

Andrzej Mirski¹

TYPY BIOPSYCHOSPOŁECZNE, WZORY ZACHOWANIA I OSOBOWOŚĆ W UJĘCIU PSYCHOSOMATYCZNYM

TYPES OF BIOPSYCHOSOCIAL TYPES, PATERNS OF BEHAVIOR AND PERSONALITY IN PSYCHOSOMATIC APPROACH

Summary. Psychosomatic approach is based on the assumption that the psyche and the body work together, influencing each other. Behind this position is deeper assumption, that in fact the psyche and the body are one unit (holistic approach). Psychosomatics therefore definitely breaks with the position of the dualistic approach, according to which the mind and body are separate, independent entities. In psychosomatic illness dysfunctions of the mind influence the body and determine the formation of somatic symptoms, which in turn have a negative impact on the psyche. The author introduces the concept of biopsychosocial types as a construct comprising a patterns of cognitive, motivational emotional, and behavioral fuctions, personality and psychophysiological pattern. In this article, the author presents the first three basic types of biopsychosocial, or "A", "C" and "D". The author then discusses the type of biopsychosocial defined as "P" (positive), the patterns of cognitive, motivational emotional, and behavioral functions, personality and psychophysiology, which are particularly advantageous from the point of view of health (in particular the prevention of psychosomatic diseases).

Wprowadzenie

Podejście psychosomatyczne bazuje na założeniu, że psychika i ciało współpracują ze sobą, wzajemnie na siebie oddziałując. Za stanowiskiem tym stoi głębsze założenie, natury bardziej ontologicznej, że w istocie psychika i ciało stanowią jedną całość (stanowisko holi-

¹ AGH w Krakowie

styczne). Psychosomatyka zdecydowanie zatem zrywa ze stanowiskiem dualistycznym, według którego umysł i ciało są odrębnymi, niezależnymi bytami. Dualizm ten został narzucony nauce przez Kartezjusza, z jego koncepcją fundamentalnie osobnych „res cogitans” (dusza) oraz „res extensa” (ciało)², przy czym żadne próby znalezienia powiązań między tymi bytami (a o tym, że one istnieją, mówi codzienna obserwacja), nie dały zadowalających rezultatów. Dualizm niewątpliwie okazał się ślepą uliczką w rozwoju nauk o człowieku, co nie zmienia faktu, że spełnił on w historii nauki także pozytywną rolę, gdyż uznał on ciało ludzkie za obiekt, który może podlegać badaniom przyrodoznawczym, włączając w to sekcję zwłok.

Dzięki temu od XVII wieku zaczął się gwałtowny rozwój nauk medycznych, w wyniku czego pokonane liczne choroby, przedtem dziesiątkujące ludzkość. W jakimś sensie zawdzięczamy też tej tradycji to, że z kolei umysł możemy badać niezależnie od ciała. Bardzo dużą liczbę procesów psychicznych cechuje znaczna autonomia w stosunku do innych stanów i własności ciała, (pomijając aktywność mózgu). Krótko mówiąc, choć wiemy że dualizm psychofizyczny jest błędny, wiele obszarów biologii i medycyny z jednej strony, a psychologii, socjologii i nauk humanistycznych z drugiej funkcjonuje tak, jakby ciało i umysł były osobnymi bytami. W konsekwencji w psychologii funkcjonuje podejście skoncentrowane wokół zjawisk psychicznych, społecznych i kulturowych, a w naukach klinicznych model biomedyczny, kładący nacisk na naturalne przyczyny chorób oraz postulujący separację umysłu i ciała. Podejście biomedyczne doczekało się jednak krytyki, gdyż nie tylko stosuje ono nieuzasadniony redukcjonizm, ale pogarsza relację terapii pomiędzy lekarzem a traktowanym przedmiotowo pacjentem³.

Model biopsychospołeczny.

Istnieją jednak obszary w którym to co psychiczne ściśle wiąże się z tym co fizyczne, i gdzie jest rzeczą oczywistą, że nie da się tych aspektów od siebie oddzielić. Zaliczyć tutaj należy właśnie psycho-

² R. Descartes, *Selections*, Scribners, New York 1955

³ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, ASTRUM, Wrocław 2000.

somatykę, psychologię zdrowia, psychofizjologię, a także neuropsychologię. Nauki te powodują konieczność holistycznego ujęcia zagadnienia „body-mind”. Warto zaznaczyć, że takie holistyczne ujęcie nie jest w nauce niczym nowym, bo proponował go już Arystoteles, w postaci monizmu hylemorficznego, w myśl którego to co cielesne i to co fizyczne są manifestacjami tego samego zjawiska, jakby dwoma stronami tej samej monety⁴. U Arystotelesa wyjaśnienie to ma formę najprostszą (choć wciąż interesującą), w postaci koncepcji formy i materii, współczesne filozofia i przyrodznawstwo oferują nieco bardziej złożone konstrukty (np. emergencji). Bardzo ciekawą, nowoczesną koncepcję holizmu reprezentuje np. John Searl⁵. Współczesne podejście holistyczne (czy hylemorficzne) nie narzuca konieczności przyjęcia radykalnego materialistycznego redukcjonizmu. Przeciwnie, ujmuje ono organizm ludzki jako system, stanowiący niepodzielną całość wzajemnie wpływających na siebie wymiarów biologicznych, społecznych i psychologicznych, znajdujących się w ciągłym współoddziaływaniu ze środowiskiem przyrodniczym, społecznym i kulturowym⁶. Na tym podejściu systemowym bazuje właśnie model biopsychospołeczny, w którym czynniki biologiczne rozszerza się także o czynniki społeczne i psychologiczne⁷. Czynniki te wzajemnie wpływają na siebie, ale mają także swój obszar funkcjonalnej autonomii. W praktyce klinicznej model biopsychospołeczny uznaje, że czynniki psychologiczne i społeczne powinny być uwzględniane włączane razem ze zmiennymi biologicznymi w rozpoznaniu choroby danego pacjenta⁸. Trzeba brać pod uwagę społeczny kontekst pacjenta, w którym on żyje, systemy komplementarne tworzone przez społeczeństwo do radzenia sobie ze skutkami chorób, aby dobrze zrozumieć czynniki wpływające na powstawanie chorób

⁴ Arystoteles: *Metafizyka*. PWN, Warszawa 1983.

⁵ John R. Searle, *The Rediscovery of the Mind*, MIT Press, Massachusetts 1994.

⁶ G. Dolińska-Zygmunt, (), *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu* (w:) G. Golińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996, s. 12.

⁷ Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998, s. 6.

⁸ D.C. Turk, E.S. Monarch, *Biopsychosocial perspective on chronic pain*, (w:) Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*, Guilford, New York 2002.

i rozwijać w sposób racjonalny sposoby terapii jak i systemy opieki zdrowotnej⁹. Muszą być uwzględniany także styl życia pacjenta, jego sposób myślenia, osobowość, relacje z innymi.

Choroby psychosomatyczne

Istnieje wiele chorób, których związek z psychiką jest bardzo dobrze udokumentowany. Z jednej strony są to choroby atakujące układ nerwowy, gdzie patofizjologiczne procesy zachodzące przede wszystkim w mózgu, wpływają negatywnie na funkcjonowanie umysłu. Zaliczają się tu przede wszystkim choroby psychiczne i neurologiczne, a ich bezpośredni związek z psychiką opisują neuropsychologia i psychologia kliniczna. Natomiast w przypadku tych psychosomatycznych, to bardziej psychika oddziałuje na ciało i determinuje powstawanie objawów cielesnych. Do grupy klasycznych chorób psychosomatycznych, takich jak między innymi: nadciśnienie tętnicze, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba niedokrwienna serca, obecnie zalicza się coraz to nowe zaburzenia takie jak: otyłość, uzależnienia lekowe czy alkoholizm. Niniejsza praca dotyczy zależności pomiędzy wzorem zachowania i typem osobowości danej jednostki a ich wpływem na zachorowalność na choroby i zaburzenia natury psychosomatycznej. Oczywiście inne czynniki, związane z predyspozycją genetyczną, odżywianiem i wpływami środowiska odgrywają¹ tu również bardzo ważną rolę. Pierwsze choroby psychosomatyczne, jakie wyróżniono w medycynie, to wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, jądłowstręt psychiczny, dychawica oskrzelowa¹⁰. Uznano istnienie psychosomatycznych elementów w chorobie niedokrwiennej serca, tu też został ustalony pewien wzór zachowania „A”, charakterystyczny dla osób zagrożonych tą chorobą. Jednocześnie zaproponowano odmienny wzór zachowania, oznaczony literą „B”, jako przeciwieństwo wzoru „A” i łączący się ze znacznie mniejszym ryzykiem choroby wieńcowej. etiopatogenezie chorób nowotworowych. zaproponowano charakterystyczny wzór zachowania, który określony został typem „C”. Został

⁹ G.L. Engel, *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science* 1977, 196 (4286), s.129-36.

¹⁰ M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, PWN, Warszawa 1988.

również opracowany przez Johana Denolleta¹¹ model osobowości typu D nazywany jest mianem osobowości stresowej lub podatnej na stres. Przejawia on pewne cechy wspólne dla wzoru zachowania A i C i prowadzi często również do chorób psychosomatycznych a także depresji. W niniejszej pracy jednak oddzielono wzory zachowania od cech osobowości, uznając, że nie jest ot to samo i nie należy tych pojęć mieszać. Szeroko ujęte pojęciu typu biopsychosocjalnego proponuję podzielić na osobowość, wzory zachowania, wzory poznawcze, wzory motywacyjno – emocjonalne oraz odpowiadające im wzory psychofizjologiczne.

Osobowość i wzory zachowania

W psychologii pojęcie osobowości służy do wyjaśniania i przewidywania zachowań jednostek. Reykowski określa osobowość jako centralny system integracji zachowań i regulacji stosunków między człowiekiem a światem¹². Według Pervina osobowość to: „Złożona całość myśli, emocji i zachowań, nadająca kierunek i spójność życiu człowieka”¹³. Według Zimbardo osobowość to „właściwości psychologiczne stanowiące o ciągłości zachowań jednostki w różnych sytuacjach i w różnym czasie”¹⁴. Według autora tego artykułu osobowość to zespół utrwalonych w ciągu biegu życia dyspozycji (cech), integrujących życie psychiczne i zachowanie oraz rozróżniających ludzi od siebie, gdyż każdy człowiek ma inny zestaw genów i inną historię życia.

Pojęcie wzorów zachowania jest w psychologii nowsze i wciąż czeka na dobrą i powszechnie uznaną definicję. Dotychczas jest odnoszone ono do określonych dziedzin zachowania, jak np. wzór zachowania A czy wzór zachowania C czy, np. wzór zachowania nałogowego hazardzisty. Pojęcie to z jednej strony sięga do konstruktu

¹¹ J. Denollet, Type D Personality. *Journal of Psychosomatic Research*, 49/2000.

¹² J. Reykowski, G. Kochańska, *Szkice z teorii osobowości*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.

¹³ L. A Pervin, O. P John, *Osobowość – teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s.416

¹⁴ Ph, G. Zimbardo, R.J. Gerrig, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 252.

socjologicznego kulturowych wzorów zachowania, a z drugiej strony do tradycji behawiorystycznej w psychologii, w której koncentruje się przede wszystkim na obserwacji zachowania a nie na cechach wewnętrznych. Autor artykułu definiuje wzór zachowania jako stosunkowo łatwo obserwowalną z zewnątrz i powtarzającą się wiązkę określonych, powiązanych ze sobą zachowań, często mających charakter nawykowy, które w wyraźny sposób wpływają na pewną sferę życia człowieka, na przykład związaną ze zdrowiem. Pojęcie to warto stosować tam zwłaszcza, gdzie taką wiązkę zachowań stosunkowo łatwo określić, zidentyfikować jej negatywny (lub pozytywny) wpływ na określoną sferę życia (np. zdrowia), a także zaproponować łatwo mierzalne zmiany tego zachowania. Wzory zachowania jest łatwiej zmienić niż głębiej psychologicznie sięgające cechy osobowości. Autor niniejszego artykułu proponuje wyróżnić trzy dziedziny wzoru zachowania: wzór społeczny, wzór behawioralny oraz styl życia. Wzór społeczny dotyczy tego, jak na ogół człowiek odnosi się do ludzi, jaki ma stosunek do pracy zawodowej i aktywności społecznej, czy jest na ogół niezależny i asertywny, czy bierny i submisyjny, czy wreszcie silnie rywalizujący i agresywny.

Wzór behawioralny odnosi się do sposobu poruszania się i mówienia, do używane na co dzień języka pozawerbalnego i werbalnego, co przekłada się na napięcia mięśniowe, gesty, przyjmowanie pozycja ciała, etc.

Styl życia jest wzorem zachowania dotyczącym głównie takich czynników jak sposób odżywiania się, uprawianie aktywności fizycznej, czas poświęcany na pracę, wypoczynek, rozrywki i sen, korzystanie z urlopów, dobre gospodarowanie czasem, korzystanie z opieki medycznej, korzystanie z używek, poziom ogólnego dbania o zdrowie i profilaktyki chorób. Najogólniej styl życia może być zdrowy czyli służący zdrowiu oraz niezdrowy, który przeciwnie, zagraża zdrowiu i naraża na choroby. W ramach niezdrowego stylu życia często występują tzw. behawioralne patogeny¹⁵, do których zalicza się palenie tytoniu, używanie narkotyków, nadużywanie alkoholu, natomiast zdrowy styl życia wiąże się z behawioralnymi immunogenami, taki jak

¹⁵ J.D. Matarazzo, *Behavioral immunogenes and pathogenes in health and illness*, (w:) B.L. Hammonds, C.J. Schneider (red.) *Psychology and Health: The master lecture series*, vol 3, APA, Washington 1984.

właśnie ćwiczenia fizyczne, zdrowe odżywianie, etc.¹⁶

Między konkretnym zachowaniem a wzorami zachowania oraz osobowością istnieją związki, które ilustruje poniższy rysunek.

Ryc. 1. Związki zachowania, wzorów zachowania i osobowości



Jak wskazuje to schemat powyżej, na zachowanie wpływa zarówno wzór zachowania oraz osobowość. Na rysunki przedstawione są jednak strzałki w obie strony, ponieważ oddziaływanie to ma charakter dwustronny. Często powtarzana zachowanie utrwała się, przechodzi w nawyk i wytwarza w końcu określony wzór zachowania. Z kolei utrwalaony wzór zachowania modyfikuje osobowość. Nawet same zachowania własne, szczególnie o dużym znaczeniu mogą wpłynąć na pewną zmianę osobowości.

Wzory poznawcze

Jest rzeczą bardzo uzasadnioną, zwłaszcza z punktu widzenia współczesnej terapii, w której obecnie prym wiodą psychoterapia poznawcza oraz poznawczo – behawioralna, wydzielenie wzorów, lub inaczej schematów myślenia jako osobnej, istotnej kategorii typu biopsychospołecznego. Oczywiście, wzory myślenia w istotny sposób wpływają na osobowość, np. osoba spostrzegająca świat jako bardzo zagrażający rozwija w sobie często dyspozycję podejrzliwości.

¹⁶ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, ASTRUM, Wrocław 2000, s. 109.

ści. Z drugiej jednak strony utrwalona osobowość, np. wspomniana podejrzliwość, częściej będzie wyzwalała myśli o charakterze prześladowym. Jednakże z terapeutycznego punktu widzenia łatwiej zmierzyć się z dysfunkcjonalnymi wzorcami poznawczymi i próbować je zmienić (np. w terapii poznawczej) niż próbować od razu zmienić całą osobowość. Terapia poznawcza zakłada również, że pacjent jest w stanie zmienić swoje nieadaptacyjne przekonania czy zachowania poprzez analizę własnych doświadczeń. Pojęcie Wczesnych Nieadaptacyjnych Schematów, będących tematem niniejszego podrozdziału, należy opierać na definicji Aaron'a T. Beck'a – jednego z reprezentantów szkoły terapii poznawczo – behawioralnej oraz definicji Jeffrey'a E. Young'a – przedstawiciela Terapii Schematów. Pierwszy z nich pojęcie „schemat” rozumie jako „każdą ogólną porządkującą zasadę służącą odnajdywaniu sensu w życiowych doświadczeniach”¹⁷. Powstają one w dzieciństwie i utrzymują się w ciągu życia służąc odbieraniu w sposób adaptacyjny lub nieadaptacyjny, doświadczeń życiowych. W terapii schematów „Wczesny Nieadaptacyjny Schemat” to „ogólny, wszechogarniający motyw lub wzorzec, składający się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych dotyczących jednostki oraz jej relacji z innymi, wykształcony w dzieciństwie lub z okresie dojrzewania. Jest rozwijany przez całe życie i w znacznym stopniu dysfunkcjonalny”¹⁸. Zawiera przekonanie dotyczące własnej osoby, innych ludzi i świata, które stają się punktem centralnym dla obrazu siebie¹⁹.

Wzory motywacyjne i emocjonalne

Przez wzory motywacyjne i emocjonalne będę najczęściej powtarzające się schematy oraz treści doznawanych przez jednostkę motywów i uczuć. Będą tu brane pod uwagę dwa aspekty. Po pierwsze, ogólny schemat motywacji i emocji. W przypadku moty-

¹⁷ E. Rafaeli, D.P. Bernstein, J. Young, *Psychoterapia oparta na schematach*, Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2011, s.26.

¹⁸ *Ibidem*, s. 26.

¹⁹ J.E.Young, J.S.Klosko, *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się w pułapki psychologicznych*, Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2012, s. 19.

wacji dotyczy on głównie tego, czy motywy mają charakter proaktywny, reaktywny czy bierny. W przypadku emocji, będzie to przede wszystkim ogólna skłonność do emocji pozytywnych, negatywnych czy też ograniczania doświadczania w ogóle jakichkolwiek emocji. Te ogólne wzory mocno wpływają na treści doznawanych zwykle motywacji oraz emocji, z tym treści te z natury rzeczy są wyzwalane głównie przez okoliczność życia i bodźce ze środowiska, czynniki te też nadają ogólnym skłonnością konkretne ukierunkowanie i zawartość (np. osoba proaktywna rozwija w sobie ambicję naukową, osobą skłonna do uczuć pozytywnych, cieszy się z jakiejś konkretnej rzeczy).

Wzory psychofizjologiczne

Wzór psychofizjologiczny według autora oznacza najczęstsze formy funkcjonowania psychosomatycznego, zwłaszcza w zakresie pobudzenia układu współczulnego i przywspółczulnego oraz reakcji na osi mózg – podwzgórze – przysadka – nadnercza. Generalnie rzecz biorąc jest on związany przede wszystkim z reakcjami na sytuacje stresowe. Autor proponuje tutaj prosty podział na wzór fizjologiczny oraz wzór zaburzony, podkreślając, że tworzą one w zasadzie continuum, od bardzo dobrze działającego wzoru fizjologicznego do wzoru bardzo poważnie zaburzonego. Wzór fizjologiczny ma charakter naturalny: jednostka reaguje pobudzeniem adekwatnym do sytuacji, znajduje jakieś rozwiązanie problemu, po czym wraca do poprzedniego stanu. Kiedy musi aktywnie reagować, uruchamia się u niej układ współczulny, kiedy przychodzi czas na odpoczynek, pobudzenie, posiłek, regenerację, odpowiednia działa układ przywspółczulny. Pobudzenie układu współczulnego wiąże się ze wzrostem adrenalin i noradrenalin we krwi, przyspieszeniem pracy serca i oddechu, wzrostem ciśnienia krwi oraz zawartości w niej cukru, odpływ krwi od skóry do mięśni²⁰. Gdy ta sytuacja trwa stosunkowo krótko i dostosowana do wymagań z otoczenia nie jest w żadnym wypadku dla organizmu szkodliwa. Natomiast gdy zagrożenie nie ustępuje lub się powtarza, albo też jednostka reaguje niewspółmiernie i nieadekwatnie do zagrożenia (na przykład reakcja na krytykę w pracy jest

²⁰ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, ASTRUM, Wrocław 2000.

taka jak na atak groźnego zwierzęcia dochodzi do rozregulowania funkcji fizjologicznych i spadku zdolności obronnych organizmu). Wówczas możemy mówić o patologicznym wzorcu psychofizycznym. Pojawiające się w wyniku tego choroby, zwane chorobami adaptacji, są skutkiem wyczerpania się sił obronnych organizmu na skutek walki ze stresem²¹.

Typy biopsychospołeczne

Autor proponuje wprowadzanie pojęcia typu biopsychospołecznego, jako konstruktu obejmującego wszystkie omówione dotychczas najważniejsze aspekty funkcjonowania jednostki, a więc wzór poznawczy, wzór motywacyjny, wzór emocjonalny, wzór zachowania (obejmujący wzór społeczny, behawioralny i styl życia), osobowość i wzór psychofizjologiczny. Zasadniczym powodem wprowadzenia tego pojęcia jest pewna nieścisłość w używaniu zaproponowanych w literaturze naukowej wzorów A i C zachowania oraz osobowości typu D. W wymienionych w literaturze opisach pewne elementy pasują bardziej do wzorów zachowania, inne do typów osobowości, inne wreszcie należało by zaliczyć do wzorów poznawczych, motywacyjnych, emocjonalnych, wreszcie do ich skutków psychofizjologicznych (zaproponowane wzorce A, C i D dotyczą przede wszystkim czynników mających wpływ na występowanie chorób psychosomatycznych). Już pewien chaos wprowadza używanie w przypadku typów A i C sformułowania wzór zachowania, a w przypadku typu D – osobowość. Najgorsze jest jednak to, że pojęcia te są notorycznie, bez żadnego uzasadnienia używane wymiennie: bardzo często słyszy się także używanie sformułowań: „osobowość typu A”, „osobowość typu C” czy wzór zachowania typu D. Wreszcie, z diagnostycznego i terapeutycznego punktu widzenia bardzo istotne jest wydzielenie określonych składników: wzorów poznawczych, wzorów motywacyjno – emocjonalnych, wzorów zachowania, typu osobowości czy w końcu wzorów funkcjonowania psychofizjologicznego, aby podjąć odpowiednie działania lecznicze i pomocowe. Nazwa typ biopsychospołeczny jest wyraźnym nawiązaniem do modelu biopsychospołecz-

²¹ J. Terelak, *Psychologia stresu*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001, s. 25

nego, który odgrywa coraz większą rolę w medycynie i psychologii zdrowia, a także do ujęcia w ramach opisu każdego typu, czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych.

W niniejszym artykule autor przedstawił najpierw trzy podstawowe typy biopsychospołeczne, czyli „A”, „C” oraz „D”, omawiając po kolei odpowiednie aspekty a więc charakterystyczne dla każdego z tych typów wzory poznawcze, wzory motywacyjne i emocjonalne, wzory zachowania (społeczne, behawioralne i styl życia), osobowość oraz wynikające z nich wzory psychofizjologiczne.

Następnie autor artykułu omawia typ biopsychospołeczny określony jako „P” (pozytywny), którego wzorce poznawcze, emocjonalno-motywacyjne, wzorce zachowania, osobowość oraz wzorce psychofizyczny są szczególnie korzystne z punktu widzenia zdrowia (w szczególności zapobiegania chorobom psychosomatycznym).

Typ biopsychospołeczny A (Wzór poznawczy, wzór motywacyjno-emocjonalny, wzór zachowania, osobowość i wzór psychofizjologiczny typu „A”)

Wieloletnie badania i obserwacje prowadzone przez Friedmana i Rosenmana²² (1974), pozwoliły im sformułować i opisać pewien specyficzny model życia, określony jako wzór zachowania „A”. Jego cech¹ jest skrajna skłonność do współzawodnictwa, rywalizacji, dominacji, ciągła walka o uznanie i osiągnięcia, wysoki poziom agresji i wrogości (często stłumionej), nadmierna pobudliwość i czujność, podejrzliwość, nie znoszenie sprzeciwu lub krytyki, wybuchowy sposób i szybkie tempo mówienia, napięcie mięśni twarzy oraz całego ciała, zaciskanie pięści i zębów, nerwowe lub gwałtowne ruchy, niecierpliwość, poczucie presji czasu i nadmiernej odpowiedzialności²³. Wielokrotnie powtarzane badania pozwoliły stwierdzić, iż ten model życia może być czynnikiem ryzyka przy powstawaniu zawału serca (ma on występować od 5 do 7 razy częściej niż u osób nie posiadających tego wzoru zachowania), a z czasem wykryto nawet, że może być czynni-

²² M. Friedman, R.H. Rosenman, *Type A behavior and your heart*, Alfred A. Knopf, New York 1974.

²³ E. Eliaz, K. Wrześniewski, *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*, Ossolineum, Wrocław 1988.

kiem ryzyka także dla innych chorób, takich jak wrzód żołądka i dwunastnicy oraz choroba reumatyczna.

Wzór poznawczy

Jak autor zaznaczył powyżej podstawowe przekonania jednostki dotyczą przede wszystkim interpretacji świata (interpretator świata) oraz samego siebie w tym świecie (interpretator siebie). We wzorze poznawczym „A” świat jest widziany jako miejsce zasadniczo niebezpieczne, groźne, niesłuchanie wymagające. Jednocześnie świat kusi licznymi możliwymi dobrami, zwłaszcza w zakresie materialnym a także możliwościami kariery i społecznego awansu. Życie widziane jest jako proces ciągłej, zasadniczo bezwzględnej, walki. Liczy się przede wszystkim świat społeczny, świat ludzi, a w nim przede wszystkim ocena innych, przy czym dominuje przekonanie o materialnej, odniesionej do oceny społecznego otoczenia warto ci wszystkich dóbr²⁴.

W zakresie samooceny dominuje pogląd, że nie dysponuje się wystarczającymi środkami, aby zapewnić sobie szacunek otoczenia²⁵ oraz osiągać taki poziom materialny oraz pozycji społecznej, której by się pragnęło. Choć osoba taka lubi się wywyższać i chwalić swoimi osiągnięciami, w istocie ma często bardzo niską samoocenę, a dążenie a wszelką cenę do sukcesów ma tę samoocenę podwyższyć.

Wzór motywacyjny.

Zasadniczy wzór motywacyjny obejmuje dążenie do ciągłego sprawdzania i ciągłego odnoszenia sukcesów. Jest to motywacja wybitnie egoistyczna i nastawiona na samego siebie, nawet jeżeli sukcesy te (np. w pracy lekarza, psychologa czy nauczyciela) miałyby pomagać innym. Osoby o stylu życia A bardzo często lubią ukrywać się za rzekomą motywacją prospołeczną, chętnie robią z siebie entuzjastów czy nawet męczenników jakiejś sprawy, w istocie się jednak przede zorientowane na własny sukces, głównie materialny oraz

²⁴ K. Wrześniewski, *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*, PAN, WIP Warszawa 1993.

²⁵ Ibidem.

w zakresie pozycji społecznej (awans, kariera etc.). Osoby te pragnę zawsze być na pierwszym miejscu, najbardziej zauważone i docenione. Jeżeli są w jakikolwiek (w swojej interpretacji) prześcigane czy zagrożone przez inne osoby, powstaje u nich silna wroga motywacja w stosunku do takich osób: chęć szkodenia im, przeszkadzania, kompromitowania, dokuczenia, mogąca nawet przejść w bardzo destrukcyjne motywacje.

Choć w swoich intencjach przedstawiciel typu „A” chciałby być proaktywny, w istocie jego motywacja bardzo często przybiera raczej charakter reaktywny, to znaczy dosyć konformistycznie realizuje oczekiwania społeczne oraz łatwo daje się wciągać w walkę i rywalizację, zamiast realizować w pełni swój ludzki potencjał.

Wzór emocjonalny

Wzór emocjonalny A obejmuje wysoki poziom agresji, wysoki poziom lęku, oraz powstające często obniżenie nastroju odczuwanie jednak bardziej jako poczucie rozczarowania i zniechęcenia, niż smutek czy depresja. Taki wzór emocjonalny stanowi duże ryzyko choroby, zwłaszcza gdy towarzyszy mu poziom lęku jest stosunkowo wysoki^{26, 27}. Wysoki poziom lęku bierze zaś się głównie stąd, że osoba ta, często wchodząc w sytuacji rywalizacji, konfliktu i agresji wcale nie jest pewna swojej pozycji i często boi się przegranej. Tak więc nie tyle sama agresywność jest zagrożeniem, ale połączenie agresji z lękiem („agresjo-lęk”). To mogłoby te wytłumaczyć częste przechodzenie od agresji do wycofania. Osoby przejawiające ten wzór zachowania częściej i bardziej intensywniej przeżywają stany stresowe w szkodliwym natężeniu a także o to, że komponenty fizjologiczne emocji, charakterystyczne dla tego wzoru zachowania, zmniejszają odporność organizmu.

²⁶ E. Elias, K. Wrześniewski, *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*, Ossolineum, Wrocław 1988.

²⁷ G. Dolińska-Zygmunt, *Psychologia a podatność na choroby*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.

Wzór zachowania

Wzór społeczny obejmuje bardzo częste sytuacje konkurencji, rywalizacji, agresji i sporów, z dużym pobudzeniem, wyrażanym gwałtownie poprzez odpowiednie wzorce behawioralne.

Wzorce behawioralne obejmują zaciskane zęby, pięści, silne napinanie mięśni, podniecenie, wybuchowy sposób i szybkie tempo mówienia, napięcie mięśni twarzy oraz całego ciała, zaciskanie pięści i zębów, nerwowe lub gwałtowne ruchy.

Styl życia jest bardzo często niezdrowy, zwłaszcza z powodu nadużywania nikotyny i alkoholu, zwykle jako niewłaściwych sposobów redukcji przeżywanego stresu. Wzór zachowania typu „A” łączy się także z niehigienicznym trybem życia, który zwiększa prawdopodobieństwo narażenia na inne, fizyczne czynniki ryzyka (złe odżywianie, palenie papierosów, spożywanie alkoholu, brak czasu na racjonalny wypoczynek).

Osobowość

Zgodnie z przedstawioną powyżej hipotezą, należy uważać, że utrwalony wzór zachowanie powoduje ukształtowanie się względnie trwałych dyspozycji u danej osoby, a więc pewnych cech osobowości. Dlatego można powiedzieć, że z czasem kształtuje się typ osobowości A. Cechują go następujące dyspozycje: podejrzliwość, agresywność, nieufność, zazdrość i skłonność do zawiści, wrogie nastawienie do otoczenia, skłonność do współzawodnictwa, rywalizacji, dominacji, skłonność do ciągłej walki o uznanie i osiągnięcia. Z kolei określone cechy osobowości typu A powodują większą skłonność do ujawniania się wzoru zachowania A i bezpośrednio już samych zachowań tego typu. To z kolei pociąga za sobą określone konsekwencje, bardzo dla jednostki niekorzystne.

Wzorzec psychosomatyczny

Często występuje ostra reakcja stresowa, powodująca znaczne i długotrwałe pobudzenie układu sympatycznego, a więc wzrost

poziomu adrenaliny i noradrenaliny i cukru we krwi, podniesienie ciśnienia krwi, przyspieszeniem pracy serca i oddechu.

Szczególnie niepokojące jest zjawisko częstego przełączania pobudzenia z układu sympatycznego na parasympatyczny (od wściekłości i gniewu do zniechęcenia i rezygnacji), a także często stwierdzane w tych przypadkach dokuczliwe stany depresyjne, również osłabiające układ immunologiczny.

Ten typ wzorca psychofizjologicznego pociąga za sobą także podwyższenie poziomu cholesterolu w organizmie ludzkim, a także takich parametrów, jak trójglicerydy, kortykotropiny. Następuje zwiększenie intensywności produkcji insuliny, a także zwiększanie się krzepliwości krwi.

Typ biopsychospołeczny „C” (Wzór poznawczy, wzór motywacyjno-emocjonalny, wzór zachowania, osobowość i wzór psychofizjologiczny typu „C”)

Styl życia „C”, przez Morrisa i Greera przedstawiony jako wzór zachowania „C”²⁸ odnosi się do typu zachowań, które szczególnie często występują u osób z chorobami nowotworowymi. Wzór zachowania „C” przedstawia sposób bycia bardzo mało agresywny, nieassertywny, połączony z ukrywaniem negatywnych emocji (szczególnie gniewu), uległy wobec zewnętrznych autorytetów.

Wzór poznawczy

Świat postrzegany jest jako miejsce niebezpieczne, w którym, aby przeżyć należy posiadać opiekę, uczucia i wsparcie ze strony innych ludzi. Jednocześnie ta opieka czy wsparcie są bardzo niepewne, gdyż łatwo można kogoś utracić fizycznie (śmierć, opuszczenie) lub psychicznie (łatwo zranić, obrazić, zniechęcić). Sympatii ludzi nie zdobywa się jednak poprzez zewnętrzne sukcesy, ale przez oddanie, miłość, poświęcenie, łagodność, altruizm i posłuszeństwo, przez ustępowanie miejsca innym, a nawet rezygnacji z własnych praw.

²⁸ T. Zakrzewska, Psychologiczne czynniki ryzyka zachorowania na raka - przegląd badań, *Przegląd Psychologiczny*, 1989, nr 4.

Spostrzeganie samego siebie jest również zasadniczo niekorzystne. W tym wzorze poznawczym jednostka spostrzega siebie jako osobę, którą jest łatwo odrzucić. Uważa siebie zatem za osobę generalnie mało atrakcyjną, którą jest trudno pokochać, która, mimo wszelkich starań, w zasadzie jest społecznie dysfunkcyjna i popełnia stale karygodne błędy w stosunku do innych. Nigdy nie jest się w swoich oczach osoba wystarczająco dobrą.

Wzór motywacyjny obejmuje Należy być w stosunku do ludzi osoba uprzejmą, miłą, posłuszną. Należy ukrywać swoje prawdziwe ja za „murem” łagodnej dobroci. Nigdy nie należy ukazywać gniewu. Mniej należy też nadmiernie afiszować się czy za bardzo angażować w sprawy społeczne. Zaangażowanie jest skierowane bowiem raczej w stosunku do poszczególnych ludzi, niż na sprawy ogólnospołeczne, mogące przynieść sukces lub uznanie (jak to jest u osób o stylu życia A). Jeżeli relacja danej osoby z innymi osobami nie układają się po jej myśli, uważa ona, że powinna się obwiniać. Do wzoru emocjonalnego należy przede wszystkim poczucie samotności, opuszczenia oraz silne poczucie win i poczucie leku przez porzuceniem. Lęk ten jest behawioralnie silnie ukrywany, natomiast aktywnie działający psychosomatycznie.

Wzór zachowania

Wzór społeczny obejmuje przede wszystkim ukrywanie się za „murem” łagodnej dobroci, częste osamotnienie, uzależnienie od otoczenia, powierzchowność i niestałość w związkach, odczuwanie braku satysfakcji z życia seksualnego, niewielkie zaangażowanie jednostki w życie społeczne²⁹

Wzór behawioralny wyraża się brakiem swobody w kontaktach międzyludzkich, niezdolności do okazywania i odczuwania gniewu.

Styl życia wymaga przeprowadzenia dalszych badań, na ogół nie jest jednak zdrowy. Aktywność fizyczna jest raczej niewielka, za to występuje skłonność do używek, zwłaszcza palenia papierosów.

²⁹ L. Le Shan, Untersuchungen zur Personenkeit von Krebskranken „*Psychosomatic Med.*”, 9, 246, 1963.

Osobowość

Bernie S. Siegel (1994). stwierdza pacjentów nowotworowych nadmierną bierność, potulność i konformizm³⁰. Jednostka z tym typem nie jest skłonna do zachowań o charakterze agresywnym, natomiast zdecydowanie jest osobą cierpliwą, kooperatywną, ale też nie asertywną. Z reguły stara się jak najlepiej ukrywać swoje negatywne uczucia (przede wszystkim gniew) i łatwo ulega wpływom osób z zewnątrz. Osobę z WZC cechuje też duża uległość wobec zewnętrznych autorytetów. wzory zachowań tego rodzaju zmierzają do załamania się potencjałów odpornościowych, niskiej samooceny oraz braku wiary we własne możliwości, radzenia, poczucia bezradności, beznadziejności i pesymistycznego podejścia do życia. Kozera zauważa, że koncepcje osobowości typu C mają swoje odniesienie w praktyce i rzeczywistości. U pacjentów często uwidaczniają się cechy charakterystyczne, jak: duża skłonność do poświęceń dla drugiego człowieka, ukrywanie emocji, niekonfliktowość oraz altruizm. Pacjenci ci to często osoby, które doświadczyły utraty bliskiej osoby, zostali w jakimś sensie porzućeni, a więc doznali dotkliwych strat emocjonalnych. Uważają siebie za nieudaczników, którzy w trakcie życia wiele dali, a nie otrzymali nic w zamian. Są to osoby bezsilne, bezradne oraz skłonne do użalania się nad sobą i zbytnej samokrytyki³¹. LeShan twierdzi, iż przyczyną powstania tego typu osobowości jest odrzucenie przez rodzica lub jego utrata, która wzbudza w człowieku poczucie krzywdy, osamotnienia, co przekształca się w lęk oraz przeświadczenie, że bliskie relacje z ludźmi wiążą się z bólem i rozczarowaniem³².

Typ biopsychospołeczny "D" (Wzór poznawczy, wzór motywacyjno-emocjonalny, wzór zachowania, osobowość i wzór psychofizjologiczny typu „D”)

Pojęcie osobowości typu D, określanej mianem osobowości stresowej lub podatnej na stres zostało wprowadzone do literatury

³⁰ B.S Siegel, *Miłość, medycyna, cuda*, Limbus. Bydgoszcz, 1994.

³¹ P. Kozera, 150 centymetrów cierpienia, *Charaktery*, nr 5, maj 2008, s. 76.

³² L. Le Shan., Untersuchungen zur Personenkeit von Krebskranken "Psychosomatic Med.", 9, 246, 1963.

po raz pierwszy w 1995 roku przez psychologa klinicznego Johana Denolleta³³. Na typ D składają się dwa główne wymiary, negatywna emocjonalność oraz hamowanie (zahamowanie) społeczne. Jak w poprzednich wypadkach, autor proponuje, aby zasadniczą, dotychczasową charakterystykę typu D a robić na wzór poznawczy (podstawowe przekonania), syndrom motywacyjny, syndrom emocjonalny, wzór zachowania o raz osobowość.

Wzór poznawczy typu D nie jest jeszcze dobrze opisany i wymaga dalszych badań. Można jednak uważać, że postrzeganie świata i samego siebie jest zbliżone do tego, jakie widzimy w depresji, dystymii i w depresyjnym zaburzeniu osobowości, ponieważ mamy tu do czynienia z depresyjnym wzorem poznawczym. Dominuje pesymistyczne spojrzenie na świat. Jest on postrzegany jako miejsce nieprzychylnie, ponure, nieciekawe (nie oferuje cennych szans na błyskotliwe sukcesy i dobra materialne jak we wzorze A, ani też szans na miłość i bardzo ważne relacje jak we wzorze C). Jednocześnie jest on często miejscem raniącym i irytującym, a zwłaszcza ludzie go wypełniający. Samoocena, podobnie jak we wzorcu poznawczym większości typów depresji, jest niska.

Wzór motywacyjny obejmuje przede wszystkim skłonność do wycofywania się z sytuacji społecznych, unikanie ryzyka i wyzwań., dążenie do spokoju, U osób typu „D”, w wyniku doświadczanego w miejscu pracy stresu, pojawia się zwiększone ryzyko rozwoju zespołu wypalenia zawodowego.

Wzór emocjonalny wiąże się głównie z negatywną emocjonalnością, wyrażającą się w skłonności do przeżywania silnych negatywnych uczuć, takich jak lęk, gniew, irytacja czy wrogość. Charakterystyczna jest także tendencja do zamartwiania się i odczuwania napięcia. Często występuje niskie poczucie bezpieczeństwa, poczucie bycia nieszczęśliwym, tendencja do obwiniania się, obniżone samopoczucie, niski poziom poczucia własnej wartości, niski poziom satysfakcji z życia oraz poczucie wyczerpania.

W zakresie wzoru społecznego zauważyć można przede wszystkim znaczne zahamowanie w sytuacjach społecznych, trudności w korzystaniu ze wsparcia społecznego, nieśmiałość i słabe więzi

³³ P. Kozera, 150 centymetrów cierpienia, *Charaktery*, nr 5, maj 2008, s. 76.

z innymi ludźmi, dyskomfort w obecności innych ludzi, zwłaszcza obcych, dystans wobec innych, niechęć do zmian i podejmowania ryzyka.

Wzór behawioralny obejmuje głównie słaba ekspresji emocjonalną i skłonność do powstrzymywania się od wyrażania negatywnych emocji, głównie z powodu lęku przed dezaprobatą i odrzuceniem ze strony innych ludzi.

Styl życia w typie D nie jest jeszcze dobrze opisany, ale generalnie ma on charakter bardziej samotniczy, wycofany, z czym wiąże się zwykle większa ilość patogenów niż immunogenów behawioralnych.

Osobowość

Osobowość w typie „D” wykazuje pewne podobieństwa do osobowości w typie „C”, zwłaszcza w zakresie skrytości i skłonności do nieujawniania emocji. Jednakże o ile typie „C” charakteryzuje niska świadomość przeżywanych emocji, to w przypadku typu „D” częściej występuje świadome powstrzymywanie się od wyrażania emocji, przede wszystkim z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem³⁴. Dla obydwu typów charakterystyczne jest pesymistyczne nastawienie do życia i skupianie się na jego negatywnych stronach, a także reagowanie na stres bezzadnością, poczuciem beznadziejności i skłonnością do depresji. O ile jednak osobowość typu „C” charakteryzuje duża skłonność do altruizmu i poświęcenia, to osobowości „D” jest raczej typem egocentrycznym, nastawionym na realizację własnych potrzeb i celów. Ponadto, osoby reprezentujące typ osobowości C mają raczej niską świadomość stresu i dyskomfortu psychicznego, podczas gdy u osób typu D występuje pełna świadomość stresu i przeżywanych emocji.

Wzór psychofizjologiczny

Występuje częste i długotrwałe pobudzenie układu współczulnego, ze względu na silny stres związany z kontaktami interpersonalnymi. Charakterystyczne jest jednocześnie reagowania na stres

³⁴ N. Ogińska-Bulik, *Osobowość typu D. Teoria i Badania*, Wyd. WSH-E, Łódź 2009.

poczuciem bezzadności i beznadziejności. Prawdopodobnie, zgodnie z modelem Seyle'go³⁵ osoby te dosyć szybko wchodzą w fazę wyczerpania, co prowadzi do rozregulowania funkcji fizjologicznych i spadku zdolności obronnych organizmu. To zaś, oprócz depresji, sprzyja także występowaniu wielu chorób psychosomatycznych takich jak, nowotwory, choroba wieńcowa, cukrzyca, łuszczyca, czy astma.

Typ biopsychospołeczny „P”

Na bazie tych porównań można się pokusić o stworzenie modelu pozytywnego typu biopsychospołecznego, który wiązałby się ze sposobem życia, mogącym stanowić profilaktykę chorób psychosomatycznych i zwiększającym jakość życia. Określenie takiego sposobu życia można było wiązać przede wszystkim z psychologią pozytywną, stąd nazwa „pozytywny sposób życia” lub sposób życia P. Zawierałby on oczywiście zarówno wzór myślenia „P”, motywację „P”, syndrom emocjonalny „P”, wzór zachowania „P” aż wreszcie osobowość typu „P”.

Próby określania pewnego optymalnego wzoru osobowościowego są niemal tak stare, jak cywilizowana ludzkość, zajmowała się nimi religia, filozofia, wychowanie obywatelskie. Już w okresie starożytności piękny obraz dobrze funkcjonującego człowieka stworzył Arystoteles w *Etyce Nikomachejskiej* jako model tzw. dobrego życia³⁶. Dopiero jednak nowy kierunek w psychologii, to znaczy psychologia pozytywna próbuje na tę kwestię popatrzeć z naukowego punktu widzenia, to znaczy określić, na podstawie ścisłych badań naukowych, jaki sposób życia jest korzystny z punktu widzenia zdrowia i szczęścia jednostki. Przez dłuższą część swojego trwania psychologia nie podejmowała opisu zdrowego i szczęśliwego sposobu funkcjonowania jednostki, koncentrując się na patologii. Powody do tego były zresztą w gruncie rzeczy dosyć zrozumiałe. Po pierwsze nauka w zasadzie stara się unikać wartościowania, pod drugie w demokratycznym społeczeństwie ludzie sami mają prawo wybierać sobie swoją drogę i sposób życia. Niemniej celem psychologii klinicznej i psychiatrii jest leczenie, a więc prowadzenie pacjenta do pewnych nie-

³⁵ H. Selye, *Stres okiełznany*, seria: Biblioteka myśli współczesnej, wyd. 2, PIW, Warszawa 1978.

³⁶ Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.

korzystnych stanów mentalnych i behawioralnych, określanych jako choroba do stanów korzystnych, określonych jako zdrowie. Dopóki zdrowie rozumiane było jako brak objawów, sprawa była pozornie prosta (pozornie dlatego, gdyż coś, co nazywamy brakiem objawów, ma również swoją charakterystykę mentalną i behawioralną, np., jeżeli ktoś nie ma obniżonego nastroju, na ma ogół nastrój dobry, ktoś, kto nie ma zaburzonej funkcji rzeczywistości, ma ją właściwą, etc., etc.). Natomiast już od ponad pięćdziesięciu lat obowiązuje powszechnie definicja zdrowia WHO zamieszczona w konstytucji tej organizacji, określająca je, jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego (a nie tylko brak choroby czy kalectwa). I tutaj właśnie zaczyna się poważny problem naukowy, bo po prostu należy dobrostan dokładnie zdefiniować, opisać i zbadać, jakie czynniki się na niego składają i jakie mu służą. W dziedzinie psychologii zadanie to należy przede wszystkim do opisanego dobrostanu psychicznego. Rola tej nauki zwiększa się jeszcze, po uzupełnieniu dotychczasowej definicji na 101 Sesji Rady Wykonawczej WHO w styczniu 1998 roku, kiedy to dodano, że zdrowie powinno być postrzegane, jako stan dynamiczny nie tylko dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, ale także duchowego, co oznacza, że w jeszcze większym stopniu brane są tu pod uwagę subiektywne odczucia człowieka oraz coś, co można byłoby określić jako „poczucie sensu życia”. Zdrowie duchowe jest tutaj rozumiane jako osobisty zbiór zasad, zachowań i sposobów osiągania wewnętrznego spokoju i równowagi, co u niektórych zaspakajają określone wierzenia i praktyki religijne³⁷ (zachodzi jednak pytanie, czy robią to dobrze, zwłaszcza w kontekście zamachów terrorystycznych na gruncie poglądów religijnych) ale w miarę postępującej sekularyzacji coraz więcej ludzi musi sama poszukiwać ich formy, sensu i znaczenia. Przed psychologią, zwłaszcza psychologią kliniczną i psychologią zdrowia staje więc nie lada problem jak określić, zdefiniować i zmierzyć psychiczny dobrostan oraz sposoby osiągania wewnętrznego spokoju i równowagi. Dodać tu ponadto należy, że psychologia kliniczna oraz psychologia zdrowia są naukami aplikacyjnymi, stosującymi w praktyce prawa i odkrycia opisane przez

³⁷ T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu, 2005, nr 54.

psychologię ogólną i rozwojową, a zatem poważne nowe wymagania stawiane tu będą także przed zwłaszcza psychologią poznawczą, emocji, motywacji i osobowości a także przed psychologią rozwoju człowieka w ciągu życia.

Kierunkiem w psychologii, który podjął się tych trudnych zadań, zarówno w dziedzinie psychologii ogólnej, rozwojowej, a także w dziedzinach aplikacyjnych psychologii (psychologia kliniczna, zdrowia, wychowawcza i edukacyjna) jest psychologia pozytywna. Omawianie źródeł i osiągnięć tego kierunku wychodzi poza zakres tego artykułu. Wystarczy powiedzieć, że psychologia pozytywna dostarcza odpowiedzi opartych na rzetelnych, obiektywnych badaniach empirycznych, jakie są warunki dobrostanu człowieka, które jednocześnie nie ograniczały by jego wolności wybierania najlepszego dla siebie sposobu życia (z prawem do nieuniknionych poszukiwań i błędów po drodze). Wnioski z tych osiągnięć mogą i powinny być wykorzystywane w programie leczenia i psychoterapii wszelkich zaburzeń psychicznych jak również chorób psychosomatycznych. Istotne też jest to, że wnioski terapeutyczne wynikające z psychologii pozytywnej nie wprowadzają żadnej rewolucji i w zasadzie są zgodne z zaleceniami terapeutycznymi postulowanymi wcześniej, zwłaszcza w ramach terapii poznawczej czy behawioralnej, wprowadzają za to pewien porządek i niejako przeprogramowują cel terapii w kierunku nie tylko zlikwidowania objawów ale także zwiększania dobrostanu.

I tak w dziedzinie wzorców poznawczych można przyjąć, że pozytywnymi wzorcami myślenia są te od dawna zaproponowane przez psychoterapię poznawczą i poznawczo-behawioralną, stosowane także w psychoterapii pozytywnej. W wymienionych programach terapeutycznych mają one zastąpić patologiczne, niewłaściwe schematy poznawcze stosowane dotychczas u osób z zaburzeniami psychicznymi, psychosomatycznymi czy po prostu u osób źle przystosowanych.

Podstawowe zasady pozytywnych wzorców poznawczych są dwa:

1. zasada realizmu (właściwej funkcji rzeczywistości) w odniesieniu do świata, ludzi i do samego siebie;
2. zasada pozytywnego nastawienia do świata, ludzi i do samego siebie.

Zasada realizmu jest niesłuchanie ważna, bo oznacza ona, że nastawienie poznawcze będzie inaczej wyglądać u osoby młodej, zdrowej, zamożnej, mieszkającej w bogatym, demokratycznym kraju, a zupełnie inaczej u osoby schorowanej, biednej, żyjącej w stałym zagrożeniu w państwie niedemokratycznym lub zupełnie nie dbającym o zdrowie i bezpieczeństwo obywateli. Psychoterapeuci nie mający odpowiedniej wiedzy z dziedziny psychologii międzykulturowej mogą niesłusznie diagnozować nastawienie lękowe i paranoidealne u osób, które żyją w świecie dla nich bardzo zagrażającym. Człowiek, aby móc dobrze funkcjonować, zachować nie tylko dobrostan, ale zdrowie i życie musi posiadać jak najbardziej realistyczny i odpowiadający rzeczywistości obraz. Człowiek powinien posiadać również realistyczny obraz samego siebie, choć ważna różnica w stosunku do świata polega na tym, że człowiek ma znacznie większą możliwość zmiany na lepsze samego siebie, niż innych ludzi i otaczającej rzeczywistości.

Zasada pozytywności (lub inaczej afirmacji) oznacza, że nawet przy uzmysłowaniu sobie wszystkich niebezpieczeństw oraz niedobrych stron świata, ludzi czy samego siebie, człowiek nadal zachowuje w stosunku do nich pozytywną postawę. Autor artykułu uważa, że znacznie lepiej i bezpieczniej jest używanie terminu pozytywność (ściślej w tym wypadku: pozytywna postawa) niż optymizm, ten ostatni może bowiem być rozumiany jako próba zafałszowania rzeczywistości (spostregania jej jako bardziej w danym momencie korzystnej, niż jest w rzeczywistości). Oczywiście, że w przypadku takiego zafałszowania można ją łatwiej polubić; jest to jednak metoda łatwa, lecz niebezpieczna, gdyż każde kłamstwo ma krótkie nogi. Natomiast można mieć pozytywne spojrzenie nawet do świata spostreganego jako trudny i niebezpieczny, co wymaga więcej psychologicznego wysiłku, ale jest też bardziej skuteczne, bezpieczne i uczciwe. Według autora tego artykułu istnieje najlepsza życiowa postawa łącząca realizm z pozytywnym nastawieniem, a jest to postawa, którą proponuję nazwać prometejską. W ramach jej dysponuje się pozytywnym, afirmatywnym stosunkiem do świata, ludzi i samego siebie, ale jednocześnie dąży się do wprowadzania zmian, a ile są one tylko możliwe, a samo ich wprowadzanie uważane jest jako fascynujące,

ciekawe, bez których życie byłoby nudne. Przy takim spojrzeniu wady świata, ludzi i samego siebie stają się nawet pewnego rodzaju zaletą, gdyż jest po co żyć.

Pozytywna motywacja.

W dziedzinie pozytywnej motywacji większość psychologów jest zgodna, że, w jakiegokolwiek sprawie, najlepsza jest motywacja proaktywna, w przeciwieństwie do reaktywnej czy biernej. Oczywiście motywacja ta powinna być też oparta na realistycznych przesłankach (biorąc pod uwagę obiektywne okoliczności i własne możliwości), co ściśle się jednak łączy z prawidłowo działającymi wzorami poznawczymi, omówionymi wcześniej.

Pozytywna emocjonalność

Pozytywna emocjonalność oznacza przede wszystkim większą skłonność do emocji pozytywnych niż do negatywnych, większą wrażliwość na aspekty pozytywne niż negatywne rzeczywistości oraz dłużej utrzymujące się wzbudzone stany pozytywne, a krócej wzbudzone stany negatywne. Temu typowi emocjonalności odpowiada pewien wzór mózgowy. Dalszą, ważną konsekwencją tego typu emocjonalności, są na ogół (bo trzeba wziąć jeszcze pod uwagę różne okoliczności życiowe) częstsze i dłużej trwające uczucia pozytywne niż negatywne.

Pozytywne emocje to nie tylko uczucia bezpośrednio oceniające rzeczywistość, takie jak radość, szczęście, entuzjazm, zadowolenie, satysfakcja, ale także uczucia afiliacyjne jak miłość, przyjaźń, zainteresowanie które nie tylko same w sobie są przyjemne, ale ułatwiają pojawianie się innych uczuć pozytywnych a wygaszanie i osłabianie negatywnych (dzięki miłości i przyjaźni znacznie lepiej znosimy pewne cechy innych ludzi, które inaczej były dla nas uciążliwe).

Uczucia negatywne, jak wrogość czy lęk, pojawiają się rzadziej, w sytuacjach naprawdę dobrze uzasadnionych, ale te są szybciej uświadamiane, nie są wypierane, i są wyrażane w sposób adekwatny do sytuacji.

Pozytywne wzory zachowania

W dziedzinie stylu życia: zdrowy i higieniczny tryb życia, bez hipochondrii.

Pozytywny wzór funkcjonowania społecznego obejmuje znaczny stopień realistycznej niezależności, w szczególności do ocen lub destruktywnego wpływu innych, asertywność, dzięki której potrafi się bronić własnego zadania i interesów bez niepotrzebnej agresji, zachowania zgodne z optymalnym poziomem mobilizacji, obciążenia, stymulacji, a także z własnymi aspiracjami, zachowania zorientowane na cele, a nie na postawieniu na swoim, robieniu dobrego wrażenia czy służeńiu cudzym interesom, wreszcie optymalny poziom aktywności społecznej - zrównoważenie pomiędzy życiem zewnętrznym, społecznym i wewnętrznym, podmiotowym³⁸.

W dziedzinie wzoru behawioralnego: postawa na co dzień spokojna, rozluźniona, zrelaksowana, ruchy harmonijne, mowa zrozumiała o odpowiednim tempie i artykulacji.

Napięcia czy ostrożność czy mowie w ruchach, jeżeli się pojawiają, to tylko w sytuacji realnego zagrożenia.

Wzór funkcjonowania psychosomatycznego stanowi pewnego rodzaju, opisywane już przez autora wcześniej, optimum psychosomatyczne³⁹. W dziedzinie fizjologii oznacza to, że układy współczulny czy przywspółczulny pobudzone są wyłącznie zgodnie z potrzebami organizmu i wymaganiami środowiska, i to tylko na czas, ku temu niezbędny. Takie krótkotrwałe pobudzenia nie są w żadnym stopniu dla organizmu niekorzystne, przeciwnie, one właśnie należą do naturalnych jego reakcji. Prawdopodobnie, pojawianie się takich krótkich, intensywnych pobudzeń układu np. współczulnego jest dla organizmu formą treningu i wzmacniania odporności. Właśnie odpowiednie działanie wzorców poznawczych, systemów motywacyjnych i emocjonalnych oraz podstawowych wzorów zachowania powoduje, że cały układ neurohormonalny funkcjonuje harmonijnie i adekwatnie do zapotrzebowania jednostki i wymagań środowiska.

³⁸ A. Mirski, Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych, *Sztuka leczenia*, t.1, nr 1, 1995, str. 55-64.

³⁹ Ibidem

Pozytywna osobowość.

Najbardziej kontrowersyjną kwestią jest sprawa pozytywnej osobowości. Nie może być to model nazbyt ograniczający. Ludzie mają różne cechy wrodzone, różne temperamenty, różne cele życiowe, w związku z tym, rzecz jasna, powinni mieć, i mają, różne osobowości. Pojęcie pozytywnej osobowości powinno być zatem określone na tyle szeroko, aby mogły się w nim zmieścić liczne, różniące się od siebie, ale na ogół dobrze funkcjonujące typy osobowości. Na pewno nie można zatem uznać za taki model koncepcję wielkiej piątki, z wysokimi sumiennością, otwartością na doświadczenia, ugodowością i sumiennością, a niską neurotycznością. Właściwie tylko tę ostatnią należy uznać za pożądaną z punktu widzenia zdrowia, pozostałe zaś czynniki są, owszem, w życiu pomocne, ale niekonieczne. Również koncepcję cnót i sił Seligmana⁴⁰ można uznać za wzorzec pożądaný, ale niekonieczny. Autor artykułu chciałby tutaj mocno podkreślić, że dobrostan człowieka jest cechą ciągłą – od stanów bardzo niskich do bardzo wysokich. Istnieje pewien poziom dobrostanu, przy którym możemy powiedzieć, że jednostka jest zdrowa i funkcjonuje dobrze. Można to osiągnąć wybierając różne drogi życiowe, niekoniecznie najbardziej ambitne. Ale są też bardzo wysokie stany dobrostanu, stany wysokiego sukcesu i szczęścia, wysokiej pozycji społecznej, znacznego wkładu do kultury. Aby je osiągnąć na pewno warto jest kształtować i pielęgnować cnoty i siły, opisane przez Seligmana, na pewno też bardzo pomoże wysoka sumienność i otwartość na doświadczenie. Natomiast stanem osobowości, który na pewno jest potrzebny, aby być ogólnie osobą zdrową i dobrze funkcjonującą jest po prostu osobowość dojrzała. Człowiek nie osiąga jej od razu – nabywa dzięki określonym i dosyć jednoznacznym wymaganiom środowiska przyrodniczego, społecznego i kulturowego, które, niezależnie od jego temperamentu, zainteresowań i priorytetów, wymagają określonego, trwałego sposobu postępowania. Dojrzałość - w odniesieniu do psychiki, rozumiana jest jako etap ukształtowania osobowości człowieka, a więc właściwego dla niego zespołu cech psychicznych, świadczących o jego indywidualności, która pozwala na formułowanie sądów

⁴⁰ M.E. P. Seligman, *Prawdziwe szczęście*, Media Rodzina, Poznań 2005.

i podejmowanie decyzji, umożliwiając mu harmonii psychicznej otoczeniem i z samym sobą. Za najlepszy, dotąd istniejący model dojrzałej osobowości można przyjąć model Allporta. Według tego autora na dojrzałą osobowość składają się:

1. posiadanie dobrze rozwiniętego i rozbudowanego obrazu siebie; zdolność rozumienia siebie;
2. umiejętność opanowania potrzeb wewnętrznych bez konfliktów;
3. posiadanie bezpieczeństwa emocjonalnego;
4. funkcjonowanie z dozą optymizmu, posiadanie naturalnego entuzjazmu;
5. zdolność obiektywizacji samego siebie - umiejętność widzenia siebie w kategoriach zewnętrznych: krytykowanie siebie, poczucie humoru;
6. posiadanie jednoczącej filozofii życia - skryształizowany światopogląd, umiejętność patrzenia na wszystkie dziedziny życia, integrowanie się człowieka w świecie.⁴¹

Jest to dotąd najbardziej znany i najlepszy model dojrzałej osobowości. Nie znaczy to wcale, że jest jedyny możliwy. Ten model ma już dobrze ponad 50 lat, a w psychologii to dużo. Na pewno zatem wymaga on doprecyzowania i uzupełnienia. Takie pojęcia jak obraz siebie, obiektywizacja samego siebie w zasadzie należą bardziej do wzorów poznawczych, niż do samej osobowości (choć na osobowość wpływają). Zresztą same rozumowanie osobowości jest różne u różnych autorów – jedni będą wliczać do niej wzory i schematy poznawcze, inni nie. Natomiast ze względów praktyki terapeutycznej, zwłaszcza w psychoterapii poznawczej, wzorce poznawcze należy uwzględniać osobno. Podobnie kontrowersyjny jest postulat optymizmu, z powodów wymienionych powyżej autor tego artykułu sugeruje raczej pojęcie nastawienia pozytywnego.

Natomiast, sama idea dojrzałej osobowości (niezależnie od tego, że należy ją bardziej unowocześnić) jest zasadniczo słuszna. Można powiedzieć, że osobowość pozytywna jest po prostu osobowością dojrzałą.

⁴¹ Allport, G. W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Rhinehart & Winston.

Bibliografia

- Allport, G. W. (1961) *Pattern and Growth in Personality.*, Rhinehart & Winston, Holt.
- Arystoteles (1983), *Metafizyka*, PWN, Warszawa.
- Arystoteles (2012), *Etyka Nikomachejska*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Descartes, R. (1955), *Selections.*, Scrobner's, New York.
- Denollet J. (2000), Type D personality. A potential risk factor refined, *Journal of Psychosomatic Research*, 49.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996), *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu* (w:) G. Golińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Elias E., Wrześniewski K. (1988), *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*, Ossolineum, Wrocław.
- Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196(4286): 129-36.
- Engel, G.L (1980), The clinical application of the biopsychosocial model, *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Friedman M., Rosenman R.H. (1974), *Type A behavior and your heart.*, Alfred A. Knopf, New York.
- Jarosz M. (1988), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa.
- Kozera P. (2008), 150 centymetrów cierpienia, W: *Charaktery*, nr 5, maj 2008, s. 76.
- Le Shan.L. (1963), Untersuchungen zur Personenkeit von Krebskranken "*Psychosomatic Med.*", 9, 246,
- Maszczyk T. (2005), *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu, nr 54.
- Mirski, A. (1995), Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych. „*Sztuka leczenia*”, t.1, nr 1, 1995, str. 55-64.
- Ogińska-Bulik N. (2009), *Osobowość typu D. Teoria i Badania*, Wyd. WSH-E, Łódź.

- Pervin, L. A., John, O. P. (2002). *Osobowość – teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Rafaeli E., Bernstein D.P., Young J. (2011), *Psychoterapia oparta na schematach*, , Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Reykowski J., Kochańska, G. (1980), *Szkice z teorii osobowości*, Wiedza Powszechna, Warszawa
- Seligman, M.E. P. (2005), *Prawdziwe szczęście*, Media Rodzina, Poznań.
- Siegel B.S. (1994), *Miłość, medycyna, cuda*, Limbus. Bydgoszcz,.
- Selye, H. (1978), *Stres okiełznany*, seria: *Biblioteka myśli współczesnej*, wyd. 2, PIW, Warszawa.
- Terelak. J. (2001), *Psychologia stresu*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz.
- Young J.E, Klosko J.S. (2012) *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się w pułapek psychologicznych*, Wydawnictwo Zielone Drzewo. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Zakrzewska, T. (1989), Psychologiczne czynniki ryzyka zachorowania na raka - przegląd badań, *Przegląd Psychologiczny*, nr 4.
- Zimbardo, Ph, G. Gerrig R.J. (2012), *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Żukow W., Fronczek M., Paweł Borzęcki, P. (2012) Zdrowie i niepełnosprawność – problemy w definiowaniu, *Journal of Health Sciences*, 2012; (2)5, s. 87-100.