

Bogdan Czarnecki

Przedmiot psychologii zdrowia

Nauczyciel i Szkoła 3-4 (12-13), 28-32

2001

Artykuł został zdigitalizowany i 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.

Bogdan Czarnecki

Przedmiot psychologii zdrowia

Psychologia, jako samodzielna (od 1879 roku) nauka o życiu psychicznym człowieka, rozwija się bardzo szybko, w różnych kierunkach: teoretycznym, metodologicznym, praktycznym. Dowodem szybkiego rozwoju psychologii są jej liczne działy, traktowane często jako samodzielne dziedziny wiedzy, jak np.: psychologia ogólna, społeczna, rozwoju, pracy, wychowawcza, kliniczna, sportu, wojskowa, reklamy, biznesu, przemysłowa, inżynierska, teoretyczna, empiryczna, procesów poznawczych, uczuć, myślenia, motywacji, osobowości¹. Również bardzo dynamicznie rozwija się psychologia zdrowia, jako nowa dziedzina wiedzy o największej wartości człowieka, jaką jest jego zdrowie.

Początki psychologii zdrowia datują się na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych dwudziestego wieku. Jej prekursorami są J. Matarazzo oraz G.C. Stone. Joseph Matarazzo jest autorem definicji psychologii zdrowia, określając ją jako „całokształt specyficznego, edukacyjnego, naukowego i profesjonalnego udziału psychologii jako dyscypliny w promocji i zachowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom i ich leczeniu, rozpoznawaniu etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych zaburzeń, a także w analizie i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowaniu polityki zdrowotnej”². Powyższa definicja, mimo że precyzyjna i wyczerpująca jest niezbyt wygodna w posługiwaniu się nią. Przyjmuję zatem z pewnym uproszczeniem, że psychologia zdrowia to dziedzina psychologii zajmująca się dynamicznymi zależnościami między zachowaniem i stanami psychicznymi a zdrowiem fizycznym.

Nasuwa się pytanie: dlaczego od niedawna psychologia zajmuje się tak fundamentalnym problemem człowieka, jakim jest zdrowie i jego zachowanie? Co

¹ N. Sillamy, *Słownik psychologii*, Katowice 1995, ss. 234–240; J. Ekel, J. Jaroszyński, J. Ostaszewska, *Mały słownik psychologiczny*, Warszawa 1965, ss. 114–119.

² E.P. Sheridan, J.D. Morazzo, T.J. Boll, N.W. Perry, S.M. Welss, C.D. Belar, *Postdoctoral Education and Rraining for Clinical Service Providers in Health Psychology*, „Health Psychology” 1988, 7, 1.

spowodowało, że psychologia — nauka kojarząca się laikowi z badaniem problemów psychiki człowieka — ukształtowała dynamicznie rozwijającą się dziedzinę wiedzy, zajmującą się fizycznym zdrowiem człowieka? Częściową odpowiedź na te pytania daje prześledzenie ewolucji pojęcia „zdrowie”.

W tradycyjnym rozumieniu „zdrowie” to brak choroby. Definicja niewątpliwie prosta, lecz oparta na krytykowanych koncepcjach dualizmu umysłu i ciała oraz redukcjonizmu. Idea dualizmu ciała i umysłu powstała w renesansie. Jej wyznawca Rene Descartes (Kartezjusz) twierdził, że dusza i ciało to dwie niezależne jednostki o niewielkim, wzajemnym wpływie. Ciało ludzkie stanowi w tej koncepcji „skomplikowany mechanizm”. Awaria mechanizmu jest chorobą. Oznacza to, że zadaniem medycyny jest znalezienie „usterki” i jej usunięcie. Redukcjonizm to koncepcja zakładająca, że zjawiska w sferze zdrowia i choroby są najpełniej poznawalne na poziomie fizyki i chemii. Na podstawie powyższych przesłanek powstał biomedyczny model medycyny, kładący nacisk na naturalne, biologiczne przyczyny chorób i zakładający separację umysłu i ciała.

Pomimo że obecnie uważamy, że model biomedyczny i jego podstawy — redukcjonizm i dualizm ciała i umysłu — nie są do końca słuszne i współcześnie podlegają krytyce, to model ten obowiązywał przez cały wiek XIX i część wieku XX. Oparte na nim postępy medycyny przyniosły wiele sukcesów. Osiągnięcia nauk podstawowych, stałe poszerzanie metod diagnostycznych oraz rozszerzające się instrumentarium medycyny pozwoliły wyeliminować większość ostrych, groźnych dla życia chorób. Znikły dziesiątkujące ludzką epidemię. Postęp w zakresie farmakoterapii i chirurgii zdecydowanie przedłużył ludzkie życie z 40–50 lat na początku wieku XX do 70–80 lat obecnie.

Przez tysiąclecia choroba była zjawiskiem krótkotrwałym, przebiegającym gwałtownie i w ciągu kilku lub kilkunastu dni następowała śmierć lub samoistne ozdrowienie. Postęp medycyny, opartej na modelu biomedycznym, wyeliminował ten „model choroby”. Można powiedzieć, że przestało być problemem zachowanie życia w obliczu choroby ostrej, szybko przebiegającej. Ale przedłużenie życia człowieka przyniosło inny problem: jak żyć i radzić sobie z wyzwaniem niesionymi przez chorobę przewlekłą?

Wraz ze zmianą „modelu choroby” zaczęto dostrzegać niedostatki modelu biomedycznego i prostej, tradycyjnej definicji zdrowia. Przyjmowany i propagowany obecnie holistyczny punkt widzenia postrzega zdrowie nie jako brak choroby, lecz jako konsekwencję ogólnej kondycji życiowej człowieka, jego warunków i sposobów życia oraz wielopłaszczyznowych relacji z innymi ludźmi. Zdrowie przestało być zjawiskiem braku choroby, lecz stało się procesem realizowanym przez całe życie człowieka.

Obowiązująca obecnie definicja zdrowia, podana przez WHO przyjmuje, że „zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”³. Powstał więc „model biopsychospołeczny” zdrowia, jako systemowe podejście do choroby, kładące nacisk na wzajemne relacje między ciałem a umysłem oraz na rozpatrywanie choroby na wszystkich poziomach. Model biopsychospołeczny zajmuje się całym człowiekiem, a nie tylko „człowiekiem – maszyną”. Zakłada, że człowiek nie ma ciała, lecz człowiek jest ciałem. Krytyce został poddany sposób przedstawiania zdrowia i choroby na zasadzie „albo – albo”. Należy przyjąć, że istnieje continuum, w którym pełne zdrowie i śmiertelna choroba są przeciwstawnymi biegunami, a między nimi, na wspólnej, jednej osi, istnieje cała paleta stanów pośrednich.

Ta niewielka — z pozoru — zmiana w ujęciu problemu zdrowia i choroby ma poważne implikacje praktyczne i teoretyczne. W ujęciu problemu „albo – albo” człowiek nie ma powodu, aby się zdrowiem interesować i zajmować.

W sytuacji choroby — po prostu — udaje się po pomoc do lekarza; w sytuacji pełnego zdrowia nie interesuje się nim. W ujęciu „albo – albo” to, czy jesteśmy zdrowi, czy też nie, zależy od losu i jest poza naszymi możliwościami oddziaływania.

Spojrzenie na problem zdrowia i choroby jako na continuum stawia nas na osi pomiędzy biegunami i uświadamia, że przesuwanie się po tejże osi zależy od naszej świadomej i nieświadomej aktywności. Przyswajanie nawyków prozdrowotnych przesuwa naszą pozycję w kierunku bieguna „zdrowie”. Uleganie nawykom szkodliwym: nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, złe odżywianie, zbliżają nas do bieguna „choroba”.

Uświadomienie sobie możliwości wpływania na własną kondycję zdrowotną i propagowanie czynników polepszających stan zdrowia oraz wskazywanie na zagrożenia to wielkie wyzwanie dla psychologii zdrowia.

Jak należy się spodziewać, propagowanie zdrowego trybu życia jest niezwykle korzystne ekonomicznie dla systemów ubezpieczeniowych, finansujących współczesne procedury medyczne. Takie twierdzenie jest oczywiście pewnym uproszczeniem problemu, ale nieporównywalnie taniej jest zaprzestać palić papierosy i zachować zdrowie, niż to zdrowie ratować przez operację uszkodzonych naczyń wieńcowych serca. To właśnie ekonomia stała się bardzo istotną przyczyną zainteresowania się psychologią zdrowia. Budżety państw wysoko rozwiniętych finansując ochronę zdrowia doszły do granicy, którą trudno będzie przekroczyć bez istotnej szkody dla innych dziedzin życia. Koszty opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych zbliżyły się do 10% PKB i nikt nie jest w stanie wskazać ich górnej granicy.

³ Constitution WHO (*World Health Organization*), Now York 1948.

Współczesne, zaawansowane technologicznie procedury medyczne pochłaniają coraz więcej środków. Zahamowanie ich wzrostu może nastąpić dzięki rozwojowi i upowszechnianiu osiągnięć psychologii zdrowia. Nie nastąpi jednak tak długo, aż społeczeństwa uświadomią sobie, że za ich stan zdrowia nie może odpowiadać tylko lekarz. Część tej odpowiedzialności świadomie powinien ponosić każdy z nas, a psychologia zdrowia daje człowiekowi wiedzę i wskazuje sposoby zajęcia lepszej pozycji na kontinuum „zdrowie – choroba”. Rolą medycyny jest stosowanie coraz skuteczniejszych metod naprawy zdrowia. Rolą psychologii zdrowia jest odkrywanie i propagowanie takich zachowań prozdrowotnych, które pozwolą nam zachować zdrowie i uniknąć stosowania procedur medycznych.

Bezprecedensowy rozwój ludzkości w XX wieku, a zwłaszcza w jego drugiej połowie, czyni nas świadkami zjawisk i procesów dotąd niespotykanych w historii. Na naszych oczach powstają i rozwijają się nowe dziedziny nauki.

Czy jest tak również w przypadku psychologii zdrowia? Czy stanowi ona już odrębną dziedzinę wiedzy, czy jest tylko zastosowaniem psychologii w szczególnej sytuacji?

Zdaniem K.M. Czarneckiego, aby wyodrębnić nową dyscyplinę wiedzy powinny być spełnione pewne warunki⁴. Powinny istnieć źródła historyczne, które stanowią dowody merytoryczne występowania zjawiska, stającego się przedmiotem samodzielnej nauki; należy wskazać przedmiot badań, nie występujący jako podstawowy w innych, istniejących dyscyplinach; powinny istnieć metody badań, wśród których jedna staje się metodą podstawową dla danej dyscypliny; należy tworzyć teoretyczne przesłanki nowej dziedziny wiedzy; powinna istnieć własna, dla danej dziedziny, terminologia — język podstawowych, głównych i pochodnych terminów; powinny powstawać placówki badawcze i usługowe oraz kadra naukowa specjalizująca się w nowej dziedzinie wiedzy. Czy zatem psychologia zdrowia spełnia powyższe kryteria? Uważam, że tak. Kilka przesłanek zadecydowało o powstaniu nowej dziedziny nauki — psychologii zdrowia. Najważniejszymi są krytyka modelu biomedycznego w postrzeganiu problemów zdrowia oraz kres możliwości ekonomicznych finansowania rozwijających się technologii medycznych⁵.

⁴ K.M. Czarnecki, *Naukowy rozwój człowieka*, Kraków 2001, ss. 35–38.

⁵ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wrocław 2000; I. Heszen-Niejodek, *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Wrocław 1979; I. Heszen-Niejodek, *Psychologia medyczna: główne kierunki badań*, Katowice 1983; I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Katowice 2000; Z. Ratajczak i I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Katowice 1997.

Możliwości rozwoju psychologii zdrowia są ogromne, ale też ogromne są wobec niej oczekiwania. Są to oczekiwania społeczeństw na polepszenie jakości i długości życia człowieka, uczynienie ludzkiej egzystencji lepszą i pełniejszą pod każdym względem.