceną a stopniem zaawansowania choroby za pomocą współczynnika korelacji *r* Pearsona (Tabela 2). Odnotowano, że wdzięczność wykazuje silny pozytywny związek z orientacją pozytywną i samooceną. Nie uzyskano istotnych korelacji ze stopniem zaawansowania choroby.

Tabela 2. Współczynniki korelacji r Pearsona - związek między wdzięcznością, orientacją pozytywną i samooceną u osób chorujących na stwardnienie rozsiane

| Zmienna | GQ | SKALA - P | SES | EDSS |
|------------------------------|----------------|-----------|---------|--------|
| Wdzięczność (GQ) | 1 | 0,467** | 0,370** | -0,048 |
| Orientacja poz. (Skala - P) | 0,467** | 1 | 0,736** | -0,061 |
| Samoocena (SES) | 0,370** | 0,736** | 1 | -0,180 |
| Zaawansowanie choroby (EDSS) | -0,048 | -0,061 | -0,180 | 1 |

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Ze względu na wystąpienie korelacji między wdzięcznością, orientacją pozytywną i samooceną, przeprowadzono analizę regresji tych zmiennych. Ustalono, że w modelu nie znalazła się samoocena oraz że jedynym statystycznie istotnym wyznacznikiem wdzięczności jest pozytywna orientacja (0,467; $p < 0,001$), która wyjaśnia niemal 21% wariacji akceptacji choroby (Tabela 3). Przy tym siła wzajemnego związku jest znaczna ($R=0,467$). To wskazuje, że wdzięczność może wzrastać wówczas, gdy osoby z SM zauważają i przywiązują wagę do pozytywnych aspektów życia, własnych doświadczeń i samych siebie (↑).

Tabela 3. Analiza regresji dla orientacji pozytywnej i wdzięczności u osób z SM

| ZMIENNE ZALEŻNE → | | | Wdzięczność | | | |
|----------------------|----------|-----------|-------------|-------------------|---------------|----------|
| ↓ ZMIENNE NIEZALEŻNE | | | | | | |
| Zmienna | <i>M</i> | <i>SD</i> | β | <i>SE</i> β | <i>t</i> (51) | <i>p</i> |
| Orientacja pozytywna | 30,86 | 5,54 | 0,47 | 0,12 | 3,695 | 0,001 |

Charakterystyki dla całego równania

| <i>R</i> | <i>cR</i> ² | <i>Bł.std.</i> | <i>F</i> (2,51) | <i>p</i> |
|----------|------------------------|----------------|-----------------|----------|
| 0,467 | 0,20 | 5,94 | 13,56 | 0,001 |

Omówienie wyników

Wyniki osób zdrowych i ze stwardnieniem rozsianym są podobne w zakresie wdzięczności, orientacji pozytywnej i samooceny. Brak statystycznie istotnych różnic pomiędzy tymi grupami może zdumiewać, gdyż przeczy większości dotychczasowych rezultatów. Jednak są też badania, które potwierdzają uzyskane wyniki [32, 29]. Można je wyjaśniać wypracowanym stylem radzenia sobie z chorobą, polegającym na takim przeorganizowaniu problemu życiowego, aby – mimo zdawania sobie sprawy z jego obciążającej wagi – funkcjonować normalnie i cieszyć się życiem. Pozytywne przewartościowanie pozwala na aktywne podejście do choroby, poszukiwanie korzyści i pozytywnych aspektów związanych z jej doświadczaniem oraz na lepsze rozumienie siebie i świata [33]. Osoby o wyższym poziomie wdzięczności są bardziej skłonne do przewartościowywania negatywnych zdarzeń, co pozwala zapobiegać lub lepiej sobie radzić z objawami obniżonego nastroju czy depresji. Tacy pacjenci traktują zmiany chorobowe jako szansę do nauczenia się czegoś nowego, nabycia nowych umiejętności, nawiązania lub pogłębienia relacji z innymi ludźmi [34, 35]. Ponadto, są bardziej otwarci na wsparcie ze strony osób bliskich [3], gdyż dostrzegają w nich podporę i źródło zachęty do walki z chorobą. Są nie tylko nieoceniający, lecz przede wszystkim nie są roszczeniowi. Nie traktują pomocy jak czegoś, co im się należy, ale – jako gest dobroci ze strony otoczenia społecznego.

Ustalono, że chorzy z wysokim poziomem wdzięczności mają tendencję do zauważania pozytywnych doświadczeń życiowych i charakteryzują się wyższą samooceną. Jak wynika z literatury przedmiotu, jednym z warunków odczucia lub wyrażenia wdzięczności jest dostrzeżenie działania innej osoby, podjętego na czyjąś korzyść. Jest to możliwe dzięki uważności, czyli refleksyjnemu myśleniu, które pozwala zauważyć dobro przekazane w formie pomocy, przysługi, daru, aktu życzliwości lub wsparcia. Innymi słowy: pacjenci uważni i charakteryzujący się pozytywną orientacją dostrzegają dobro pochodzące z otoczenia i

wyrażają za nie silniejszą wdzięczność. Ponadto, pozytywna orientacja życiowa (dyspozycyjny optymizm) stanowi stałą cechę osobowości, a nie – zmienny element zależny od aktualnej sytuacji [36]. Dlatego też podobieństwa w tym zakresie, ustalone w badaniu własnym oraz dotyczące chorych i zdrowych osób, właściwie nie powinny być przedmiotem zdziwienia. Przeprowadzone analizy statystyczne potwierdziły ponadto znaczenie pozytywnej orientacji jako głównego predyktora wdzięczności. Podobnie, badania Szcześniak i Soares [37] wykazały, iż wdzięczni respondenci nie koncentrują się na negatywnych wydarzeniach i pozytywnie patrzą w swą przyszłość. To dowodzi, że wrażliwość na dobro i umiejętność dziękowania wymagają optymistycznego nastawienia do życia.

Z przeprowadzonych badań wynika również, iż odczuwanie wdzięczności jest pozytywnie skorelowane z samooceną. To ustalenie okazało się zgodne z rezultatami innych badań [38, 39, 22]. Wysoka samoocena dowodzi, że dana osoba szanuje siebie, ma o sobie pozytywne zdanie, jest zdolna do podejmowania życiowych wyzwań i może odnosić sukcesy [40]. Wymienione cechy są znaczące dla bycia wdzięcznym. Bowiem osoba niepewna własnej wartości raczej nie czuje się godna, aby dobro otrzymać i zwykle interpretuje gesty życzliwości z podejrzliwością i niepewnością. Murray i współpracownicy [41] tłumaczą takie zachowanie poczuciem odrzucenia, typowym dla osób o niskiej samoocenie. Natomiast osoby z adekwatną, optymalną samooceną, które z wdzięcznością dostrzegają dobre działania innych wobec siebie, czują się jeszcze bardziej dowartościowane [42]. Interesujące wydaje się tu spostrzeżenie Watkinsa [18], że wdzięczność kształtuje zarówno dobroczyńcę, jak i odbiorcę dobra, ponieważ u obu wzmacnia pozytywną samoocenę.

Pozytywny związek wdzięczności i samooceny został odnotowany również w odniesieniu do osób z zaburzeniami funkcjonowania. Toussaint i Friedman [43] zauważyli, że pacjenci objęci psychoterapią deklarowali tym intensywniejszą wdzięczność, im wyższe wskaźniki osiągnęli w zakresie poczucia własnej godności. Analizy przeprowadzone wśród osób

z zespołem stresu pourazowego wskazały na to, że wspieranie chorych polegające na odkrywaniu w ich biografii pozytywnych wydarzeń, za które można dziękować, prowadzi do poprawy codziennego funkcjonowania [32]. Odnotowano również, iż zwracanie uwagi na dobro otrzymane od innych obniża lęk przed śmiercią [44]. Przytoczone wyniki badań potwierdzają założenia teorii rozszerzania i budowania pozytywnych emocji [11] i wskazują, że wdzięczność przyczynia się zarówno do wzmocnienia osobistych zasobów, jak i do zmiany percepcji siebie, innych ludzi i świata.

Wnioski

1. Towarzystwo chorym z SM w procesie dostrzegania pozytywnych wydarzeń życiowych może pomagać w przewartościowywaniu przykrych doświadczeń związanych z chorobą oraz prowadzi do odczuwania i wyrażania wdzięczności.
2. Warto w oddziaływaniach terapeutycznych koncentrować uwagę chorych ze stwardnieniem rozsianym na umiejętnościach interpersonalnych (wdzięczność, pozytywna orientacja) i osobistych (samoocena) w celu wzmocnienia zasobów umożliwiających lepsze radzenie sobie z chorobą przewlekłą jako permanentnym stresorem.
3. Empiryczne badania sugerują, iż wdzięczność wzmocnia system immunologiczny. Pomoc chorym z SM w rozwijaniu poczucia wdzięczności, może skutkować pozytywnie również w ich lepszym funkcjonowaniu w sferze fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Emmons RA, McCullough ME. *Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life*. J Pers Soc Psychol. 2003; 84(2):377-389.
2. Emmons RA, Stern R. *Gratitude as a psychotherapeutic intervention*. J Clin Psychol. 2013; 69(8): 846-855.
3. Marigold DC, Cavallo JV, Holmes JG, Wood JV. *You can't always give what you want: The challenge of providing social support to low self-esteem individuals*. J Pers Soc Psychol. 2014; 107(1): 56-80.
4. House JS. *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley. 1981.

5. Frese M. *Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: a longitudinal study with objective measures*. Journal of Occupational Health Psychology. 1999; 4(3): 179–192.
6. Heszen I, Sękh. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2007.
7. Polak E, McCullough ME. *Is gratitude an alternative to materialism?* Journal of Happiness Studies. 2006; 7: 343-36.
8. Roberts RC. *The blessings of gratitude: A conceptual analysis*. W: Emmons RA, McCullough ME. red. *The psychology of gratitude*. New York: Oxford University Press; 2004. s. 58-78.
9. McCollough ME, Kilpatrick SD, Emmons RA, Larson DB. *Is gratitude a moral affect?* Psychol Bull. 2001; 127: 249-266.
10. Büssing A, Wirth AG, Humbroich K, Gerbershagen K, Schimrigk S, Haupts K, et al. *Faith as a resource in patients with multiple sclerosis is associated with a positive interpretation of illness and experience of gratitude/awe*. Evid Based Complement Alternat Med. 2013; 2013: 128575.
11. Fredrickson BL. *The broaden-and-build theory of positive emotions*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2004; 359(1449): 1367-1378.
12. Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004
13. Barusch AS. *Self-concepts of low-income older women: Not old or poor, but fortunate and blessed*. Int J of Aging Hum Dev. 1997; 44: 269-283.
14. Wood AM, Maltby J, Gillett R, Lindley PA, Joseph S. *The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies*. Journal of Research in Personality. 2008; 42: 854–871
15. Kossakowska M, Kwiatek P. *Polska adaptacja kwestionariusza do badania wdzięczności GQ-6*. Przegląd Psychologiczny. 2014; 57(4): 503-514.
16. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. *Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders*. Am J Psych. 2003; 160: 496-503.
17. Cheng ST, Tsui PK, Lam JHM. *Improving mental health in health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention*. J Consult Clin Psychol. 2015; 83(1): 177-186.
18. Watkins PC. *Gratitude and the good life: Toward a psychology of appreciation*. New York: Springer; 2013.
19. McCullough ME, Emmons RA, Tsang J-A. *The Grateful disposition: A conceptual and empirical topography*. J Pers Soc Psychol. 2002; 82(1): 112-127.
20. Łaguna M, Oleś P, Filipiuk D. *Orientacja pozytywna i jej pomiar: Polska adaptacja Skali Orientacji Pozytywnej*. Studia Psychologiczne. 2011; 49(4): 47-54.
21. Baumgardner, S.R., Crothers, M.K. (2009). *Positive psychology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

22. Kong F, Ding K, Zhao J. *The relationship among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students*. J Happiness Studies. 2014; 15(2).
23. Emmons RA, Kneezel TT. *Giving Thanks: Spiritual and Religious Correlates of Gratitude*. J. Psychology and Christianity. 2005; 24: 140-148.
24. Tedeschi RG, Calhoun LG. *The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma*. J Trauma Stress. 1996; 9: 455-471.
25. Ruini C, Vescovelli F. *The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress*. J Happiness Stud. 2013; 14: 263-274.
26. Antonak R, Livneh H. *Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with MS*. Soc Sci Med. 1995; 40: 1099-1108.
27. Łabuz-Roszak B, Kubicka-Bączyk K, Pierzchała K, Horyniecki M, Machowska-Majchrzak A, Augustyńska-Mutryn D i wsp. *Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane – związek z cechami klinicznymi choroby, zespołem zmęczenia i objawami depresyjnymi*. Psychiatr Pol. 2013; 47(3): 433-442.
28. Korwin-Piotrowska K, Korwin-Piotrowska T, Samochowiec J. *Self perception among patients with multiple sclerosis*. Arch. Psychiatry Psychother. 2010; 3, 63-68.
29. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. *Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody*. Psychologia Społeczna. 2007; 2(4): 164-176.
30. Kurtzke JF. *Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS)*. Neurology. 1983; 33: 1444-1452.
31. Selmaj K. *Stwardnienie rozsiane*. Poznań: Termedia; 2006. s. 106-108.
32. Wood AM, Froh JJ, Geraghty AWA. *Gratitude and well-being: A review and theoretical integration*. Clin Psychol Rev. 2010; 30: 890-905.
33. Żukowska EŻ. *Strategie radzenia sobie a znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej*. Psychologia Jakości Życia. 2011; 10(1): 39-56.
34. Wood AM, Joseph S, Linley PA. *Coping style as a psychological resource of grateful people*. J Social and Clinical Psychology. 2007; 26(9): 1076-1093.
35. Lambert NM, Fincham FD, Stillman TF. *Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion*. Cognition and Emotion. 2012; 26(4): 615-633.
36. Carver C.S., Scheier M.F. *Optimism*. W: *Positive Psychological Assessment. A Handbook of Models and Measures*. Ed. S.J. Lopez, C.S. Snyder. American Psychological Association, Washington 2003.
37. Szcześniak M, Soares E. *Are proneness to forgive, optimism and gratitude associated with life satisfaction?* Polish Psychological Bulletin. 2011; 42(1): 20-23.
38. Bernstein DM, Simmons RG. *The adolescent kidney donor: The right to give*. Am J Psychiatry. 1974; 131: 1338-1343.
39. Kashdan TB, Uswatte G, Julian T. *Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam War veterans*. Behav Res Ther. 2006; 44: 177-199.

40. Mruk CJ. *Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem*. New York: Springer Publishing Company; 2006.
41. Murray SL, Holmes JG, Collins NL. *Optimizing assurance: The risk regulation system in relationships*. Psychol Bull. 2006; 132(5): 641-666.
42. Emmons RA, Mishra A. *Why gratitude enhances well-being: What we know, what we need to know*. W: Sheldon K, Kashdan T, Steger MF. eds. *Designing the future of positive psychology: Taking stock and moving forward*. New York: Oxford University Press; 2011.
43. Toussaint LL, Friedman PH. *Forgiveness, Gratitude and Well-Being: The Mediating Role of Affect and Beliefs*. J Happiness Studies. 2009; 10: 635-654.
44. Lau RWL, Cheng ST. *Gratitude orientation reduces death anxiety but not positive and negative affect*. Omega. 2012-2013; 66(1): 79-88.