

Tadeusz Kobierzycki

Humanistyczne wymiary zdrowia i choroby = Humanistic Dimensions Health and Illness

Humanistyka i Przyrodoznawstwo 17, 153-173

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Tadeusz Kobierzycki

Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina
w Warszawie

The Fryderyk Chopin University of Music
in Warsaw

HUMANISTYCZNE WYMIARY ZDROWIA I CHOROBY

Humanistic Dimensions Health and Illness

Słowa kluczowe: zdrowie, choroba, medycyna, psychologia, kultura, społeczeństwo, osobowość.

Key words: health, illness, medicine, psychology, culture, society, personality.

Streszczenie

Artykuł dotyczy rozumienia pojęć „zdrowie” i „choroba” w medycynie, psychologii i kulturoznawstwie. Jest próbą odejścia od technicznego sposobu analiz chorób jako zjawisk deficytowych, powstających w strukturze ciała i psychiki ludzkiej oraz w relacjach społecznych i wzorach kulturowych opartych na eliminacjonistycznej teorii. Autor traktuje zdrowie jako wynik gry między procesami życiowymi, w których suma jest dodatnia, a chorobę jako grę tych samych procesów, w których suma jest ujemna. Zdrowie i choroba są traktowane jako trwałe składniki kondycji ludzkiej, jednakowe dla wszystkich, różnicują je tylko indywidualne dyspozycje i warunki życia biologicznego, psychologicznego czy społecznego.

Abstract

This article applies to understanding the concepts of “health” and “illness” in medicine, psychology, and culture. It is an attempt to move away from technical way analysis of diseases, as the phenomena of deficit, resulting in the structure of the human body and psyche, and in social relations and cultural patterns based on eliminationistic theory. The author treats health as a result of the game between life processes in which the sum is positive, and disease, as a game of the same processes, in which the sum is negative. Health and illness are treated as permanent components of the human condition, the same for all, differentiated only by the individual dispositions and the living conditions of the biological, psychological or social.

I. ZDROWIE

Zdrowie oznacza stan, w którym człowiek może żyć wolny od chorób wymagających interwencji medycznej. Ale określenie takiego stanu jest trudne. Zajmują się tym różne dziedziny wiedzy o człowieku. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby czy

ułomności” (1948). Pewną wersją tej definicji jest o czterdzieści lat późniejsze ujęcie encyklopedyczne: „Zdrowy jest ten, u kogo nie stwierdza się choroby fizycznej lub umysłowej i kto nie doznaje bólu. Maksimum zdrowia osiąga ten, u kogo występuje całkowity brak symptomów choroby, a maksimum choroby ten, u kogo stwierdza się ich bardzo wiele i związane z tym zagrożenie życia”¹.

Teoretycy zdrowia chętnie opisują zdrowie jako fizjologiczno-psychologiczną „zdolność przystosowawczą”: „Odporność jednostki w stosunku do różnorodnych zakłócających równowagę czynników zewnętrznych, wymaga nieustannego włączania się fizjologicznych i psychologicznych mechanizmów przystosowawczych, których sprawne działanie zapewnia zachowanie homeostazy i daje poczucie zdrowia. Jest to zatem nie tyle stan, ile proces, o dynamice podlegającej ciągłym zmianom. W tym kontekście zdrowie może być rozpatrywane jako dostatecznie duży zasób zdolności przystosowawczych, aby w danych warunkach zapobiegać niepożądanym zakłóceniom czynności ustroju”².

Wariantem adaptacyjnego modelu zdrowia jest uznawanie za zdrowe obronnych reakcji organizmu i psychiki. Do tego paradygmatu można zaliczyć zarysowaną przez S. Freuda, a rozwiniętą przez jego córkę, Annę Freud, koncepcję „mechanizmów obronnych”. Idąc za jej ustaleniami, można zdefiniować zdrowie jako zdolność do obrony i reorganizacji własnej jedności psychofizycznej, którą uruchamia jaźń ludzka w przypadku urazu fizycznego lub psychicznego. Jest to jednak kryterium zawodne, bo nie uwzględnia negatywnego przystosowania do toksycznych warunków otoczenia lub toksycznych informacji.

Oprócz adaptacji pozytywnej, zdrowej, istnieje też adaptacja negatywna i niezdrowa. Zwrócił na to uwagę w teorii zdrowia psychicznego Kazimierz Dąbrowski, który do swojego modelu rozwoju osobowości wprowadził dynamizm nieprzystosowania pozytywnego. Uznał on, że zdrowe jest także zachowanie lub reakcja nieakceptacji i dezadaptacji lub walki z niezdrowymi warunkami otoczenia społecznego.

Model Dąbrowskiego wykracza poza ujęcia, gdzie: „zdrowie jest definiowane jako stan, w którym człowiek może wchodzić w korzystną interakcję ze środowiskiem naturalnym i społecznym – dzięki czemu w procesie ciągłej adaptacji dochodzi do odzyskania równowagi (zewnętrznej, wewnętrznej). Choroba jest zaburzeniem adaptacji. W ocenie zdrowia brana jest pod uwagę ocena pod względem klinicznym, społecznym i zdolności przystosowawczych do środowiska dzięki własnemu wzrostowi i rozwojowi. Maksimum zdrowia ma miejsce wówczas, gdy człowiek zachowuje giętką adaptację – z maksymalną dla siebie korzyścią. W maksimum choroby dochodzi do wyobcowania człowieka ze środowiska”³.

¹ *Mała encyklopedia medycyny*, Warszawa 1988, s. 1426.

² H. Kirschner, *Zarys medycyny środowiskowej*, Warszawa 1997, s. 20.

³ S. Poznańska, *Zdrowie*, (w:) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, red. M. Barczyński, J. Bogusz, Kraków 1993, s. 491.

Zdrowie nie jest tylko formą adaptacji lub obrony określonego stanu organizacji psychosomatycznej, która podlega naturalnej zmianie w różnych fazach rozwoju. Rozwój jest jakościowo czym innym niż adaptacja i obrona, choć obydwie te czynniki mogą być częściami składowymi rozwoju psychofizycznego człowieka. Ponadto człowiek nie jest tylko kompozycją systemu cielesnego i psychicznego, ale całością metacielesną i metapsychoiczną, czy to jako natura, czy jako osoba, czy też jako osobowość. Zatem zagadnienie zdrowia jako kryterium doskonałości tych form organizacji ludzkiej jedności powinno być analizowane szerzej.

Zbyt szeroka definicja zdrowia zaproponowana przez WHO skłania do pozabawionego racjonalnego sensu medykalizacji opieki społecznej. Instytucje społeczne próbują przejmować funkcje, o które troszczyć powinna się jednostka. Sprzyja to procesom jej systemowego wyłączenia ze zdrowia i prowadzi do przesycańca społeczeństwa opieką zdrowotną⁴.

Kulturowe wymiary zdrowia

W klinicznej analizie zdrowia i jego epidemiologicznej interpretacji kryterium podstawowym jest czynnik ilościowy, według którego definiuje się zdrowie jako efekt statystyczny⁵. Chorym jest ten, kto nie odpowiada społecznej lub kulturowej lub naukowej wizji normalności, a zdrowym ten, kto ma wyniki „pośrodku”. Już osoba, której wzrost jest wyższy lub niższy od przeciętnego, nie jest „normalna” i może być zdefiniowana jako „chora”. Osoba z wyższym ilorazem inteligencji w tym modelu musi być także traktowana jako „nienormalna”, podobnie jako osoba z niskim ilorazem inteligencji. Model statystyczny marginalizuje więc rozmaite grupy społeczne. Aby temu przeciwdziałać, trzeba badać też „nienormalne-zdrowie” geniuszy i osób niedorozwiniętych umysłowo, zaburzonych lub chorych psychicznie, także poranionych fizycznie i kalekich. Doskonale określił to Edmund A. Murphy: „Osobą normalną jest ktoś, kto nie został należycie zbadany”.

Normalny zakres tego, co oznacza zdrowie, określa się na podstawie 95% wyników badań grupy normalnych-zdrowych ludzi. Istnieje 5% ryzyko, że nor-

⁴ Na temat definicji WHO por. D. Callahan, *The WHO Definition Health*, „Hastings Center Studies” 1973, nr 3, s. 77–87; por. K. Gibiński, *O politykę zdrowia*, „W drodze” 1993, nr 2, s. 81 i nn.; por. P. Maloof, *Maladie est santé dans la société*, „Concilium” 1991, nr 234, s. 37 i nn.

⁵ Por. A. Malinowski, *O koncepcjach norm w biologii i medycynie*, (w:) *Filozofia i biologia. Inspiracje teoretyczne*, Warszawa – Poznań 1982, s. 13–30; por. *Norma psychologiczna. Perspektywy spojrzeń*, red. Z. Uchnast, Lublin 1998. Krytykę tego podejścia podejmuje J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Lublin 1999, s. 140 i nn.

malnie-zdrowa osoba będzie miała znacznie odbiegające od normy wyniki badań laboratoryjnych. Jeżeli na jednej normalnie-zdrowej osobie przeprowadzi się 10 podobnych testów, to ryzyko, że jeden z testów będzie się różnił od normy, wynosi 1-0,95 (do potęgi 10), co daje wskaźnik nienormalności 0,40 (40%). A jeżeli takich testów zrobi się 20, to prawdopodobieństwo nienormalności wyniesie 72%⁶.

Kryterium statystyczne zdrowia jest pomocnym kryterium technicznym w analizie zdrowia publicznego, zbiorowego, ale zawodzi na poziomie jednostki. Ruth Benedict, amerykańska antropolog kultury, jak i wielu jej kolegów uważało, że to, co normalne i anormalne, choroba i zdrowie jest konstruktem wypracowanym w systemie wychowania określonej społeczności, a poszukiwanie warunków zdrowia psychicznego w „konstytucji indywiduum” nie jest słuszne i może prowadzić do błędu⁷.

Socjologowie kultury odrzucają na ogół kategorię „czynników autonomicznych” i koncepcję dziedziczenia biologicznego jako podstawy opisu zdrowia jednostki. Florian Znaniecki napisał: „Pojęcie natury wrodzonej w znaczeniu organicznie uwarunkowanych usposobień i uzdolnień nie ma w ogóle żadnego znaczenia dla socjologii osobowości, gdyż nie istnieją wrodzone dążności lub skłonności społeczne [...]. Dążności społeczne należą do dorobku kulturalnego ludzkości, istnieją tylko dzięki tradycji społeczno-kulturalnej i powstają u osobnika tylko dzięki temu, że przy pomocy innych przyswajają sobie tę tradycję [...]”⁸.

Stanowisko to jest zbyt jednostronne, choćby w świetle „teorii archetypów” C. G. Junga⁹. Archetypy (Ja, Cień, Animus-Anima, Stary Mędrzec-Wielka Matka, Jaźń) są symbolami zdrowia dziedziczonymi kulturowo i obecnymi w nieświadomości zbiorowej. Dają poczucie równowagi społecznej i jednostkowej, a ich lekceważenie powoduje załamania psychiczne i stany chorobowe.

Florian Znaniecki wyróżniał „typy biograficzne”: 1) ludzi dobrze wychowanych, których osobowość organizuje dobra opinia o sobie, 2) ludzi pracy, których osobowość jest zorganizowana wokół ich dzieła, 3) ludzi zabawy, których osobowość organizuje odczucie zadowolenia z zabawy towarzyskiej, gry poli-

⁶ Por. H.R. Wulf, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, Warszawa 1993; por. P. Wesełucha, *U podstaw pracy skutecznej. Zdrowie – praca – środowisko społeczne*, (w:) *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1993, s. 9–84.

⁷ Por. R. Benedict, *Patterns of Culture* (1934), cyt. za: R. Benedict, *Wzory kultury*, przeł. J. Prokopiuk, Warszawa 2008; por. J. Chałasiński, *Zdrowie psychiczne uczonego*, (w:) *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 331–348.

⁸ F. Znaniecki, *Ludzie terazniejsi a cywilizacja przyszłości*, Lwów – Warszawa 1935, s. 114–115. W książce tegoż autora *Wstęp do socjologii* (Poznań 1922, s. 35–36) czytamy: „Pogląd, że zjawiska kulturalne powstały ze zjawisk przyrodniczych, a więc są jeszcze przyrodniczymi ze swej ostatecznej istności, jest jawną niedorzecznością”.

⁹ C.G. Jung, *Archetypy i symbole*, (w:) *Pisma wybrane*, wybór i tłum. J. Prokopiuk, Warszawa 1981.

tycznej lub walki¹⁰. Idąc tym tropem, zdrowe jest to, co wyznacza ich „typ biograficzny”. Tymczasem, jak pisał Kazimierz Dąbrowski, swego czasu student F. Znanieckiego na Uniwersytecie Poznańskim: „Chrystus, Sokrates, Giordano Bruno, Savonarola, Joanna d’Arc, ojciec Kolbe, Korczak – to wszystko ludzie, którzy wyrosli w pewnych określonych systemach społecznych, w pewnych zwyczajach i obyczajach i którzy się im przeciwstawili w oparciu o swoje bogate potencjały rozwojowe i swój rozwój autonomiczny”¹¹. Kulturowe kryterium zdrowia jest niewystarczające. Powinno być skonstruowane kryterium osobowe.

Próba przekroczenia socjologiczno-statystycznego modelu zdrowia była definicja przyjęta w Karcie Ottawskiej z 1986 r., według której: „zdrowie jest zespołem potencjalnym, indywidualnym i społecznym, jednym z bogactw naturalnych kraju, determinujących rozwój społeczny, gospodarczy czy indywidualny”¹². W definicji tej zachowana jest pewna równowaga w ocenie zdrowia jako własności jednostkowej i społecznej, co zapobiega jednostronnemu jego traktowaniu przez instytucje społeczne. Socjologowie coraz częściej przedstawiają zagadnienia zdrowia i jego zaburzeń w terminach teorii zachowania i stylów życia: „Schizofrenicy, dzieci, ludzie starzy, ekstrawertycy i kryminaliści, wszyscy mają odmienne style zachowania społecznego. Na podstawie wiedzy o osobowości danej osoby możemy do pewnego stopnia przewidzieć, czy będzie ona szczęśliwa, agresywna, zależniona, albo czy będzie się zachowywała konformistycznie, czy może asertywnie. Innymi słowy, zachowanie społeczne jest, przynajmniej do pewnego stopnia, funkcją osobowości”¹³.

Zdrowie i choroba są związane ze stylem zachowania, pierwszy daje wrażenie szczęścia, komfortu i poczucie bezpieczeństwa (asertywność), drugi – agresję i brak odwagi (lękliwość).

Medyczny model zdrowia

Medyczny model zdrowia opiera się na sześciu kryteriach. Kryterium genetyczne zakłada brak w organizmie wad genetycznych; kryterium morfologiczne – brak deformacji lub naruszeń struktury anatomicznej; kryterium etiologiczne – brak w organizmie patogenów typu bakterie, wirusy, pasożyty, substancje chemiczne lub ciała obce; kryterium funkcjonalne – obecność sił witalnych umożliwiających zwykłą aktywność; kryterium użyteczne – zdolność do wykonywa-

¹⁰ F. Znaniecki, op. cit., s. 269.

¹¹ K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*, Warszawa 1974, s. 33.

¹² Por. Z. Chłap, *Przymierza medycyny dla ochrony człowieka – w duchu „Evangelium vitae”*, (w:) Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, red. T. Styczeń, J. Nagórny, Lublin 1997, s. 369.

¹³ M. Argyle, *Wpływ osobowości i sytuacji na zachowania społeczne*, (w:) M. Argyle, *Psychologia stosunków międzyludzkich*, przeł. W. Domachowski, Warszawa 1991, s. 150.

nia pracy zawodowej, społecznej, publicznej, bez szkodenia sobie i bez nadmiernego wysiłku; kryterium behawioralne – możliwość zintegrowania swojego wzorca zdrowia ze wzorcem społecznym¹⁴. Kryteria te są przyjmowane na ogół bez sprzeciwu, bo zostały oparte na procedurach klinicznych i normach społecznych.

Istnieją też inne kryteria zdrowia i choroby, które znajdują swój wyraz w osobistym odczuciu „bycia zdrowym”. Według historyka medycyny P. Lain Entralgo, tworzą je:

1) poczucie własnej przydatności (vs. możliwości, w granicach odczuwanej ograniczoności);

2) dobre samopoczucie psychosomatyczne (vs. złe samopoczucie psychosomatyczne);

3) poczucie bezpieczeństwa życiowego (vs. brak poczucia zagrożenia ze strony stanu zdrowia);

4) doświadczenie „wolności od ciała” (vs. brak doświadczenia przymusów ze strony ciała, np. drżenie rąk wymuszone chorobie Parkinsona czy ograniczenie ruchu w *sclerosis multiplex*);

5) poczucie pełnego podobieństwa do innych członków społeczeństwa (vs. brak poczucia anormalności w porównaniu z innymi);

6) poczucie wolności w wyborze między samotnością lub towarzystwem (vs. ograniczenie ze względu na wiek, płeć, typologię biologiczną, kontekst społeczny, osobowość)¹⁵.

Z badań socjologów medycyny wynika, że ta sama dolegliwość lub objaw mogą być oceniane jako przejaw zdrowia lub choroby. Na przykład w USA utrata apetytu jest traktowana jako objaw chorobowy w wyższej klasie społecznej przez 75%, w klasie średniej – 50%, zaś w klasie niższej – 20% ich przedstawicieli; uporczywy kaszel za objaw choroby uznaje 77% klasy wyższej, a tylko 23% klasy niższej; bóle mięśniowe i stawowe – 80% klasy wyższej i tylko 19% klasy niższej¹⁶. To, co w Europie lub Ameryce traktowane jest jako zdrowe, może takie nie być w Afryce lub Azji.

Zasadniczym wymiarem zdrowia i choroby w ujęciu medycznym jest „zdrowe ciało” lub „niezdrowe ciało”, z którym harmonizuje „zdrowa psyche” lub zaprzecza mu „niezdrowa psyche”. Wskaźnikiem medycznym dobrego stanu psychofizycznego jest przede wszystkim brak bólu fizycznego i psychicznego, stan relaksu, umiarkowany, stymulujący stres, fizjologicznie ugruntowana aktywność, utrzymujący życie i sprawność psychofizyczną metabolizm biologiczny

¹⁴ Por. P. Lain Entralgo, *Antropologia medica*, Milano 1988, s. 124–125, cyt. za: J. Wróbel, op. cit., s. 142–143.

¹⁵ Por. ibidem, s. 143–144.

¹⁶ Por. ibidem, s. 144.

i psychologiczny, duchowy. Do utrzymania tego stanu rzeczy stosuje się nie tylko odpowiednie procedury dietetyczne, gimnastyczne, rehabilitacyjne czy farmaceutyczne, ale także wychowawcze, pielęgnacyjne i psychologiczne. Wszystko po to, aby zachować zdrową całość – życie bez ran i kalectwa, z wykluczeniem aborcji i nadmiernej agresji. Zdrowa całość daje przyjemność ciału i otoczeniu społecznemu, uzdalnia do seksualnej aktywności, promuje łagodny, prokreacyjny, twórczy styl życia, wyzwala przyjazny i miłosny nastrój oparty na wzajemnej pomocy i życzliwości.

W reakcji na zbyt idealistyczną definicję WHO Międzynarodowe Zgromadzenie Towarzystw Medycznych przedstawiło 30 lat później definicję bardziej realistyczną: „Zdrowie jest to możliwość najdłuższego, samodzielnego, aktywnego i twórczego życia bez chorób i niepełnej sprawności, albo nawet razem z nimi, jeśli nie da się ich wyeliminować”. Akcent na samodzielność, aktywność i twórczość zbliża tę definicję do modelu społecznego.

Stosunkowo najczęstsze jest dziś identyfikowanie zdrowia z powodzeniem, a choroby z niepowodzeniem w stosunkach społecznych i karierą osobistą, które identyfikowane są z rozwojem lub zablokowaniem w rozwoju własnych potencjałów zdrowia. Za rodzaj symptomu zdrowia społecznego uważa się np. wzrost dochodu lub mieszkanie w elegantszej dzielnicy, wyższe stanowisko w pracy, reprezentacyjną konsumpcję, agresywną formę samorealizacji, a za symptom choroby społecznej – sytuacje i stany przeciwne. „Widać, jak wielki jest stopień pomieszania pojęć – pisze Stanisław Grof – skoro tego typu kryteria mogą być brane pod uwagę w koncepcjach klinicznych. Nietrudno wykazać, że wzrost ambicji, rywalizacji i potrzeby wywarcia wrażenia jest dowodem narastania patologii, a nie poprawy. W obecnym stanie świata wyrazem zasadniczego zdrowia psychicznego z powodzeniem może być dobrowolna prostota”¹⁷.

Psychologiczne modele zdrowia

W latach 60. XX wieku Maria Jahoda¹⁸, korzystając z klasyfikacji Gordona Allporta opartej na jego koncepcji „dojrzałej osobowości”¹⁹, dokonała przeglądu pojęć dojrzałości i zdrowia psychicznego. Wyróżniła sześć pozytywnych kategorii, które decydują o zdrowiu jako przeciwieństwie choroby. Są to:

¹⁷ S. Grof, *Kryteria zdrowia psychicznego i skuteczności leczenia*, (w:) S. Grof, *Poza mózg. Narodziny, śmierć i transcendencja w psychoterapii*, przeł. I. Szewczyk, Kraków 2000, s. 505–506.

¹⁸ M. Jahoda, *Current concepts of positive mental health*, New York 1958.

¹⁹ Por. G. Allport, *Becoming*, Yale University 1955, cyt. za: G. Allport, *Jak stajemy się sobą. Z podstaw psychologii osobowości*, przeł. H. Bartoszewicz, (w:) *Osobowość i religia*, Warszawa 1988, s. 7–81.

- 1) sposoby postrzegania samego siebie²⁰;
- 2) stopień wzrostu, rozwoju i samorealizacji, dynamika przekształceń psychicznych i realizacji potencjału rozwojowego²¹;
- 3) integracja, równowaga psychiczna, reakcja na stres, reakcje reparacyjne;
- 4) autonomia, niezależność wobec otoczenia, samosterowność²²;
- 5) typ wrażliwości, życzenia i obawy wobec innych, empatia lub jej brak²³;
- 6) panowanie nad otoczeniem, reakcje sytuacyjne, realizacja zadań i problemów życiowych²⁴.

Nieco inaczej niż zdrowie społeczne i choroba społeczna definiowane jest zdrowie psychiczne i choroba psychiczna. Interesujące są tu dwa podobne do siebie ujęcia amerykańskiego egzystencjalnego psychologa A. Maslowa i polskiego egzystencjalnego psychiatry K. Dąbrowskiego. Zasadnicza różnica między tymi modelami polega na tym, że K. Dąbrowski wyraźniej akcentuje elementy zdrowia w chorobie, a nawet dezintegrację psychiczną i chorobę traktuje jako moment lub fenomen przejścia do zdrowia wyższego poziomu. Model Maslowa mocniej natomiast akcentuje znaczenie więzi międzyludzkich i nieświadomości, ale jest podejrzliwy wobec dezintegracji.

Na początku lat 50. A. Maslow jako ludzi zdrowych psychicznie określał tych, którzy a) w pełni zaspokajają własne potrzeby podstawowe, b) nie mają ukrytej psychopatologii, c) w pełni uświadamiają sobie i realizują własne talenty i możliwości. W czasie badań prowadzonych przez następne lata zorientował się, że nie można pogodzić kryterium całkowitej realizacji potrzeb podstawowych z potrzebą twórczości, a także, że nie da się wyeliminować uczucia zmartwienia, niezadowolenia z siebie, które towarzyszą jednostkom myślącym. W związku z tym zmodyfikował swój pierwszy model zdrowej osobowości. A oto jakie cechy charakteryzują „zdrowego osobnika” w pełnym modelu A. Maslowa:

²⁰ Por. G. W. Allport, *Pattern and growth in personality*, New York 1966; K. Dąbrowski, *Nerwowość dzieci i młodzieży*, Warszawa 1935; A. Maslow, *Motivation and personality*, New York 1954.

²¹ Por. A. Maslow, *Deficiency motivation and growth motivation*, (w:) *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln 1955.

²² D. Riesman w książce *Samotny tłum* wyróżnia trzy typy osobowości: 1) typ sterowany przez tradycję (*tradition directed types*), 2) typ wewnątrzsterowny (*inner directed types*), 3) typ zewnętrzsterowny (*other directed types*). Typ zewnętrzsterowny nie ma wyraźnego rdzenia „ja”, jest konformistyczny, zależny od reakcji i życzeń innych, nie dąży do sławy, ale pragnie przede wszystkim szacunku i sympatii ze strony amorficznego i zmiennego w nastrojach grona rówieśników – jego zdrowie jest zdepersonalizowane. Por. D. Riesman, N. Glazer, R. Denney, *The lonely crowd. A study of changing American character*, New York 1956, s. 163, 185.

²³ H. Cleckley, *The mask of sanity*, St. Louis 1964; por. K. Pospiszyl, *Psychopatia. Istota, przyczyny i sposoby resocjalizacji antysocjalności*, Warszawa 1985.

²⁴ Por. A. Adler, *What life should mean to you*, Boston 1931.

- jaśniejsza, skuteczniejsza percepcja rzeczywistości,
- większa otwartość na doświadczenia,
- wzmożona spontaniczność i ekspresja, pełne funkcjonowanie,
- wzmożona integracja, jedność i całość,
- rzeczywista jaźń, zdecydowana tożsamość, autonomia, jedyność,
- wzmożona obiektywność, oderwanie, transcendentna jaźń,
- wyzyskanie zdolności twórczych,
- umiejętność łączenia konkretnego z abstrakcją,
- demokratyczna struktura charakteru,
- zdolność do miłości²⁵.

Ciekawe, że w tym modelu brakuje kryterium wolności. Bez niej zdrowie jest tylko wyrazem mechaniki życia, swego rodzaju szczęśliwym przymusem. Aby uzupełnić obraz „zdrowego osobnika”, warto odwołać się do zbioru cech, które tworzą „człowieka samorealizującego się”²⁶.

Inaczej do zagadnienia osobowości podchodzi K. Dąbrowski. Według niego osobowość jest syntezą samodzielnych aktów jaźni, aktów samo-uświadamiania, samo-wybrania, samo-potwierdzania i samo-wychowania, które utrzymują i kształtują jedność psychofizyczną człowieka, utrzymują jego tożsamość i ukierunkowują na wartość i sens życia²⁷. Z tym modelem związana jest definicja zdrowia psychicznego i choroby psychicznej, która obejmuje także czynniki samowiedzy i samoświadomości, takie jak: rozumienie, przeżywanie, odkrywanie, tworzenie – coraz wyższej rzeczywistości i wartości.

Granicą wykorzystania tych zdolności jest osobowość i jej „konkretny ideał”, w którym zawarte są esencjalne doświadczenia życiowe człowieka. Zdrowie jest nie tyle stanem, ile potencjałem, który rozwija się w ciągu życia. Choroba byłaby tu efektem zatrzymania metabolizmu psychofizycznego, rodzajem uwięzienia lub zablokowania i degenerowania się procesów życiowych. Aby uwzględnić tego rodzaju sprzeczne zjawiska, K. Dąbrowski wprowadza pojęcie rozwoju, który nie może odbywać się bezboleśnie, obok radości wyzwala smutek, styka życie z doświadczeniami śmierci.

Postulatem zdrowia psychicznego lub zdrowej osobowości nie jest poszukiwanie zdrowia, lecz poszukiwanie rozwoju, który integruje stany przeciwne (choroby) w całość procesów dających równowagę z nadwyżką zdrowia. Autor ten sformułował aforyzm, w którym połączył postulat poznawczy z kontekstem ontologicznym zdrowia w rozwoju, czyli zdrowia w korelacji z chorobą, w tym

²⁵ A. Maslow, *W stronę psychologii istnienia*, przeł. I. Wyrzykowska, Warszawa 1986, s. 155.

²⁶ A. Maslow, *Motywacja i osobowość*, przeł. P. Sawicka, Warszawa 1990, s. 212–250.

²⁷ K. Dąbrowski, *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegracje pozytywną*, Lublin 1984, s. 36–39.

przypadku psychiczną: „nie szukaj zdrowia psychicznego, szukaj rozwoju, a znajdziesz jedno i drugie”²⁸.

Dla oceny rozwoju zdrowia konieczne są jego oznaki, które nie eliminują z definicji zdrowia stanów przeciwnych i negatywnych. Jedną z nich jest twórczość: „lecz się własnym rozwojem i twórczością”²⁹. Przedstawiam tu skróconą wersję listy czynników zdrowia psychicznego, której szerszą wersję przedstawiłem gdzie indziej, łącząc różne ujęcia cząstkowe K. Dąbrowskiego³⁰.

Strukturę zdrowej osobowości wyznaczają lub realizują następujące czynniki:

- cykl biologiczny (faza rozwoju, struktura cielesna),
- typ psychologiczny (zamknięty v. otwarty),
- pamięć emocjonalna (głęboka v. płytka, długotrwała v. krótkotrwała),
- rodzaj otoczenia (wspierające v. niszczące),
- stosunek do trudności życiowych (optymizm v. pesymizm),
- struktura zaburzeń psychicznych (nerwice v. psychozy),
- uzdolnienia i talenty (jednostronne v. wielostronne),
- poziom inteligencji intelektualnej i emocjonalnej (wysoki v. niski),
- potrzeba wolności, transcendencji i rozwoju duchowego (mała v. duża),
- zdolność do empatii, miłości i przyjaźni (rozwinięta v. nierozwinięta).

Z tych ogólnych wskaźników zdrowia psychicznego w rozwoju, a więc zawierającego i integrującego stany chorobowe, zaburzenia, itp., daje się wyprowadzić bardziej szczegółowe profile zdrowia psychicznego w rozwoju, które korelują z trzema poziomami rozwoju: przeciętnego, wszechstronnego i jednostronnego.

Profile osobowości i zdrowie psychiczne

Badanie zdrowia i choroby psychicznej jako egzystencjalnego wymiaru człowieka doprowadziło K. Dąbrowskiego do wyodrębnienia trzech profili zdrowia związanych z odpowiednimi typami rozwoju osobowości. Profil „A” odnosi się do zdrowia psychicznego osób przeciętnych, „B” jednostronnie rozwiniętych i „C” wszechstronnie rozwiniętych.

Indeks behawioralny zdrowia psychicznego profilu „A” obejmuje:

- przystosowanie do zmieniających się warunków życia,
- krótkie okresy nieprzystosowań o niezbyt silnym napięciu,

²⁸ Paweł Cienin (wł. K. Dąbrowski), *Myśli i aforyzmy egzystencjalne*, Londyn 1970; wyd. 2, Zagórze 1980, s. 25.

²⁹ Ibidem, s. 25.

³⁰ T. Kobierzycki, *Personalistyczne teorie zdrowia psychicznego (A. Maslow i K. Dąbrowski)*, (w:) *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*, red. T. Kobierzycki, Warszawa 1993, s. 7–16.

- dawanie sobie rady z trudnościami życia codziennego,
- kierowanie się tendencją do realizacji potrzeb podstawowych, bez większych hierarchicznych wyłomów,
- dążenie do kariery, zamożności, wyższej pozycji społecznej i stanowiska, które się liczy,
- słabe, okresowe tendencje alterocentryczne,
- umiarkowane i nieczęste przeżycia smutku i depresji,
- znaczny wpływ otoczenia na przekształcenia wewnętrzne,
- krótkie chwile emocji,
- mało świadomą, stereotypową religijność.

Indeks behawioralny zdrowych zachowań grupy „A” jest statystycznie najczęstszy i może być zidentyfikowany ze statystycznie najczęstszym profilem zdrowia psychicznego.

Indeks behawioralny zdrowia psychicznego profilu „B” obejmuje:

- wybitne, ale jednostronne uzdolnienia lub talenty i silną dążność do ich realizacji,
- współistnienie dużych braków osobowości, kontrastujących z wybitnymi uzdolnieniami,
- słabą tendencję do przemian wewnętrznych,
- małą zdolność do rozwoju psychicznego środowiska wewnętrznego (koreluje zwłaszcza z jednostronnymi uzdolnieniami, np. matematyków, fizyków, techników, polityków),
- częstą postawę agresywną, z tendencjami do okrucieństwa,
- na ogół małą zapadalność na zaburzenia psychiczne,
- brak wyraźnej postawy empatycznej wobec innych,
- specyficzną, manipulacyjną postawę społeczną,
- małe potrzeby i dążności transcendentne,
- formalistyczne podejście do religii lub antyreligijność.

Ten typ zdrowia psychicznego charakteryzują wybitne uzdolnienia techniczne (niehumanistycznych) i zamknięta („psychopatyczna”) organizacja osobowości, której przeciwieństwem jest otwarta („psychoneurotyczna”) organizacja osobowości.

Indeks behawioralny zdrowia psychicznego profilu „C” obejmuje:

- silną tendencję do przekraczania cyklu biologicznego i cyklów z nim zintegrowanych (psychologicznego, psychopatologicznego, duchowego),
- wyraźne objawy wzmożonej pobudliwości psychicznej (głównie uczuciowej, wyobraźniowej i intelektualnej),
- drogę rozwojową poprzez nerwowość, nerwice i psychonerwice,
- potrzebę przebudowy siebie, oparte na historii ciężkich przeżyć i dążenie do przekraczania „siebie tymczasowego”,
- trwałą chęć pomocy innym w przekraczaniu „siebie tymczasowego” i rozwoju,

- wszechstronnie rozwinięte „wewnętrzne środowisko psychiczne”,
- dążenie do coraz pełniejszego, wielopoziomowego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości,
- silne dążenie do uzupełnienia swoich braków osobowości (samowychowanie, autoterapia, autotranscendencja),
- szeroki i przyspieszony rozwój ku osobowości, która jest celem (esencją) najwyższego poziomu zdrowia psychicznego,
- dążenie do transcendencji zastanej rzeczywistości, wielopoziomowość postaw, coraz wyraźniejsze widzenie „konkretnego ideału”.

Globalne zdrowie psychiczne jest wynikiem syntezy i przemiany konfliktu, jaki wynika ze starcia sił życia i sił śmierci. Napięcie egzystencjalne, którego wyrazem jest choroba, staje się tak wielkie, że wywołuje lęk. Człowiek w rozwoju konfrontuje siebie ze światem i zajmuje wobec niego własne stanowisko: „Im silniejsze jest napięcie między postawami obiektywnymi i subiektywnymi, egzystencją i esencją, śmiercią i istnieniem – tym bliższy jest zarys rozwiązań pozytywnych lub bliższa jest choroba umysłowa lub samobójstwo”³¹ – podkreśla K. Dąbrowski w swoim zbiorze myśli i aforyzmów egzystencjalnych.

Egzystencjalny model zdrowia

Zagadnienie zdrowia dosyć łatwo daje się przedstawić w terminach nauki, trudniej w terminach filozofii. Refleksja tego typu jest nieciągła, sprzeczna, fragmentaryczna. Niewiele jest ujęć, które rysują zdrowie jako czynnik natury, osoby lub osobowości.

Zdrowie jest według Tomasza z Akwinu habitualną dyspozycją ciała, odnoszącą się do duszy jako zasady we właściwy sposób³². Jak pisze K. Wojtyła: „Człowiek, nawet bardzo zdeintegrowany somatycznie, reprezentuje bardzo często osobowość wysokiej klasy”³³. Odnosi się to także do dezintegracji psychicznej. Autor rozróżnia pomiędzy dezintegracją aktualną, habitualną i „potencjalną” – w znaczeniu dezintegracji samej potencjalności człowieka. Istnieje różnica pomiędzy faktem jednorazowego nieskojarzenia czyjegoś nazwiska z wyglądem zewnętrznym jakiejś osoby, a faktem częstego nieskojarzenia jednego z drugim.

Nie jest to tylko wada poznawcza, ale wada, która wkracza w akty wyboru i samostanowienia, ale także wada behawioralna, „a ta wada – im gruntowniejsza – tym bardziej udziela się samej osobie, tym bardziej odciska ujemne piętno

³¹ Paweł Cienin, op. cit., s. 7.

³² Por. St. Thomas, I-II q. 49 a 2; q. 50 a 1.

³³ K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, Kraków 1985, s. 264.

na właściwych strukturach samo-panowania i samo-posiadania”³⁴. K. Wojtyła nie rozstrzyga tej kwestii na rzecz definicji zdrowia lub choroby, ale chce „wydobyć to podstawowe znaczenie integracji, jak i dezintegracji (poniekąd znaczenie integracji poprzez dezintegrację) z coraz wnikliwszego wglądu w dynamiczną rzeczywistość osoby i czynu”³⁵.

Próbę uratowania naukowego obrazu choroby i zdrowia poprzez wskazanie ontologicznych kryteriów jedności osoby w chorobie podjął w swoich rozważaniach K. Dąbrowski, ukazując, że to, co zdeintegrowane, jest bardzo często zarodkiem czegoś nowego, nowej jedności i nowego wymiaru osobowości. Dezintegracja psychiczna i jej fenomeny negatywne są wyrazem załamania ontologicznej jedności osoby (jej „ja”), ale rzadko ma ono charakter habitualny, jak to na pierwszy rzut oka może się wydawać.

Psychiatrzy o nastawieniu humanistycznym, którzy uwzględniają podobny ontologiczny obraz choroby psychicznej (i zdrowia psychicznego), np. Ronald Laing, Thomas Szasz, traktują psychozę jako chorobę przemiany osobowości, która ulega załamaniu, ale może być podtrzymywana i leczona. Wskazują zatem na pozytywne (obok negatywnych) potencjały podziału „ja” na dwie odrębne części, które niszczą jedność ontologiczną sfery psychicznej chorego „psychicznie” człowieka.

Zdrowa witalność i duchowość zdrowia

Zdrowie jest najlepszą aktualizującą się wciąż syntezą czynników ciała i psychiki człowieka w procesie życia, które ulega maksymalizacji, a po osiągnięciu apogeum – minimalizacji aż do śmierci. Człowiek jest sterowany przez rozwój, dezintegrację, twórczość, transgresję, wolność, miłość, przyjaźń, zabawę, pracę, chorobę i transcendencję tego, co aktualne. Ludzkie zdrowie można rozumieć jako pozytywne uduchowienie cielesności i ucieleśnienie ducha. Witalne ciało jest chorowite, ale podlega duchowi.

„Wielką wartością jest ciało silne, zahartowane i sprężyste, jako wyraz i narzędzia ducha. Wahania fizycznego zdrowia przyczyniają się niekiedy więcej do pełnego rozwoju osoby ludzkiej niż niewątpliwa witalność. Samo tylko cielesne zdrowie znaczy o wiele mniej niż zdrowie psychiczne i duchowe”³⁶. Jednak medycyna współczesna, a zwłaszcza psychiatria w ślad za psychoanalizą stara się komentować np. stany mistyczne jako fenomeny nienaturalne. Mechanistycz-

³⁴ Ibidem, s. 239.

³⁵ Ibidem.

³⁶ B. Haering, *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, Warszawa 1975, s. 54.

na nauka Zachodu z reguły uznaje wszelkiego typu doświadczenia duchowe za zjawiska patologiczne. Główny nurt psychoanalizy, podążając za przykładem Freuda, objaśnia mistyczne stany jednoczące i oceaniczne jako regresję do pierwotnego narcyzmu i bezradności dziecka³⁷ oraz uważa religię za zbiorową nerwicę natręctw³⁸.

Doskonale znany psychoanalityk, Franz Alexander, napisał artykuł omawiający stany osiągane w medytacji buddyjskiej jako samodzielnie wywoływaną katatonię³⁹. Wielcy szamani różnych tradycji plemiennych zostali scharakteryzowani jako schizofrenicy lub epileptycy, a rozmaite etykiety psychiatryczne nadano wszystkim ważniejszym świętym, prorokom i nauczycielom religijnym⁴⁰.

Wiele jest opracowań opisujących podobieństwa między mistycyzmem a chorobą psychiczną, ale niewiele takich, które różnicują je wyraźnie, ukazując te stany jako wyższy rodzaj zdrowia. Ponad ćwierć wieku temu w Raporcie Zespołu ds. Postępów Psychiatrii scharakteryzowano mistycyzm jako „zjawisko pośrednie między normalnością a psychozą”⁴¹ lub jako rodzaj „psychozy kroczącej” (przeciwstawianej „psychozie kwitnącej”) oraz „włączenie psychozy w osnowę społeczną i historyczną”⁴² (np. Budda, Jezus czy Mahomet).

II. CHOROBA

Problem choroby, tak jak problem zdrowia, towarzyszy człowiekowi od momentu urodzenia. Istnieje wiele teorii, które opisują chorobę jako zjawisko naturalistyczne, psychosomatyczne, antropologiczne, metafizyczne⁴³. Choroba w ujęciu encyklopedycznym to „stan, który aktualnie albo potencjalnie przeszkadza w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka”⁴⁴. Choroba to nieporządek

³⁷ S. Freud, *Das Unbehagen in der Kultur* (1930), cyt. za: Z. Freud, *Kultura jako źródło cierpień*, przeł. J. Prokopiuk, Warszawa 1992.

³⁸ S. Freud, *Zwangshangshandlungen und Religionsbungen* (1908), cyt. za: Z. Freud, *Czynności natrętne a praktyki religijne*, przeł. R. Reszke, (w:) idem, *Dzieła*, t. II, Warszawa 1996.

³⁹ F. Alexander, *Buddhist Training as Artificial Catatonia*, „Psychoanalytical Review” 1931, nr 18, s. 129.

⁴⁰ S. Grof, *Kryteria zdrowia psychicznego...*, s. 509–510.

⁴¹ *Mysticism: Spiritual Quest or Psychic Disorder. Group for the Advancement of Psychiatry*, Committee on Psychiatry and Religion, Waszyngton 1976.

⁴² S. Grof, *Kryteria zdrowia psychicznego...*, s. 510.

⁴³ Por. K.E. Rothschild, *Der Krankheitsbegriff*, (w:) *Was ist Krankheit*, ed. K.E. Rothschild, Darmstadt 1975, s. 397–420.

⁴⁴ S. Poznańska, *Choroba*, (w:) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, red. M. Barczyński, J. Bogusz, Kraków 1993, s. 58.

funkcjonalny, anatomiczny czy morfologiczny, zakłócenie równowagi witalnej, uszkodzenie ciała lub psychiki, zagrożenie dla życia itp.

W definicjach biologicznych choroba to „ogół odbiegających od normy zjawisk cechujących pewną grupę żywych organizmów, w powiązaniu z pewną określoną wspólną cechą lub zbiorem cech, ze względu na które różnią się one od normy swoistej dla danego gatunku w taki sposób, iż jest to dla nich biologicznie niekorzystne”⁴⁵.

Medycyna systematyzuje choroby na podstawie dotkniętych przez nią struktur, np. jako choroby nerwowe, psychiczne, płuc, oczu, uszu itd. Choroby dzieli się najczęściej na trzy grupy: związane z układem wewnątrzwydzielniczym, strukturą anatomiczną i korelacją psychosmatyczną.

Model medyczny choroby

Choroba polega na załamaniu całości organicznej i jej funkcji, a także zdolności do rekonstruowania się systemu żywego i reperacji sprawności. Choroba to „reakcja dynamiczna ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego, wyrażająca się zaburzeniem naturalnego współdziałania narządów i tkanek, zwykle prowadzi do zmian czynnościowych i organicznych w ustroju”⁴⁶.

Reakcja organizmu na załamanie równowagi w krótkim czasie, potrzebnym na jej odbudowanie, nazywana jest stanem zapalnym lub ostrym. Gdy organizm odzyskuje stan równowagi wraz z brakiem strukturalnym, ubytkiem funkcji lub zupełnym ich zanikiem mamy do czynienia z chorobą przewlekłą lub stanem inwalidztwa i trwałego kalectwa. Gdy ponowne odzyskanie równowagi przekracza możliwości organizmu i następuje jego całkowite załamanie, można mówić o „chorobie śmiertelnej”.

Współczesne definicje medyczne wskazują na dwa stany organizmu, którego systemy ulegają załamaniu – stan dolegliwości i stan choroby. W anglosaskiej teorii medycznej rzeczywista choroba (ang. *sicknes*) różni się od dolegliwości (ang. *diseases*) i poczucia choroby (ang. *illness*)⁴⁷. Magdalena Sokołowska, wyjaśnia, że dolegliwość (*disease*) stanowi tradycyjny obszar działania lekarzy. Zmiana patologiczna organizmu „może być albo następstwem załamania się jego struktury anatomicznej, albo rezultatem zaatakowania przez jeden organizm (np. przez drobnoustrój chorobotwórczy) drugiego organizmu – gospodarza, czyli człowieka, co ma dla niego dające się przewidzieć negatywne skutki. Poczucie dyskom-

⁴⁵ H.R. Wulf, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, op. cit., s. 76.

⁴⁶ B. Ashley, K. O'Rourke, *Fisica e metafisica della salute e della malattia*, (w:) *Bioetica fondamentale generale*, ed. G. Russo, Torino 1995, s. 195.

⁴⁷ M. Markiner, *Po co robić z ludzi pacjentów?*, (w:) *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1993, s. 132–135.

fortu (*illness*) oznacza stan subiektywny jednostki, jej złe samopoczucie”⁴⁸. To ostatnie pojęcie stosuje się najczęściej w dolegliwościach o etiologii psychologicznej. W przypadku braku wyraźnych przyczyn somatycznych, ich źródeł szuka się w psychice, łącząc je z „nieadekwatną osobowością”, histerią lub innymi „nerwicami”. Stan choroby jest wzmacniany przez społeczne procedury medykacji i status bycia pacjentem. Choroba włączana jest w wymiar społeczny, socjokulturowy. Konstruowanie stanu choroby dokonuje się na drodze a) projekcji, b) apriopriacji, c) interpretacji⁴⁹.

Od starożytności symbolem choroby jest ból. Wartość tego objawu dla diagnozowania choroby doceniali Hipokrates, Galen i Awicenna. Jednak dopiero w 1864 r. ukazała się pierwsza medyczna rozprawa o bólu, której autorem był Erich H. Weber. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (IASP) przyjęło następującą definicję bólu: „jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne spowodowane uszkodzeniem lub zagrożeniem uszkodzenia tkanek, bądź odnoszone do takiego zagrożenia”⁵⁰.

Ból jest doznaniem zmysłowym, czuciem, które ma swoją anatomię i fizjologię, a więc jest zadaniem dla organizmu: „Brak tego czucia jest zatem kalectwem, takim jak brak innych zmysłów”⁵¹. Ból jest też doznaniem psychicznym, reakcją na bodziec psychiczny, który się autonomizuje jako np. rozpacz czy obłęd, lub somatyzuje np. w histerii. Ból nie zawsze łączy się z uszkodzeniem, które może nawet prowadzić do śmierci. Zatrucia, a nawet uszkodzenia płuc i mózgu nie powodują bólu. Ból jednak może być wyrazem stosunku do uszkodzenia. Mówi się wtedy o bólu psychogennym. Ból może być zablokowany przez inne bodźce czuciowe lub psychiczne, np. podczas walki, zawodów sportowych, słuchania muzyki lub oddziaływania innej osoby.

Organizm ma zdolność do czucia „szkodliwego bodźca”, nazywa się to czuciem nocyceptywnym. Nazwę tę wprowadził wybitny neurofizjolog Charles Sherrington i jest ona powszechnie przyjęta. Impulsy bólowe zmierzają do ośrodków mózgowych, następnie pojawia się reakcja na ból, w której bierze udział wiele układów. Psychiczna reakcja na ból jest cechą indywidualną, zależy od świadomości, stanu układu nerwowego itp.

Na poziomie ciała ważnym typem reakcji jest ucieczka od bodźca bólowego lub obrona przed jego działaniem. Na poziomie psychiki reakcji na ból odpowiadają odkryte przez psychoanalizę „mechanizmy obronne” jaźni. Dzięki nim człowiek mógł przetrwać w swym środowisku, różnicując bodźce szkodliwe i broniąc się przed nimi. Reakcję na ból wykorzystuje się w praktyce klinicznej, aby ocenić stopień zaburzenia przytomności.

⁴⁸ M. Sokółowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 14.

⁴⁹ Por. P. Lain Entralgo, op. cit., s. 162–165.

⁵⁰ Por. T. Domżał, *Ból czy cierpienie*, (w:) *Medycyna u progu XXI wieku. Humanitarne aspekty medycyny*, red. K. Imieliński, Warszawa 1998, s. 63.

⁵¹ Ibidem.

Drugi rodzaj reakcji na ból identyfikowany jest jako „obrona mięśniowa”, która zabezpiecza i osłania miejsce uszkodzenia. Powstaje niezależnie od woli i świadomości, a objawia się jako skurcz mięśni (np. jako „twardy brzuch”, skrzywienie kręgosłupa w dyskopatii itp.).

Trzeci rodzaj reakcji na ból uwidacznia się jako specyficzny rodzaj zachowania i wyraz (np. wykrzywanie ust, zaciskanie zębów, załamywanie rąk itp.). Można ją rejestrować za pomocą elektromiografii lub fotografii. Opisał ją już Hipokrates i znana jest w literaturze medycznej jako „twarz hipokratesowa”.

Oprócz tego wyróżnia się wegetatywną i wewnątrzwydzielniczą reakcję na ból. W starożytności ideałem była ćwiczenie się w niewrażliwości na ból fizyczny (anestezja) i psychiczny (apatia). Dziś już wiadomo, że w bólu przewlekłym odnajdujemy cechy depresji, stwierdzane u 80% chorych. W depresji ból jako objaw pierwszoplanowy występuje w 65% przypadków, maskując kliniczne cechy depresji. W ostrym bólu objawem reakcji psychicznej bywa też lęk, który również może być potraktowany jako psychologiczny model choroby. Obok bólu coraz większą rolę w budowaniu modelu choroby odgrywa teoria stresu rozwinęta przez Hansa Selye’ego.

Kulturowy model choroby

Wybitny polski lekarz kardiolog Julian Aleksandrowicz wiązał chorobę ze zjawiskami kulturowymi: „Częstość i charakter uszkodzeń ciała, a więc choroby są uwarunkowane kulturowo (nie precyzuję tutaj słowa „kultura” – używam go wyłącznie jako pojęcie funkcjonalne, co zwalnia mnie od wyboru jednej z rozlicznych definicji). Powstają one bądź w następstwie rany bojowej zadanej człowiekowi przez człowieka lub obrażeń w wypadku drogowym, bądź też mogą mieć etiologię toksyczną, drobnoustrojową, psychosomatyczną itp., wyzwoloną zaburzeniami powstałymi w środowiskach biologicznym i społecznym”⁵².

Kulturowe odczucia związane z urazami mają znaczenie dla sposobu chorowania i zdrowienia. „Chorobę jak i zdrowie należy ujmować nie tylko w aspekcie biologicznym, lecz również w aspekcie społecznym, a więc i moralnym”⁵³. Stosunek do innego człowieka, do jego uczuć i wartości, które wyznaje, jest tak samo ważny, jak stosunek do rany:

„Nie są zdrowi ani jednostka, ani społeczność, gdy:

- akceptują wzory kulturowe podlegające nieludzkiemu prawu »sprawiedliwości mocniejszego«,
- nie dostrzegają, że w zgodzie z rytmem życia wegetatywnego, tj. narodzin, dojrzewania, starzenia się i śmierci, wszystkie istoty są sobie równe,

⁵² J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Warszawa 1982, s. 63.

⁵³ Ibidem s. 18.

- z jakichkolwiek powodów wywyższają się nad innych,
- nie potrafią rozwiązywać osobistych i międzynarodowych konfliktów bez krzywdy innych,
- nie wykorzystują naturalnych możliwości nieustannego dojrzewania duchowego,
- nie potrafią zmobilizować się od wysiłku koniecznego do przełamania samych siebie i tych społecznych stereotypów myślenia i działania, które zwiększają cierpienia własne i innych ludzi,
- sens życia upatrują jedynie w jak największej liczbie dóbr konsumpcyjnych, bez określenia ich pułapu, miast dążyć do tego, aby mieć po to, by móc być coraz doskonalszym, by odnaleźć cel swego istnienia w przyczynianiu się swym postępowaniem do przetrwania rodzaju ludzkiego.

Przyczyn chorób poszukujemy przeto w kulturowo uwarunkowanych formach naszych związków ze środowiskiem biofizycznym i psychospołecznym⁵⁴.

Chorobą społeczną jest zatem niesprawiedliwość, wzmaganie cierpień, przesadne bogacenie się, postawa nierówności, niezgodności życia z rytmem biologicznym i przyrodniczym, krzywdzenie innych i celebrowanie stereotypów i konfliktów.

Psychologiczny model choroby

Człowiekiem, który zhumanizował obraz chorych psychicznie, był Philippe Pinel, jeden z najbardziej wpływowych lekarzy paryskich początku XIX wieku. Stwierdził on: „Jestem przekonany, że ludzie ci nie są nieuleczalnie chorzy i mogą wrócić do zdrowia, jeśli znajdą się na świeżym powietrzu i odzyskają wolność”⁵⁵. Oto niezrealizowany w pełni postulat wolności dla ludzi chorych psychicznie. Postulat organizacyjny, który ma jednak głębsze znaczenie.

Pod koniec XIX wieku dokonał się znaczny postęp w rozwoju nauki o chorobach psychicznych. Psychiatra Emil Kraepelin połączył traktowane wcześniej jako oddzielne choroby: hebefrenię, katatonię i paranoję w jeden zespół – *dementia praecox* (1869). Sklasyfikował je razem, gdyż jak zauważył, charakteryzuje je „stopniowy rozpad”. Przypuszczał, że choroby te wywoływane są przez zaburzenia metaboliczne lub degenerację mózgu. Odróżnił też psychozę od depresji maniakalnej, wskazując, że mają one inny przebieg.

Eugen Bleuler zauważył, że *dementia praecox* może mieć formę prostą lub ostrą, a zaburzenia, które ją charakteryzują, można lepiej opisać jako „rozpływanie się” (*splitting*). Po piętnastu latach kariery wyrażenia „otępienie wczesne”

⁵⁴ Ibidem, s. 20–21.

⁵⁵ Por. J. LeDoux, *The emotional brain* (1996), cyt. za: idem, *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*, przeł. A. Jankowski, Poznań 2000, s. 264.

Bleuler wprowadził termin „schizofrenia”. Dalszym krokiem było określenie czterech symptomów „A” (*four „A” symptoms*), które konstruują schizofrenię chroniczną: 1) zaburzenia afektywne, 2) autyzm, 3) ambiwalencja, 4) zaburzenia kojarzenia. Do drugorzędnych symptomów schizofrenii zaliczono: halucynacje, złudzenia (*delusions*), zmieszanie (*confusion*), płynność nastroju (*fluctuation of mood*), otępienie (stupor) lub katatoniczne zeszywnienie (*catatonic rigidity*). Inna jest schizofrenia ostra, o burzliwym przebiegu, z mniejszą ilością objawów drugorzędnych i krótszym czasem trwania. Współcześnie podział ten funkcjonuje pod nazwą „procesów” i „form reaktywnych”.

W tym samym czasie, w którym E. Kraepelin formułował własną definicję choroby psychicznej, Sigmund Freud, badając historię jako formę zaburzenia psychicznego, zwrócił uwagę na znaczenie konfliktu wewnętrznego i lęku jako dynamizmów choroby. Pod wpływem tego odkrycia wielu psychiatrów przyjęło trójwymiarowy model choroby psychicznej, w którym wszystkie postaci psychopatologii są pochodnymi lęku⁵⁶. Nerwica jest wynikiem częściowo skutecznego działania mechanizmów obronnych przed lękiem, któremu towarzyszą symptomy⁵⁷. W tym modelu psychoza jest traktowana jako efekt działania lęku, który załamuje i zmusza do wycofania „ja”. Chorobę psychiczną od zdrowia psychicznego odróżnia „stopień lęku”⁵⁸. Adolf Meyer stwierdził, że schizofrenia nie jest jednostką chorobową, „lecz raczej złym przystosowaniem wywołanym przez doświadczenia życiowe”⁵⁹.

Pod wpływem fascynacji teorią Freuda psychiatrzy, głównie amerykańscy, zbudowali nowe modele zaburzeń psychicznych i chorób, wyróżniając wiele fobii, różne rodzaje ataków lękowych, wiele typów zaburzeń nastroju i myślenia, zaburzenia psychosomatyczne, osobowości społeczne, liczne postaci uzależnień itd. Różnicowanie poszło tak daleko, że wydaje się mało funkcjonalne. Aby temu zaradzić, następuje łączenie różnych „chorób”, np. agorafobię łączy się z atakami lękowymi, a depresję maniacką z uzależnieniem od kokainy itd. (por. DSM I – 1980, DSM IV – 1994).

Próbie umiarkowanego połączenia twierdzeń psychoanalizy i psychiatrii podjął w USA Erik H. Erikson w swojej koncepcji kryzysów życiowych i rozwoju epigenetycznego, a w Polsce autor teorii dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowski, który wymienił tylko 26 jednostek chorobowych usystematyzowanych w następujących grupach:

⁵⁶ D. Klein, *Anxiety reconceptualized*, (w:) *New research and changing concepts*, eds. D. Klein, J. Rabkin, New York 1981.

⁵⁷ E. Kraepelin, *Dementia Praecox and Paraphrenia*, Edinburgh 1919.

⁵⁸ Por. J. LeDoux, *Krótką historia chorób psychicznych*, (w:) idem, *Mózg emocjonalny...*, s. 267.

⁵⁹ Por. A. Meyer, *Fundamental Conceptions of Dementia Praecox in the Commonsense Psychiatry of Dr Adolf Meyer*, ed. A. Lief, New York 1948.

grupa I obejmuje: 1) psychopatię, 2) histerię charakteropatyczną, 3) zachowania kryminalne, które pojawiają się tylko na poziomie integracji pierwotnej;

grupa II obejmuje: 1) opóźnienia mentalne, które występują na I i II poziomie rozwoju osobowości; I grupa II obejmuje: 1) paranoję, 2) nerwice organiczne, 3) hipochondrię, 4) hebefrenię, 5) schizofrenię *simplex*, które pojawiają się na II poziomie rozwoju osobowości;

grupa III obejmuje: 1) schizofrenię paranoidalną, 2) schizofrenię katatoniczną, 3) psychozę maniakalno-depresyjną, 4) perwersje nerwicowe, 5) zaburzenia psychosomatyczne, 6) psychonerwicę seksualną, 7) neurastenię, 8) histerię konwersyjną, 9) infantyizm psychonerwicowy, 10) schizonerwicę, 11) obsesje psychonerwicowe, 12) psychonerwicę niepowodzenia, które występują na II i III poziomie rozwoju osobowości;

grupa IV obejmuje obsesje psychonerwicowe, działające na II, III i IV poziomie rozwoju osobowości;

grupa V obejmuje psychonerwicę lękową, która występuje tylko na III poziomie rozwoju osobowości;

grupa VI obejmuje 1) depresję psychonerwicową, 2) psychastenię i 3) psychonerwicę egzystencjalną, występujące na III i IV poziomie rozwoju osobowości;

grupa VII obejmuje tylko histerię egzystencjalną, jednostkę diagnozowaną na IV poziomie rozwoju osobowości.

Poziom V (integracja wtórna, osobowość) pozbawiony jest zaburzeń psychicznych)⁶⁰.

Zakończenie

Choroba nie jest tylko czynnikiem zaburzającym zdrowie somatyczne czy psychiczne, nie jest tylko zjawiskiem komórkowym, biochemicznym, fizjologicznym czy anatomicznym. Zredukowana do tych wymiarów nie różniłaby się od podobnych procesów w organizmach wirusów, bakterii, roślin czy zwierząt. W człowieku choroba uzyskuje wyższą rangę, ponieważ dotyczy nie tylko jedności czy całości psychofizycznej, ale także osobowej, czyli można mówić o „chorobie moralnej”, które J. Aleksandrowicz, określa następująco:

„Nie jest zdrowy człowiek, który:

- sam cierpiąc, świadomie wyzwała cierpienia u innych;
- sam syty, obojętnie patrzy, jak inni przymierają głodem;
- karci innych za kłamstwa i czyny, które sam popełnia;

⁶⁰ K. Dąbrowski, *Inter and intraneurotic levels of psychoneuroses and psychoses*, (w:) K. Dąbrowski, *Psychoneurosis is not an illness*, London 1972, s. 110.

- za akty doznanej życzliwości nie potrafi być wdzięczny, lecz czuje się upokorzony i zamiast wdzięcznością odpłaca niechęcią;
- nienawidzi innego człowieka z przyczyn irracjonalnych, jak uprzedzenia narodowe, rasowe, religijne i nie potrafi się z tej nienawiści wyzwolić;
- nie potrafi odnajdywać radosnych i pięknych stron życia swojego i innych, a jedynie smutek i bezsens istnienia;
- boi się zarówno wroga rzeczywistego, jak i urojonego, i nie potrafi się od tego lęku wyzwolić;
- świadom, jak szkodliwe dla zdrowia jest zakłócenie równowagi środowiska naturalnego, nie przeciwdziała mu w miarę swych możliwości (choroba obojętności);
- nie ma wyobraźni i nie potrafi nakreślić wizji lepszego jutra, mając świadomość skażoną zgubnym mitem Złotego Cielca⁶¹.

Według statystyki medycznej, w USA w 1994 r. u ok. 51 mln mieszkańców powyżej 18 roku życia miało jakieś zaburzenia psychiczne, 11 mln nadużywało substancji psychoaktywnych, ponad 20 mln miało zaburzenia typu lękowego, nieco mniej niż 20 mln – zaburzenia nastroju (głównie depresję), a pozostałe przypadki diagnozowano jako schizofrenie i inne choroby sklasyfikowane w DSM⁶².

Nic dziwnego: „Poczytalność i zdrowe funkcjonowanie psychiczne definiuje się jako niewystępowanie patologii, nie istnieje natomiast pozytywny opis normalnego człowieka. Takie pojęcia, jak: czynna radość istnienia, zdolność do miłości, altruizm, szacunek dla życia, bycie twórczym i samourzeczywistnienie, rzadko podlegają rozważaniom psychiatrycznym. Metody będące obecnie do dyspozycji w psychiatrii z trudem osiągają choćby cel terapeutyczny sformułowany przez Freuda: „aby zmienić nieznośne cierpienie nerwicowca w zwyczajną nędzę codzienności”. Bez wprowadzenia duchowości i perspektywy transpersonalnej do praktyki psychiatrycznej, psychologii i psychoterapii bardziej ambitne cele pozostaną nadal nierealne⁶³.

Wydaje się, że trzeba uwzględnić różne wymiary zdrowia i choroby: fizyczne, psychiczne, psychofizyczne, psychologiczne, psychopatologiczne, kulturowe, egzystencjalne, duchowe, twórcze itd., wracając do greckich wzorców ich rozumienia, takich jak choćby u Platona czy Arystotelesa. Tak jak i inni filozofowie, wskazywali oni nie tylko wymiary techniczne zdrowia i choroby, ale także ich nie mniej ważne aspekty humanistyczne.

⁶¹ J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie chorych...*, s. 20; por. idem, *Sumienie ekologiczne*, Warszawa 1979.

⁶² Por. R.W. Manderscheid i M.A. Sonnenschein, *Mental health*, Rockville 1994.

⁶³ S. Grof, *Kryteria zdrowia psychicznego...*, s. 507.