

# Jarosław Sak

---

## Psyche i soma : „Co” choruje w człowieku?

---

Studia Philosophiae Christianae 46/2, 129-149

---

2010

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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

JAROSŁAW SAK

*Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

## **PSYCHE I SOMA. „CO” CHORUJE W CZŁOWIEKU?**

1. Ciało i dusza w filozofii i medycynie. 2. Problem „chorób” psychicznych we współczesnej psychiatrii. 3. Zdrowie i choroba człowieka jako osoby.

Analiza współczesnych filozoficznych koncepcji zdrowia i choroby wskazuje na istnienie trzech współzależnych płaszczyzn badawczych<sup>1</sup>. Definiowanie ogólnej kategorii choroby jest związane, bowiem z przyjmowaniem założeń w zakresie teorii człowieka, teorii poznania oraz teorii wartości. Płaszczyzny te określić należy, posługując się terminologią metafizyczną, jako teoretyczne wymiary pojmowania choroby. Można je zdefiniować jako wymiary: antropologiczny, epistemologiczny oraz aksjologiczny<sup>1</sup>. W artykule zostaną przedyskutowane rozważania dotyczące pojęcia choroby prowadzone przede wszystkim na podstawie określonych założeń antropologicznych, czyli w ramach pierwszego z wymienionych wymiarów.

Celem pracy jest próba określenia metafizycznych podstaw ogólnego pojęcia choroby we współczesnej filozofii i medycynie. Pytaniem, na które należy udzielić odpowiedzi w ramach wymiaru antropologicznego refleksji nad chorobą, jest kwestia: czy ujmowanie ludzkiej istoty z perspektywy wyłącznie biologicznej i naturalistycznej jest uprawnionym nastawieniem badawczym? Przesłanką do uzyskania odpowiedzi na to pytanie może być opinia J. Wróbla, który jednoznacznie stwierdza, że: „Sztuka medyczna z szerokimi możliwościami oddziaływania

---

<sup>1</sup> Tezę tę wstępnie zaprezentowano w artykule: J. Sak, *Rozważania dotyczące pojęcia choroby we współczesnej filozofii medycyny. Przyczynek do astheneologicznej koncepcji choroby*, *Zagadnienia Naukoznawstwa* (2008)3-4, 239-268. Pełne uzasadnienie tej tezy zostało przeprowadzone w artykule: J. Sak, *Trzy wymiary pojmowania choroby we współczesnej filozofii medycyny: implikacje dla praktyki medycznej*, *Krytyka Lekarska* (2010)2.

na strukturę cielesną człowieka domaga się konkretnej orientacji antropologicznej i aksjologicznej. Tej orientacji nie dostarcza sama w sobie medycyna jako wiedza, umiejętność i metoda techniczna. Jest ona natomiast podyktowana przez fakt, że przedmiotem działań medycznych jest osoba ludzka. Ze względu na jej godność ona musi być też ostatecznie celem tej ingerencji<sup>2</sup>.

## 1. CIAŁO I DUSZA W FILOZOFII I MEDYCYNIE

W historii europejskiej myśli filozoficznej zarysowały się wyraźnie dwie najbardziej fundamentalne linie sporów w sferze rozważań nad człowiekiem i jego strukturą: spór o istnienie elementu niematerialnego w człowieku oraz o nieśmiertelność tegoż elementu. Źródłem tych sporów nie należy szukać jednak bezpośrednio w filozofii starożytnej, lecz, jak zauważa J. Świderek, w greckim okresie archaicznym, czyli nie w filozofii, która jeszcze wtedy nie istniała, a w wierzeniach religijnych, których elementy odnajdujemy w tradycji homeryckiej. J. Świderek, rozważając problem na ile późniejsi filozofowie Greccy (np. pitagorejczycy czy Heraklit) uniezależnili się od religijnego modelu myślenia o człowieku, wskazuje na hipotezę wypracowania już w okresie archaicznym pojęcia nieśmiertelności ludzkiej duszy. Zgodnie z tą hipotezą pojęcie nieśmiertelności funkcjonowało w dwóch znaczeniach: w religiach poliastycznych dusza człowieka, egzystując po śmierci, miała nie ponosić konsekwencji za jego czyny i już nigdy nie miała zostać złączona na powrót z ciałem, w religiach misteryjnych zaś nieśmiertelność duszy jest wyraźnie wiązana z perspektywą sądu nad jej doczesnymi czynami i ponownym wcieleniem jako formą kary bądź nagrody<sup>3</sup>.

Jednym z najwcześniejszych pojęć odnoszących się do niematerialnego elementu „struktury” człowieka jest termin psyche (ψυχή).

---

<sup>2</sup> J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Wydawnictwo Księży Sercanów „SCJ”, Kraków 1999, 96.

<sup>3</sup> J. Świderek, *Koncepcja duszy ludzkiej w religii i filozofii greckiej okresu archaicznego* (streszczenie referatu), w: *VIII Polski Zjazd Filozoficzny. Warszawa, 15–20 września 2008 roku. Księga streszczeń*, red. A. Brożek, J. Jadacki, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2008, 550–551.

Wyraża on życie człowieka związane z pierwiastkiem duchowym, czego potwierdzenie uzyskujemy w przekazach homeryckich<sup>4</sup>. Grecka starożytność filozoficzna nie była jednak skłonna operować pojęciem duszy niematerialnej. Taką ideą konsekwentnie zaczął posługiwać się dopiero Platon. Wcześniej natomiast, na przykład jeszcze w początkach starożytnej medycyny hipokratejskiej, posługując się pojęciami ciała i duszy, nie traktowano ich, co podkreśla A. Bednarczyk, jako opisujących dwie różne substancjalnie rzeczywistości. Dusza, co prawda przewyższała ciało stopniem subtelności, jej tworzywem miało być to, co najmniej uchwytne: powietrze i ogień, lecz jednak była postrzegana materialnie. Ta materialna dusza miała być źródłem ruchu dla ciała, a więc źródłem życia<sup>5</sup>.

Odpowiedzi na antropologiczne pytania o „strukturę” ludzkiej egzystencji implikują pośrednio sposoby konceptualizowania pojęć zdrowia i choroby na płaszczyźnie antropologicznej. Starożytne myślenie o człowieku w kategoriach doczesnej nierozłączności duszy i ciała oraz harmonii ludzkiego bytu z przyrodą skłaniało do poszukiwania przyczyn większości chorób nie tylko w sferze cielesnej, ale również w złu dotykającym duszę. Rozpatrując nawet wpływ środowiska zewnętrznego na człowieka, dostrzegano, w aspekcie efektów patologicznych, zaangażowanie pierwiastka duchowego, czy to w sposób bezpośred-

---

<sup>4</sup> W *Iliadzie* jednym z wielu tego przykładów jest następujący fragment: „Hypernor oszczepem Atryda przeszyty: szeroką raną dzida wnętrzości wywlekle, Oczy mu się zawarły, a dusza uciekła” (Homer, *Iliada*, 14, 520-522, tłum. F. K. Dmochowski, Świat Książki, Warszawa 2004, 269-270). Warto również zaznaczyć, że *Iliada* i *Odyseja* są najstarszymi przekazami pisanymi o medycynie greckiej okresu homeryckiego (IX – VIII wiek przed Chrystusem). W *Iliadzie* Machaon jest ukazany jako ten, który leczy rany, uważany był, więc potem za Ojca Chirurgii w medycynie greckiej. Kiedy natomiast dieta stała się główną metodą terapii, lekarze, którzy leczyli nią chorych, potrzebowali jakiegoś swojego przodka. Taką hipotezą tłumaczy H. E. Sigerist, fakt, że w późniejszych tekstach, nawiązujących do homeryckiej medycyny greckiej, Podalirius funkcjonował jako ten, który „leczył choroby diety”, albo mówiąc inaczej, który spełniał rolę „internisty” w przeciwieństwie do „chirurga” Machaona. H. E. Sigerist, *History of medicine*. Vol. II, Oxford Univ. Press, New York 1951, 16–39.

<sup>5</sup> A. Bednarczyk, *Medycyna i filozofia w starożytności*, Uniwersytet Warszawski – Wydział Filozofii i Socjologii, Warszawa 1999, 178.

ni („choroby duszy” według Platona<sup>6</sup>) lub pośredni (koncepcja zmian ciepła przyrodzonego w patologii humoralnej i filozofii Arystotelesa<sup>7</sup>). Definitywne rozdzielenie cielesnej *res extensa* od duchowej *res cogitans* w nowożytnej filozofii Kartezjusza stworzyło podatny grunt dla późniejszego porzucenia przez medycynę pierwiastka duchowego. W paradygmacie mechanistycznym współczesnej medycyny to, co dla Kartezjusza było jeszcze pierwiastkiem duchowym<sup>8</sup>, często jest już

---

<sup>6</sup> W *Timajosie* Platon charakteryzuje zaburzenia psychiczne w sposób następujący: „Że chorobą duszy jest brak rozumu – to trzeba przyznać. A są dwa rodzaje nierozumu: obłąkanie i głupota. Więc każde cierpienie, na które ktoś zapada, czy to na jeden z tych stanów, czy na drugi, trzeba nazwać chorobą. A przesadne rozkosze i zgryzoty trzeba uważać za największe choroby dla duszy. Bo człowiek oddany rozkoszom albo znajdujący się w stanie wprost przeciwnym pod wpływem zgryzoty śpieszy się, żeby jedno uchwycić nie w porę, a drugiego uniknąć, i ani dojrzeć niczego, ani usłyszeć nalezycie nie potrafi, wścieka się tylko i zgoła wtedy nie umie kierować się rozumem”. Platon, *Timajos*, 86 A9-D2, w: Platon, *Dialogi*, tłum. z grec. W. Witwicki, Unia Wydawnicza, Warszawa 2006, 360-361.

<sup>7</sup> Procesy życiowe są związane, według Arystotelesa, z obecnością w ciele człowieka „ciepła wrodzonego”, bez którego nie może istnieć dusza. Ciepło to jest obecne we wszystkich częściach organizmu, ale w największym stopniu jest związane z sercem. Jak bowiem podkreśla Stagiryta: „Chociaż bowiem wszystkie [części ciała] za pomocą ciepła wrodzonego przyrządzają i trawią pokarm, najważniejszą rolę odgrywa w tym względzie [organ] główny. Dlatego chociażby inne części oziębły, życie trwa nadal; lecz gdy ta część [wyziębnie], zwierzę bezwzględnie ginie, ponieważ do tego miejsca jest przywiązana zasada ciepła dla wszystkich [innych części] i zasada duszy, która poniekąd płonie w tych częściach, tj. w sercu zwierząt krwistych i w organie analogicznym zwierząt bezkrwistych. Stąd też życie i zachowanie tego ciepła z konieczności istnieją równocześnie; a to, co znamy śmiercią, jest zniszczeniem tego ciepła”. Arystoteles, *Krótkie rozprawy psychologiczno-biologiczne. O młodości i starości*, 469 b, w: Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, tom 3, tłum. z grec. P. Siwek, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, 293.

<sup>8</sup> Konsekwentne zastosowanie przez Kartezjusza do całego systemu własnej filozofii kryterium jasności i wyraźności musi prowadzić do stwierdzenia realnej i wręcz fundamentalnej różnicy pomiędzy duszą a ciałem, a nawet, co zresztą podkreśla F. Copleston do przedstawiania duszy i ciała jako zupełnych, całkowicie odrębnych względem siebie substancji. Kartezjusz wzbrania się jednak przed wyraźnym zaakceptowaniem wniosku, który byłby logicznie koherentny z powyższymi założeniami, że dusza jest umieszczona w ciele w ten sposób, że używa ciała jako narzędzia. Z drugiej jednak strony zdaje sobie sprawę z istnienia wpływów ciała na duszę i duszy na

określanie jako to, co „psychiczne”, będące wyłącznie funkcją wysoko uorganizowanej materii.

Świadomość niedoskonałości paradygmatu mechanistycznego we współczesnej medycynie była jedną z przesłanek wyodrębnienia się zarówno modelu biopsychospołecznego George'a L. Engela<sup>9</sup>, jak i modelu biopsychosocjoduchowego<sup>10</sup> we współczesnej medycynie amerykańskiej. Teoretyczną reakcją na totalne „ucieleśnienie” choroby jest dążenie do przełamania fizykalnego aparatu pojęciowego w opisach chorób chociażby poprzez wprowadzanie metaforycznego ich określenia, np. w twórczości Susan Sontag<sup>11</sup>. Wydaje się jednak, że próby te, może oprócz modelu biopsychosocjoduchowego, unikają wyraźnej odpowiedzi na pytania: Czy człowiek jest istotą cielesno-duchową, czy może jest tylko bytem materialnym z wytworzonym wyłącznie na podłożu materialnym zespołem funkcji kognitywnych? Oraz: Czy choroba jest fenomenem dotyczącym jedynie sfery cielesnej i w pełni od niej zależnej sfery kognitywnej, czy może również dotyczyć elementu du-

---

ciało tych, o których bardzo wyraźnie wspominał Platon, dochodząc do wniosku, że prosta analogia pomiędzy żeglarzem i kierowanym przez niego statkiem a ludzką duszą będącą w określonej relacji do ciała człowieka nie wyczerpuje całości zagadnienia. F. Copleston, *Historia filozofii. Tom 4: Od Kartezjusza do Leibniza*, tłum. z ang. J. Marzęcki, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2008<sup>2</sup>, 102.

<sup>9</sup> Kluczowym elementem modelu biopsychospołecznego jest dążenie do zunifikowanego postrzegania człowieka: bez rozgraniczania na elementy istotniejsze (np. biologiczne według modelu mechanistycznego) i mniej istotne (jak postrzegano w tradycyjnym paradygmacie aspekty psychiczne i społeczne). G. L. Engel, zmierzając do unifikacji sfery biologicznej i psychospołecznej w medycynie, dostrzega podobieństwo swoich wysiłków do wysiłków niektórych biologów dostrzegających w paradygmacie biologii molekularnej podobne ograniczenia do problemów modelu biomedycznego w medycynie. Model biopsychospołeczny stworzony przez Engela w latach siedemdziesiątych XX wieku został scharakteryzowany w artykule: J. Sak, *Model biopsychospołeczny jako przejaw „trzeciej kultury” we współczesnej medycynie* Zagadnienia Naukoznawstwa (2009)1, 57-65.

<sup>10</sup> J. Pawlikowski, J. Sak, R. Patryn, *The bio-psycho-socio-spiritual model in the care of an elderly patient*, w: *Holistic care of the elderly*, red. A. Saracen, Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, 99-107.

<sup>11</sup> S. Sontag, *Illness as Metaphor*, Farrar, Straus & Giroux, New York 1978; S. Sontag, *AIDS and its Metaphors*, Farrar, Straus & Giroux, New York 1989.

chowego? Dyskusje zmierzające do odpowiedzi na te pytania są sporadycznie podejmowane we współczesnym piśmiennictwie medycznym. Andrew A. White, amerykański lekarz i teolog, zwraca uwagę na to, że materialistyczny pogląd na naturę człowieka jest popularny wśród amerykańskich studentów medycyny i lekarzy, zwłaszcza w wersji zakładającej, że istota ludzka jest zespołem interakcji pomiędzy molekułami, subtelną równowagą w zakresie czynności elektrycznych, procesami chemicznymi oraz skomplikowanymi oddziaływaniami pomiędzy komórkami, tkankami i organami. W takim ujęciu świadomość stanowi tylko i wyłącznie przejaw zespołu funkcji materii organicznej. Warto odnotować, że to stanowisko jest zbieżne zarówno z niektórymi założeniami frenologii, jak i programu badań behawioralnych Johna B. Watsona (1878–1958). Jeszcze nieco inną antropologię, zakłada stanowisko, które A. A. White wyróżnia jako „pogląd abstrahujący od duszy” (*spiritless view*), umożliwiający postrzeganie człowieka jako istoty cielesnej obdarzonej niematerialną świadomością (będącą czymś więcej aniżeli tylko funkcją materii), ale odrzucający istnienie nieśmiertelnego pierwiastka duchowego<sup>12</sup>. Te dwa stanowiska, nawiązujące ideowo do materializmu starożytnej filozofii greckiej, sytuują się w opozycji wobec współczesnej antropologii personalistycznej. A. A. White wspomina również o „trychotomicznej” koncepcji człowieka<sup>13</sup>, nieobcej kulturze chrześcijańskiej (jej zwolennikiem był, między innymi, św. Ireneusz, biskup Lyonu), której korzenie wywodzą się ze starożytnej Grecji. W myśl tej koncepcji człowiek posiada zarówno materialne ciało, niematerialną świadomość (często określaną mianem duszy) oraz ducha. Zwraca się również uwagę na to, że „trychotomiczna” antropologia mogła stanowić wynik mediacyjnego stanowiska pomiędzy starożytnym materializmem (materialna i śmiertelna dusza) a idealizmem (niematerialna i nieśmiertelna dusza totalizująca byt ludzki)<sup>14</sup>. Nawet jednak przy przyjęciu „dualistycznego” lub „trycho-

---

<sup>12</sup> A. A. White, *The Nature of Man and Mental Illness*, Journal of Biblical Ethics in Medicine 5(2005)2, 14-20, [www.bmei.org/jbem/volume5/num2/white\\_the\\_nature\\_of\\_man\\_and\\_mental\\_illness.pdf](http://www.bmei.org/jbem/volume5/num2/white_the_nature_of_man_and_mental_illness.pdf). Uzyskano: 23.06.2009.

<sup>13</sup> Tamże.

<sup>14</sup> G. C. Berkouwer, *Man: The Image of God*, Grand Rapids, Wm. B. Eerdmans Publishing Company, Michigan 1962.

tomicznego” założenia antropologicznego kolejnym problemem, który musi się w wyniku tego pojawić, jest pytanie o możliwości wzajemnych interakcji pomiędzy różnymi sferami bytu ludzkiego. Zarówno w starożytności, jak i w średniowieczu jednymi z istotniejszych idei były przekonania, co do jedności człowieka zarówno w jego cielesno-duchowej strukturze, jak i jedności z kosmosem. Idee te wyraźnie występują w twórczości Hildegardy z Bingen w postaci przekonania o biologicznej funkcji duszy nierozzerwalnie zjednoczonej z ciałem, które jako mikrokosmos stanowi odzwierciedlenie makrokosmosu będąc z nim w pewien sposób zespolone<sup>15</sup>. W żydowskiej tradycji kabalistycznej<sup>16</sup> również podkreślano ideę jedności wszechświata, wyróżniając cztery zasadnicze płaszczyzny interpretacji, między innymi stanów zdrowia i choroby: świat strukturalno-fizyczny lub funkcjonalny (Asiyyah), aluzyjny świat tworzenia (Yetzirah), symboliczny świat stworzenia (Beriah) oraz ezoteryczny świat emanacji (Atzilut).

Problemem, który fascynował lekarzy i filozofów już od czasów Kartezjusza (od momentu definitywnej separacji pierwiastka cielesnego i duchowego w nowożytnej filozofii europejskiej), było zagadnienie możliwości oddziaływań pomiędzy sferą cielesną a niematerialnymi komponentami ludzkiej istoty. W dwudziestowiecznej nauce pojawiły się nowe propozycje rozwiązania problemu relacji pomiędzy materialnym ciałem a niematerialną świadomością (np. pole Brocka). Strukturalne rozdzielenie pierwiastków: materialnego i niematerialnego było obce starożytnej i średniowiecznej refleksji antropologicznej. W starożytności nie tylko filozofia grecka dostrzegała nierozzerwalną jedność pierwiastka widzialnego i niewidzialnego człowieka. Jakikolwiek rozdzielanie struktury człowieka obce było również myśli hebrajskiej<sup>17</sup>. Należy jednocześnie bardzo wyraźnie podkreślić metafizyczny charakter założeń antropologicznych o istnieniu niematerialnych pierwiastków ludzkiej egzystencji. Dlatego też w odpowiedzi na

---

<sup>15</sup> M. Kowalewska, *Bóg-Kosmos-Człowiek w twórczości Hildegardy z Bingen*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007, 163-206.

<sup>16</sup> S. Horowitz, *Ancient Wisdom for Modern Medicine. Jewish Perspectives on Health*, *Alternative & Complementary Therapies* 12(2001), 355-359.

<sup>17</sup> H. Blocher, *In the Beginning: The Opening Chapters of Genesis*, Downers Grove, Inter-Varsity Press Blocher, Illinois 1984, 186-187.



propozycję A. A. White'a, aby rozważyć zaakceptowanie wśród chorób psychicznych, podgrupy schorzeń, których zasadniczą przyczyną jest nie tyle dysfunkcja cielesna, lecz „dysfunkcja” duchowa<sup>18</sup>, Hilton P. Terrell zwraca uwagę na błędy metodologiczne w takim rozumowaniu. Błędy te wyrażają się przede wszystkim, w tym, że dziedzina współczesnych nauk medycznych jako oparta na empirycznych obserwacjach świata materialnego, nie może na tej podstawie wyrokować o istnieniu bytów niematerialnych, a tym bardziej nie może zweryfikować hipotez o ewentualnym wpływie sfery duchowej na powstawanie i przebieg chorób<sup>19</sup>. Dysonans pomiędzy materialistyczną a dualistyczną lub trychotomiczną koncepcją człowieka stanowi pewne odzwierciedlenie metodologicznego dystansu, jaki współcześnie oddziela empirię nauk medycznych od metafizyki. Pytaniem jak najbardziej aktualnym pozostaje jednakże problem: Czy metoda empiryczna jest wystarczająca w badaniu natury bytu ludzkiego i orzekaniu o zdrowiu i chorobie? W przypadku udzielenia negatywnej odpowiedzi na to pytanie można poddać refleksji problem istnienia tzw. medycyny niekonwencjonalnej, która nie posiada „wewnętrznych” oporów metodologicznych przed posługiwaniem się pojęciami opisującymi niematerialne aspekty bytu ludzkiego. Być może jej istnienie jest wynikiem zapotrzebowania współczesnego człowieka na dopełnienie własnego obrazu „okrojonego” przez model biomedyczny. Kontynuując jednak interesującą dyskusję pomiędzy A. A. White'em i P. Terrelle'em, należy przywołać współczesny nurt amerykańskich badań empirycznych (!) nad relacjami pomiędzy stanami zdrowia i choroby a religijnością. Oczywiście P. Terrel wydaje się mieć rację, twierdząc, że metodami empirycznymi nie jesteśmy w stanie zidentyfikować „substancji” duchowej. Można jednak, przyjmując za zasadną hipotezę o istnieniu tego wymiaru ludzkiego bytu, na drodze empirycznej weryfikować kolejne hipotezy o wpływie postaw religijnych (a więc hipotetycznie powiązanych z rzeczywistością duchową) na stan zdrowia osoby deklarującej te postawy. Współczesnym osiągnięciem medycyny amerykańskiej jest bowiem nurt refleksji nad relacjami pomiędzy medycyną

---

<sup>18</sup> A. A. White, art. cyt.

<sup>19</sup> H. P. Terrell, *On the nature of arguments for mental illness: a reply to Dr. Andrew White*, *Journal of Biblical Ethics in Medicine* 5(2005)2, 21-28.

i religią. Harold G. Koenig w książce *Medicine, Religion and Health* przytacza liczne badania prowadzone w standaryzowanych warunkach klinicznych<sup>20</sup>. Dotyczą one zależności pomiędzy deklarowanymi przez pacjentów postawami religijnymi a skutecznością konwencjonalnych terapii medycznych stosowanych w schorzeniach przewlekłych. Warto zwrócić uwagę na zrealizowane już programy badawcze uwzględniające w swoich założeniach postulatory pozytywnych relacji pomiędzy życiem religijnym a zdrowiem człowieka. Można wymienić tu chociażby wielośrodkowe, prospektywne badanie The Established Populations for Epidemiologic Studies in the Elderly (EPESE)<sup>21</sup>.

## 2. PROBLEM „CHORÓB” PSYCHICZNYCH WE WSPÓŁCZESNEJ PSYCHIATRII

Czy zatem sfera psychiczna człowieka może chorować w oderwaniu od zjawisk zachodzących w materialnym, biologicznym podłożu? W konsekwentnym operowaniu modelem biomedycznym należy odpowiedzieć negatywnie na to pytanie. Zgodnie z tym paradygmatem dysfunkcja psychiki może wynikać tylko i wyłącznie z „zepsucia” się biologicznego mechanizmu. Czym zatem jest psychiatria? Czy specjalnością sfrustrowaną leczeniem jeszcze nie odkrytych zaburzeń biologicznych? A może jest przede wszystkim nauką uwarunkowaną kulturowymi i społecznymi wyobrażeniami o ludzkich zachowaniach? Czy może dziedziną znacznie wykraczającą zarówno poza granice materialistycznej medycyny somatycznej, ukierunkowaną na zgłębianie tajemnic ludzkiej duszy? Ten zespół pytań sygnalizuje fascynującą dyskusję, jakie zaistniały od początku lat sześćdziesiątych dwudziestego wieku wśród amerykańskich psychiatrów dotyczące statusu metodologicznego chorób psychicznych. Jak podkreśla Tim Thornton<sup>22</sup>, w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku ukształtował się, na gruncie amerykańskim i brytyjskim, nurt określany mianem anty-psychiatrii.

---

<sup>20</sup> H. G. Koenig, *Medicine, Religion and Health. Where Science and Spirituality Meet*, West Conshohocken, Templeton Foundation Press, Pennsylvania 2008.

<sup>21</sup> Tamże.

<sup>22</sup> T. Thornton, *Essential Philosophy of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford 2007, 11.

Zasadniczą tezę rozwijaną w ramach tego nurtu było twierdzenie, że choroby psychiczne nie istnieją. Już w początkach lat sześćdziesiątych XX wieku Thomas Szasz<sup>23</sup> wystąpił z tezą, że choroby psychiczne nie istnieją jako jednostki chorobowe, czyli jako zjawiska mogące być wyróżniane w oparciu o somatyczne zaburzenia patofizjologiczne. Szasz poddaje krytyce rozumowanie zakładające istnienie realnego podłoża biologicznego tzw. chorób psychicznych. Dokonuje dystynkcji pomiędzy objawami typowymi dla chorób somatycznych (np. gorączka lub ból), a uważanymi za typowe dla jednostek psychiatrycznych. Wskazuje na to, że pojęcie symptomu psychicznego jest „nierozdzielnie związane ze społecznym (włączając etyczny) kontekst, w którym jest wytworzone, w ten sam sposób jak pojęcie objawu somatycznego jest związane z kontekstem anatomicznym i genetycznym”<sup>24</sup>. Argumentuje on, że interpretacja objawów psychicznych jako oznak choroby mózgu prowadząca do wytworzenia pojęcia choroby psychicznej jest niewłaściwa. Występuje w takim przypadku bowiem swoista „stygmatyzacja” człowieka, którego organizm wykazuje zaburzenia funkcjonalne w zakresie centralnego układu nerwowego, a stosując konsekwentnie metodologię modelu biomedycznego, należy przyznać, że człowiek ten jest chory somatycznie, a nie umysłowo. Przypadki natomiast „odmiennego” zachowania, artykułowania „dziwnych” przekonań, zaburzeń osobowości, nieuwarunkowane somatyczną chorobą mózgu, ani innymi zaburzeniami struktury lub funkcji organizmu biologicznego są, według T. Szasza, zjawiskami, których istota polega na przekraczaniu norm ustalonych społecznie, politycznie, etycznie czy prawnie. Zjawiska te stanowią jednak nie tyle „choroby psychiczne”, ile „problemy życiowe”. Szasz dostrzega zatem w genezie tzw. „chorób psychicznych” wyraźny pierwiastek normatywny. Jest przekonany, że pojęcie chorób psychicznych „służy głównie przysłonięciu faktu, że życie dla większości ludzi jest nieustanną walką, nie w celu biologicznego przeżycia, ale dla „bycia na świeczniku”, „spokoju sumienia” lub

---

<sup>23</sup> Th. Szasz, *The Myth of Mental Illness, w: Health, Disease and Illness. Concepts in Medicine*, red. A. L. Caplan, J. J. McCartney, D. A. Sisti, Georgetown University Press, Washington, D.C. 2004, 43-50.

<sup>24</sup> Tamże, 45.

innych ludzkich wartości”<sup>25</sup>. Współcześnie można wskazać na przykłady niezwykle zróżnicowanych kulturowo ocen objawów psychicznych, co dostarcza konkretnych argumentów na rzecz słuszności idei anty-psychiatrycznych. Lidia Cierpiałkowska przytacza przykład *susto* oraz *dhat*. *Susto* występujące wśród wiejskiej ludności meksykańskiej jest traktowane w tym środowisku etnicznym jako wariant stanu normalnego. Na stan ten składają się utrwalone skargi na „utrata duszy”, które najczęściej są wynikiem wcześniejszych sytuacji wywołujących głębokie przerażenie<sup>26</sup>. Zjawisko to wśród ludności meksykańskiej jest rozumiane jako utrata nie tyle pierwiastka duchowego (w rozumieniu charakterystycznym dla kultury europejskiej), ale substancji życiowej określanej jako *biajfo* (zapis fonetyczny słowa używanego w języku Chinantec)<sup>27</sup>. Badania kwestionariuszowe przeprowadzone w latach siedemdziesiątych wśród ludności meksykańskiej regionów: Valley Zapotec, Chinantec i Mestizo (N=103) nie dostarczyły jednoznacznych powodów do skłonienia się ani w kierunku idei antypsychiatrycznych, ani w kierunku przesłanek leżących u podstaw zaklasyfikowania *susto* jako jednostki chorobowej. Stan określany natomiast jako *dhat* jest spotykany wśród ludności indyjskiej i obejmuje uczucie lęku oraz dolegliwości somatyczne (zmęczenie, ból mięśni) skorelowane z lękiem przed utratą komórek piciowych (utruty nasienia lub jajeczek)<sup>28</sup>. Warto zauważyć, że *susto* i *dhat*, w ramach obecnie obowiązującej międzynarodowej klasyfikacji jednostek chorobowych ICD-10, są zaliczane do grupy „innych specyficznych zaburzeń nerwicowych” (F.48.8), *susto* zaś również do grupy „niezróżnicowanych zaburzeń występujących pod postacią somatyczną” (F.45.1)<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Tamże, 49.

<sup>26</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2009, 24.

<sup>27</sup> A. J. Rubel, C. W. O’Neill, R. Collado-Ardon, *Susto, a Folk Illness Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles 1991.

<sup>28</sup> L. Cierpiałkowska, dz. cyt., 24.

<sup>29</sup> World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva 1993, 110-111; 183-184.

Derek Bolton<sup>30</sup> podkreśla, że zasadniczymi wyzwaniem dla nurtu psychiatrii akademickiej w drugiej połowie XX wieku było zarówno znalezienie odpowiedzi na zarzuty ze strony anty-psychiatrii o nadmierną medykalizację życia społecznego, jak i poznanie przyczyn oraz zaproponowanie leczenia zaburzeń psychicznych. Z tym ostatnim zadaniem była związana konieczność wprowadzenia jednolitych schematów opisowych i klasyfikacji zaburzeń, czyli stworzenia ujednoczonych podstaw komunikacji dla społeczności medycznej. Pierwszemu natomiast z wymienionych przez Boltona wyzwań dla psychiatrii próbowało sprostać kilkunastu autorów, m.in. R. E. Kendell, K. W. M. (Bill) Fulford, Jerome Wakefield, Christopher Boorse.

W przeciwieństwie do T. Szasza – R. E. Kendell i C. Boorse, brnili stosowania pojęcia choroby do opisu zespołów objawów psychicznych. R. E. Kendell zastosował ogólne (obejmujące jednocześnie objawy somatyczne i psychiczne) kryterium choroby. Zgodnie z nim te stany należy uważać za chorobowe, które prowadzą do biologicznie niekorzystnej sytuacji. Na pytanie zatem o to, czy kategorię chorób psychicznych charakteryzują konstytutywne cechy choroby w sensie ogólnym, odpowiada on pozytywnie. Dookreślając zaś kategorię „sytuacji niekorzystnej biologicznie”, podkreśla, że w jej obszarze mieści się „redukcja zarówno płodności, jak i średniej długości życia”<sup>31</sup>. R. E. Kendell podobnie jak T. Szasz nie łączy istoty chorób psychicznych ze zmianami struktury lub funkcji podłoża biologicznego organizmu, lecz w przeciwieństwie do Szasza odrzuca tezę o nieistnieniu chorób psychicznych i uzależnieniu ich wyłącznie od sfery normatywnej, czyli systemu wartości uznawanych w danej społeczności, kręgu kulturowym. Kryteriami wspólnymi dla konceptualizacji pojęcia choroby niezależnie od genezy somatycznej czy psychicznej są, według Kendella, sytuacje niekorzystne pod względem biologicznym, czyli zmniejszenie długości życia lub ograniczenie możliwości generatywnych. Problemem jednak nierozwiązanym pozostaje, w propozycji teoretycznej Kendella, wyczerpujące określenie zbioru „sytuacji nie-

---

<sup>30</sup> D. Bolton, *What is Mental Disorder? An essay in philosophy, science, and values*, Oxford University Press, New York 2008, 163.

<sup>31</sup> R. E. Kendell, *The concept of disease and its implications for psychiatry*, *British Journal of Psychiatry* (1975)127, 305-315.

korzystnych biologicznie”. Zarówno bowiem zdolności rozrodcze, jak i średnia długość ludzkiego życia zapewne nie stanowią wszystkich możliwych sytuacji w tym zakresie. Niewątpliwie Kendell prezentuje stanowisko naturalistyczne w konceptualizowaniu pojęcia choroby, podobnie jak Christopher Boorse. Dyskusja pomiędzy Szaszem i Kendellem oprócz elementów antropologicznych odnoszonych do pojęcia choroby zdradza, istnienie sporów o to, czy pojęcie choroby jest zależne od sfery wartości.

Dyskusje pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami antypsychiatrii znajdowały również swoje odzwierciedlenie w systemach klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych i somatycznych. Pierwsze klasyfikacje jednostek chorobowych opracowano w połowie dwudziestego wieku. Pierwszą wersję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Classification of Disease and Related Health Problems – ICD-1*) stworzono w 1948 roku, zaś cztery lata później wydano *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-I)*. W odniesieniu jednak do schorzeń psychicznych pierwsze wersje systemów klasyfikacyjnych proponowały opisy o charakterze głównie narracyjnym w odniesieniu do poszczególnych chorób psychicznych. Jak zauważa L. Cierpiałkowska<sup>32</sup>, posługując się tym samym systemem klasyfikacyjnym dwóch różnych specjalistów w zakresie psychiatrii, badając tego samego pacjenta, mogło ustalić odmienne rozpoznanie i zaproponować różne schematy leczenia. Dopiero w ogłoszonej trzeciej wersji klasyfikacji DSM (*DSM-III*), w 1980 roku, dzięki wykorzystanej metodzie operacjonalizacji, czyli definiowaniu kryteriów włączania i wykluczania, przewycięzono ten problem. Metodę operacjonalizacji zastosowano również w obecnie obowiązującym systemie klasyfikacyjnym *ICD-10*. W odniesieniu jednak do klasyfikacji *DSM-III*, oprócz już wprowadzonej kryterialności, dostrzegano potrzebę podniesienia, trafności i rzetelności diagnostycznej. Na początku lat osiemdziesiątych H. A. Skinner<sup>33</sup> zaproponował w odniesieniu do objawów psychopatologicznych schemat badań

---

<sup>32</sup> L. Cierpiałkowska, dz. cyt., 32-35.

<sup>33</sup> H. A. Skinner, *Toward the integration of classification theory and methods*, *Journal of Abnormal Psychology* 90(1981), 68-87.

klasyfikacyjnych, na które składać się powinno: sformułowanie teorii oraz określenie trafności zewnętrznej i wewnętrznej. Postulował również stworzenie takiego systemu klasyfikacyjnego, który będzie uwzględniał jak najszerszy zakres możliwie każdego zjawiska klasyfikowanego a jednocześnie taki, w którym wyodrębnione kategorie zaburzeń będą spójne wewnętrznie. Według Skinnera, konieczną cechą takiego systemu powinna być również trafność opisowa, a więc wyraźna homogeniczność własności definiujących kategorie zaburzeń, oraz trafność kliniczna i prognostyczna. Homogeniczność w definiowaniu kategorii miała przewyciężyć wcześniejszą dychotomię pomiędzy zaburzeniami organicznymi a funkcjonalnymi. Na początku lat dziewięćdziesiątych otwarcie postulowano rezygnację, między innymi, z terminu „organiczne zaburzenia psychiczne”<sup>34</sup>. Wydaje się, że aktualnie obowiązująca wersja klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV (1994) i DSM-IV-TR (2000) stanowi pozytywną odpowiedź na te pragmatyczne postulaty zmierzające do przewyciężenia dwoistości kryterialnej w opisywaniu zaburzeń psychicznych: symptomatycznej i etiologicznej. Według tej klasyfikacji zaburzeniem psychicznym jest „pojawiający się u jednostki syndrom lub wzorzec zachowania albo wzorzec psychiczny mający znaczenie kliniczne, związany w chwili występowania z odczuwanym cierpieniem (bolesnym symptomem) bądź upośledzeniem (zakłóceniem, w co najmniej jednym ważnym obszarze funkcjonowania) lub z istotnie zwiększonym ryzykiem śmierci, bólu, inwalidztwa, albo też z poważnym ograniczeniem swobody działania. Co więcej, zespół ten nie może być tylko ogólnie akceptowaną i kulturowo usankcjonowaną reakcją na określone zdarzenie, na przykład śmierć ukochanej osoby. Bez względu na jego podstawowe źródła musi on w danym momencie być przejawem behawioralnej, psychologicznej lub biologicznej dysfunkcji występującej u danej osoby”<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. Williams, K. Kendler, H. A. Pincus, G. Tucker, *Now is the time to retire the term “organic mental disorders”*, American Journal of Psychiatry (1992)149, 240-244.

<sup>35</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. 4 poprawione, American Psychiatric Association, Washington DC 1994, xxi, cyt za: L. Cierpiałkowska, dz. cyt., 35.

Jak podkreśla L. Cierpiałkowska<sup>36</sup> do kategorii zaburzeń psychicznych, zgodnie z klasyfikacją DSM-IV, nie zalicza się zachowań dewiacyjnych związanych z preferencjami religijnymi, politycznymi czy seksualnymi. Nie stosuje się również określenia „jednostka chorobowa” (*disease*) do zaburzeń o nieudowodnionej etiologii somatycznej. Często eksponuje się niezależność obecnie obowiązującej wersji DSM od założeń teoretycznych i etiologicznych, podkreślając to, że jest ona zorientowana na symptomy<sup>37</sup>. David H. Brendel wskazuje jednocześnie na istotne trudności interpretacyjne, przed jakimi stawia lekarza klasyfikacja DSM-IV. Zauważa on bowiem, że całkowita rezygnacja z terminologii powiązanej z zaburzeniami organicznymi może przewrotnie sugerować, że wszystkie zaburzenia posiadają podłoże organiczne, a nie na przykład tło psychospołeczne. Według Brendela<sup>38</sup>, terminologiczna eliminacja dychotomii organiczno-funkcjonalnej ogranicza, w pewnym stopniu, dociekania istoty i przyczyn zaburzeń psychicznych, a to z kolei utrudnia opracowywanie coraz skuteczniejszych metod leczenia. Autor ten skłania się do tezy o wieloczynnikowym warunkowaniu zaburzeń psychicznych.

Współcześnie dostrzega się ograniczony zakres stosowania paradygmatu biomedycznego do rozwiązywania diagnostycznych i terapeutycznych problemów zaburzeń psychicznych. Tim Thornton<sup>39</sup> dostrzega ograniczenia zarówno w stosowaniu ścisłej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, jak i redukcjonistycznie zorientowanego naturalizmu w wyjaśnianiu istoty zaburzeń psychicznych. Poddaje krytyce zarówno podejście kognitywne (jakościowo uzależnione od modelu biomedycznego i nakierowane na rozpatrywanie stanów układu nerwowego), jak i konstruktywistyczną wersję psychologii dyskursywnej

---

<sup>36</sup> L. Cierpiałkowska, dz. cyt., 35.

<sup>37</sup> T. D. Hohenshil, *DSM-IV: What's new in DSM-IV*, Journal of Counseling and Development (1994)73, 105-107; M. L. Malik, L. E. Beutler, *The emergence of dissatisfaction with the DSM*, w: *Rethinking the DSM. A Psychological Perspective*, red. L. E. Beutker, M. L. Malik, American Psychological Association, Washington 2002, 3-16.

<sup>38</sup> D. H. Brendel, *Healing Psychiatry. Bridging the Science/Humanism Divide*, Massachusetts: The MIT Press, Cambridge 2006, 125-139.

<sup>39</sup> T. Thornton, dz. cyt., 231-237.



(ukierunkowanej na rozpoznawanie autonomicznych kodów językowych). Jednocześnie postuluje rozpatrywanie sensów i znaczeń przynależnych do diagnozy psychiatrycznej w perspektywie natury ludzkiej i sfery ludzkich doświadczeń. Wydaje się jednak, że w ostatnich dwóch dziesięcioleciach w środowisku psychiatrów przewagę zdobywa pogląd typowo biomedyczny o pełnej zależności stanów psychicznych od podłoża neurobiologicznego. Za pewnego rodzaju manifest współczesnej psychiatrii uważa się artykuł laureata nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii – E. Kandela<sup>40</sup> opublikowany pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku na łamach *American Journal of Psychiatry*.

Wobec zarysowanych problemów, z jakimi musi mierzyć się współczesna psychiatria, refleksja nad pojęciem choroby w aspekcie antropologicznym wydaje się być niezwykle potrzebna. Istotnym problemem, jaki się zarysowuje, jest pogodzenie refleksji metafizycznej z metodami badawczymi współczesnych nauk medycznych.

### 3. ZDROWIE I CHOROBA CZŁOWIEKA JAKO OSOBY

Możliwości syntezy aspektów: metafizycznego i empirycznego w określaniu tego, „co” w człowieku choruje należy upatrywać we współczesnych koncepcjach personalistycznych. W personalistycznym ujmowaniu zdrowia i choroby eksponuje się sferę doświadczenia człowieka mającą charakter indywidualny, a nawet „nieprzekazywalny”, a związany zarówno ze sferą cielesną, jak i psychiczno-duchową osoby. Warto przypomnieć, że John F. Crosby<sup>41</sup> w sferze podmiotowości człowieka wyróżnia dwa podstawowe wymiary: samoobecność oraz wolność podmiotową osoby (autodeterminację). Kategoria samoobecności wyraża sposób świadomego pozostawania w związku z samym sobą, związku o charakterze „nieintencjonalnej refleksywności”. Crosby podkreśla, że człowiek, podejmując określone decyzje, w zgodzie z własnym sumieniem, jednocześnie rozporządza sobą: jeżeli działa zgodnie z nakazami sumienia, zdaje sobie sprawę z pragnie-

---

<sup>40</sup> E. Kandel, *A new intellectual framework for psychiatry*, *Am J Psychiatry* 155(1998)4, 457-469.

<sup>41</sup> J. F. Crosby, *Zarys filozofii osoby. Bycie sobą*, tłum. z ang. B. Matczyna, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, 100-106.

nia własnej ludzkiej integralności i ją realizuje, działanie zaś wbrew sumieniu prowadzi go do sprzeniewierzenia się sobie i w efekcie do powstania świadomości zagrożenia dezintegracją własnej osoby. Jako argument na rzecz słuszności powyższej tezy przytacza przykład osób przeżywających kryzys moralny, które to, co je skłania do uczynienia czegoś właściwego, do dobrego czynu, często tłumaczą nie tyle chęcią poszanowania dobra jako wartości, ile raczej pragnieniem zachowania własnej integralności, czyli że, działając wbrew własnemu sumieniu, mogą one obawiać się dezintegracji osobowej.

Jacques Maritain<sup>42</sup>, przedstawiciel klasycznego nurtu w personalizmie, przeciwstawiał pojęcie osoby kategorii jednostki. Jak podkreślał bowiem ten francuski filozof: „Osoba jest centrum wolności, jest twarzą zwróconą ku rzeczom, ku wszechświatowi i Bogu, jest dialogiem z inną osobą, nawiązując z nią łączność dzięki posiadaniu inteligencji i uczuć”. Relacyjność horyzontalna człowieka, nie mniej istotna w chrześcijańskim personalizmie, jak wertykalne odniesienie do Boga, jest zapośredniczona w strukturze cielesnej, która poprzez specyficzną i unikalną, jednostkową fenomenologię „komunikuje osobę”. Każda osoba zatem poprzez właściwą sobie jedność duchowo-cielesną dysponuje specyficznym, cielesnym kształtem własnej egzystencji, wyrażając siebie poprzez ciało. Te antropologiczne tezy, charakterystyczne dla refleksji personalistycznej, podkreślają istotność całościowego ujmowania osoby ludzkiej, uwzględniającego zarówno jej naturę, jak i uwarunkowania egzystencjalne. J. Wróbel<sup>43</sup> zauważa, że zgodnie z tym żyjące ludzkie ciało nie może być traktowane jako przedmiot, którym dany człowiek dysponuje, lecz powinno być ujmowane jako istotny kształt ludzkiej egzystencji w wymiarze czasoprzestrzennym. Ideę tę wyraził Jan Paweł II, zwracając się do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego: „każda osoba ludzka w swej niepowtarzalnej wyjątkowości nie jest złożona tylko z ducha, lecz także z ciała, i dlatego w ciele, i poprzez ciało, dociera się do samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości. Szacunek dla godności człowieka

---

<sup>42</sup> J. Maritain, *Distinguer pour unir ou les regnes du savoir*, Paris 1935, cyt za: I. Dec, *Personalizm w filozofii (próba systematyzacji)*, w: *Personalizm polski*, red. M. Rusecki, Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, 311.

<sup>43</sup> J. Wróbel, dz. cyt., 85-86.

pociąga w konsekwencji obronę owej tożsamości człowieka – *corpore et anima unus – jedność ciała i duszy*<sup>44</sup>. Jak podkreślał również Mieczysław Albert Krąpiec, zafascynowany w konceptualizowaniu istoty człowieka neotomizmem i tradycją arystotelesowską: „ludzka dusza, będąc duchem, nie jest władna działać realnie inaczej, jak tylko przez ciało przez siebie zorganizowane. Dlatego nawet najwyższe duchowe przejawy ludzkiego działania są zawsze nasycone cielesnością – materią, ponieważ dusza jest organizatorką materialnego ciała, jest jego formą, by ujawnić swe działania w materii”<sup>45</sup>. Cielesna forma ludzkiej egzystencji spełnia funkcję mediacyjną w relacjach międzyludzkich. Człowiek jako osoba „jawi się” w kształcie cielesnym i poprzez ten kształt jest włączany w wielopoziomą strukturę relacji horyzontalnej, przyjmującej formę relacji międzyosobowych. W personalizmie wskazuje się na miłość jako bardzo istotny element relacji międzyosobowych i pryzmat postrzegania drugiego człowieka<sup>46</sup>.

Zdrowie, w perspektywie refleksji personalistycznej, można określić jako stan braku zakłóceń w zakresie urzeczywistniania się osoby zarówno w relacji wertykalnej, jak i horyzontalnej. Brak zdrowia nie jest wynikiem wyłącznie stwierdzenia stanu określanego za pomocą kategorii biologicznych, nie jest tylko stanem patofizjologicznym, lecz sytuacją, gdy stan patologiczny „osiąga poziom osobowy, kiedy zaczyna kolidować z tym, czym osoba jest i co jest jej właściwe, kiedy nie jest ona już zdolna przeciwstawić się tej sytuacji i przejść ponad nią do swojej codzienności lub – kierując się odpowiedzialnością – nie może pozostać na nią obojętna”<sup>47</sup>. Paul Verspieren stwierdza, że zdrowie osoby ludzkiej to „zdolność zachowania w najwyższym stopniu samostanowienia i wolności działania, a przez to przewycięzania wszystkich sytuacji, które starają się osłabić jego witalność i potenc-

---

<sup>44</sup> Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego. Podstawy deontologii lekarskiej* (29.10.1983), OsRomP 4, cyt za: J. Wróbel, dz. cyt., 86.

<sup>45</sup> M. A. Krąpiec, *Człowiek jako osoba*, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2005, 122.

<sup>46</sup> J. Wróbel, dz. cyt., 87.

<sup>47</sup> Tamże, 149-150.

jał<sup>48</sup>. J. Wróbel<sup>49</sup> zaznacza jednak, że stany zdrowia i choroby nie są według tego określane wyłącznie w sferze doświadczenia subiektywnego. Zdrowia i choroby doświadcza bowiem osoba jako taka, dlatego też zdrowie i choroba powinny być określane zarówno poprzez obiektywne oceny stanu fizycznego i psychicznego, jak również przez elementy przekraczające tę dziedzinę i odnoszące się do oceny jej integralności osobowej i celów, jakie zamierza ona realizować. W takim ujęciu zatem chorobę należy dostrzegać, gdy stan fizyczny narusza lub dezintegruje porządek integralności osobowej człowieka, ponieważ to nie biologiczny organizm jest chory, lecz człowiek jako osoba.

Syntetyzowanie elementu biologicznego i duchowego występuje w personalistycznej koncepcji zdrowia i choroby Josefa Seiferta. Wyróżnia on trzy podstawowe i „nienaruszalne” aspekty człowieka: poziom biologicznej i niespecyficznej gatunkowo funkcjonalności ludzkiego organizmu, specyficzne gatunkowo formy ludzkiego ciała oraz fundamentalny, metafizyczny wyraz godności osoby ludzkiej przejawiający się w zmysłowo danych aspektach ludzkiego ciała. J. Seifert posługuje się również zaczerpniętym od Arystotelesa pojęciem entelechii jako celowościowej bezpośredniości zdrowia i życia, zwracając uwagę na samoświadomość tejże entelechii jako typową dla osoby ludzkiej. Autor ten zwraca uwagę na to, że zdrowie człowieka jako osoby wyraża się w integralności relacji pomiędzy ciałem i świadomością oraz w możliwości rozpoznawania wartości i działania zgodnie z nimi<sup>50</sup>.

Integralność osobowa wymieniana jako jeden z najistotniejszych elementów stanu zdrowia jest wyraźnie doceniana i reinterpretowana w refleksji nad zdrowiem i chorobą przez Bernarda Häringa, stwierdzającego, że: „Zdrowia nie można oceniać jedynie odnośnie do ciała. Jego istota ukazuje się dopiero, gdy uwzględnia się osobę jako całość

---

<sup>48</sup> P. Verspieren, *Leben, Gesundheit, Tod*, w: *Neue Summe Theologie*, t. 2: *Die neue Schöpfung*, red. P. Eicher, Freiburg-Basel-Wien 1989, cyt. za: J. Wróbel, dz. cyt., 150.

<sup>49</sup> J. Wróbel, dz. cyt., 150-151.

<sup>50</sup> J. Seifert, *What is Human Health? Towards Understanding its Personalist Dimensions*, w: *Person, Society and Value. Towards a Personalist Concept of Health*, red. P. Taboada, K. F. Cuddeback, P. Donhue-White, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2002, 109-143.

w jej doczesnym i wiecznym powołaniu. Ludzkie zdrowie należy rozumieć jako możliwe największe uduchowienie cielesności i możliwe najlepsze ucieleśnienie ducha. Prawdziwe zdrowie wypowiada się w samourzeczywistnieniu się osoby, która osiągnęła taki stopień wolności, że pozwala jej to na oddanie wszystkich sił celem wypełnienia ogólnoludzkiego powołania. Tym samym zbyt witalne ciało, które przytłacza ducha, bardziej wkracza w obszar ludzkiej choroby niż ciało wprawdzie chorowite, ale podlegające duchowi w urzeczywistnianiu prawdziwej wolności<sup>51</sup>. Odnosząc się do mogącej pobrzmiwać nieco kontrowersyjnie opinii B. Häringa – J. Wróbel<sup>52</sup> podkreśla, że w intencjach tego autora nie należy doszukiwać się dualizmu o charakterze platońskim, deprecjonującego ciało, lecz dobitnego wyrażenia personalistycznej idei antropologii integralnej, która w odniesieniach teologicznych naprowadza na rozumienie zdrowia jako zdolności życia z wykorzystaniem wszystkich możliwości osoby ludzkiej, również osiągania postępu duchowego w zakresie miłości Boga, bliźniego oraz własnej osoby.

W określaniu stanów choroby i zdrowia Elio Sgreccia, co zauważa J. Wolski, odnosi się do czterech związanych wzajemnie wymiarów: biologicznego, psychicznego, etyczno-duchowego oraz społecznego. W wymiarze etyczno-duchowym realizuje się wewnętrzna dynamika człowieka, tu również, w przypadku zaburzeń tej wewnętrznej dynamiki, znajduje swoje podłoże wiele spośród problemów natury psychicznej (uzależnienia, konflikty z otoczeniem, brak wartości etycznych). Sgreccia podkreśla bardzo wyraźnie, że element etyczny i duchowy nie powinien być pomijany w procesach terapeutycznych<sup>53</sup>.

W ujęciu personalistycznym choroba jest związana z ograniczeniem osobowej wolności człowieka, której jedynym elementem nie jest niesprawność cielesna. Istotnym składnikiem wolności osobowej człowieka jest bowiem wolność duchowa: nawet bardzo istotne

---

<sup>51</sup> B. Häring, *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, tłum. z niem. M. Oziembłowski, PAX, Warszawa 1975, 142.

<sup>52</sup> J. Wróbel, dz. cyt., 158.

<sup>53</sup> J. Wolski, *Bioetyka w perspektywie personalizmu. Studium w świetle myśli naukowej biskupa Elia Sgreccii*, Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 2008, 172-173.

ograniczenia zdolności ruchowych, czy przeszkody w zakresie odbierania wrażeń zmysłowych nie muszą być skorelowane z utratą wolności duchowej. Choroba jest więc w perspektywie personalistycznej istotnym ograniczeniem urzeczywistniania dynamizmów właściwych człowiekowi jako osobie, w szczególności zaś zdolności do jego integracji, wyrażając się często poprzez alienację, a nawet depersonalizację<sup>54</sup>. Poszukując odpowiedzi na postawione, nieco przewrotnie, w tytule artykułu pytanie „*Co*” *choruje w człowieku?*, w przypadku przyjęcia założeń personalistycznych, należy odpowiedzieć, że wraz z ciałem choruje relacja pomiędzy elementami cielesnymi i duchowymi osoby ludzkiej. Odpowiedź taka jest koherentna z wnioskami płynącymi z amerykańskich badań empirycznych nad związkami pomiędzy stanem zdrowia a religijnością pacjentów<sup>55</sup>. Takie rozstrzygnięcie zaś stawia określone wymagania przed systemem opieki zdrowotnej, co do konieczności zapewnienia pacjentowi nie tylko terapii somatycznej (w tym też biologiczno-psychiatrycznej), ale również (a może nawet przede wszystkim) wsparcia duchowego.

### PSYCHE AND SOMA. “WHAT” IS ILL IN THE HUMAN BEING?

#### Summary

Defining the general category of illness is associated with assuming in three research plains: of philosophical anthropology, the epistemology and the theory of the value. These plains constitute three theoretical dimensions of comprehending illness. The author of the article is making an attempt to determine anthropological bases of category of illness. He aims at answering to the question whether explaining to the category of illness exclusively based only on biological norms is justified in philosophy and medicine. In settling the title matter they are useful both contemporary disputes about nature of mental illness as well as personalistic theory of human being.

---

<sup>54</sup> J. Wróbel, dz. cyt., 165-166.

<sup>55</sup> H. G. Koenig, dz. cyt.