

Przewodnik po zdrowiu psychicznym

Wprowadzenie

Polski poeta Jan Kochanowski pisał w jednej ze swoich powszechnie znanych fraszek: „Szlachetne zdrowie / Nikt się nie dowie / Jako smakujesz / Aż się zepsujesz”. Oddał w niej potoczne intuicje, że ludzie zauważają raczej brak zdrowia niż zdrowie. Zdrowie jest traktowane jak stan normalny, zatem niezwracający uwagi. Zauważalny jest natomiast stan, w którym zdrowie się popsuje, gdy go zabraknie, i pojawia się choroba. Choroba przykuwa uwagę i wzbudza zainteresowanie. Taki sposób myślenia, bliski potocznym intuicjom, przez długi czas dominował też w naukowym myśleniu o zdrowiu i chorobie, w tym także o zdrowiu psychicznym i chorobie psychicznej. Powstawały oficjalne klasyfikacje chorób, będące podstawą diagnozy, a do najbardziej znanych i najczęściej używanych należą klasyfikacje stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) – ICD (*International classification of diseases*) oraz przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association; APA) – DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*).

Dzisiaj jednak dominuje inne podejście do zdrowia psychicznego. Chociaż brak zdrowia jest tym, co jest w szczególny sposób zauważalne, to zdrowie nie jest definiowane przez brak choroby, ale ma również swoją własną, pozytywną treść. Niniejszy materiał prezentuje podstawowe zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym, istotne z perspektywy edukacyjnej.

Podstawowe tezy

Literatura naukowa na temat zdrowia psychicznego jest niezwykle bogata. Dostępne są nie tylko monografie i podręczniki, ale nawet czasopisma poświęcone tym zagadnieniom. Znajduje się tam wiele badań, prowadzonych w ramach różnych modeli teoretycznych, które są częściowo spójne, a częściowo różnią się tym, w jaki sposób definiują zdrowie psychiczne, oraz tym, w jaki sposób je mierzą. Celem niniejszego przewodnika nie jest referowanie tego intensywnie rozwijającego się obszaru badań, ale jego podsumowanie przydatne do diagnozy zdrowia

psychicznego w środowisku szkolnym, w którym funkcjonują uczniowie ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi. W związku z tym

1. najpierw zostaną przedstawione podstawowe tezy, co do których aktualna literatura jest zasadniczo zgodna, a które nie zawsze są zgodne z potocznymi intuicjami, zatem warto te tezy wyraźnie sformułować,
2. a następnie zostaną przedstawione podstawowe wymiary zdrowia psychicznego i problemy w tym zakresie istotne w kontekście szkolnym i opisujące zdrowie psychiczne wszystkich uczniów, niezależnie od ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych.

Zdrowie i choroba to bieguny kontinuum, a nie rozdzielne kategorie

O zdrowiu i chorobie potocznie zwykle myślimy w kategoriach rozłącznych. Ktoś jest chory, ponieważ zdiagnozowano u niego daną chorobę (na przykład raka), lub zdrowy, ponieważ jej nie zdiagnozowano. Ten sposób myślenia łatwo przenosimy też na zdrowie psychiczne – ktoś jest chory, ponieważ zdiagnozowano u niego na przykład schizofrenię, lub zdrowy, ponieważ jej nie zdiagnozowano. Taki sposób myślenia, zgodny z potocznym rozumieniem zdrowia i choroby jako kategorii rozłącznych, był również obecny we wcześniejszych wydaniach ICD oraz DSM. Obie te klasyfikacje zawierały listy objawów różnych chorób, których wystąpienie oznaczało stwierdzenie danej choroby. Ostatnie wydania DSM oraz ICD, czyli DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oraz ICD-11 (World Health Organization, 2020) zmieniły ten sposób myślenia w wyraźny sposób w odniesieniu do zaburzeń osobowości. Zmiana polega na odrzuceniu ujęcia kategorialnego i przyjęciu ujęcia dymensjonalnego, czyli zaburzenia osobowości w obu tych klasyfikacjach są opisywane jako wysokie nasilenie pewnych patologicznych wymiarów, a nie przynależność do oddzielnych patologicznych kategorii. W przypadku DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) jest to alternatywna propozycja, polegająca na uzupełnieniu diagnozy kategorialnej diagnozą dymensjonalną. ICD-11 (World Health Organization, 2020) idzie tu o krok dalej – całkowicie rezygnuje z osobnych kategorii i opisuje zaburzenia osobowości za pomocą profilu patologicznych wymiarów, rozciągających się od zdrowia do zaburzenia.

W obu klasyfikacjach diagnoza zaburzenia osobowości odbywa się w dwóch krokach. W pierwszym z nich jest określone nasilenie zaburzenia funkcjonowania w podstawowych sferach, których dobre funkcjonowanie jest oznaką zdrowia. Natomiast w drugim kroku jest identyfikowany szczegółowy profil nasilenia patologicznych cech osobowości. Zarówno ogólne nasilenie zaburzenia, jak i każda z patologicznych cech są mierzone na skali od patologii do zdrowia.

Zmiana paradygmatu z kategoryjnego na dymensjonalny w modelowy sposób dokonała się w diagnozie zaburzeń osobowości w ICD-11. Ale Światowa Organizacja Zdrowia wykonuje jeszcze jeden krok w kierunku dymensjonalności w opisie w zasadzie wszystkich zaburzeń. Jest nim synchronizacja klasyfikacji ICD z ICF, czyli *Międzynarodową klasyfikacją funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia* (*International classification of functioning, disability and health*, 2001).

W konsekwencji opis funkcjonowania każdego człowieka – zarówno zdrowego, jak i chorego – odbywa się w podobnych kategoriach aktywności i uczestniczenia, niezależnie od przypisanej diagnozy. Jest tak, ponieważ w pewnych obszarach osoby z tą samą diagnozą mogą funkcjonować różnie, a w innych obszarach osoby z różnymi diagnozami mogą funkcjonować podobnie. Łączne stosowanie klasyfikacji ICD oraz ICF jest zatem realizacją na szeroką skalę myślenia dymensjonalnego.

Na koniec warto dodać, że nawet jeśli rozłączne ujęcie zdrowia i choroby jest bardziej naturalne i na zasadzie pierwszych skojarzeń organizuje potoczne rozumienie tych zjawisk, to ujęcie dymensjonalne jest również intuicyjnie zrozumiałe, a czasem bywa bliższe codziennemu doświadczeniu. Przecież nawet przy jednoznacznej diagnozie (na przykład raka) ludzie mogą funkcjonować różnie i nasilenie choroby może być różne, zatem to właśnie kontinuum trafniej opisuje rzeczywistość niż dychotomiczne, zero-jedynkowe, czarno-białe kategorie.

Zdrowie nie jest tylko brakiem choroby

Zgodnie z omówioną powyżej tezą nr 1 zdrowie i chorobę rozpatruje się dzisiaj raczej jako dwa przeciwległe bieguny połączone pewnym kontinuum niż kategorie rozdzielone wyraźną granicą. Pojawia się jednak pytanie, czym jest zdrowie? Czy brak choroby automatycznie oznacza zdrowie? Czy człowiek zdrowy to taki, który tylko nie jest chory, czy też musi spełnić jeszcze jakieś warunki, aby jego stan

określić mianem zdrowia? Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie psychiczne jako „psychiczny dobrostan, który sprawia, że osoba radzi sobie ze stresami życiowymi, realizuje swój potencjał, potrafi uczyć się i pracować oraz wnieść wkład do swojej społeczności” (tłumaczenie własne; pobrane z:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).

Zdrowie psychiczne jest zatem zdefiniowane nie jako brak czegoś (choroby), ale jako obecność pewnych istotnych elementów, określonych jako dobrostan. Tak rozumiane zdrowie psychiczne nazywane jest też zdrowiem emocjonalno-społecznym (Cieciuch i in., 2023).

Dobrostan, jako pozytywna charakterystyka zdrowia psychicznego, nie jest redukowany do dobrego samopoczucia

Uznanie dobrostanu za kategorię definicyjną zdrowia może w pierwszej chwili zaskakiwać, dziwić, a może nawet skłaniać do niezgody. Należy zatem dobrze zrozumieć, czym jest, a czym nie jest dobrostan. Zagadnienie to jest intensywnie badane w ramach tzw. psychologii pozytywnej, w której istnieje wiele modeli dobrostanu (przegląd w: Karaś, 2019). Najogólniej rzecz biorąc, dobrostan bywa w literaturze ujmowany na dwa sposoby: hedonistyczny lub eudajmonistyczny. Dobrostan w ujęciu hedonistycznym jest redukowany do pozytywnych emocji, zadowolenia z życia i dobrego samopoczucia. Natomiast w ujęciu eudajmonistycznym wszystkie te elementy są produktem ubocznym dobrostanu, który jednak jest czymś innym i czymś więcej. Jest realizacją Arystotelesowskiej eudajmonii, czyli rozwoju pełni człowieka i Arystotelesowskiej cnoty. Określeniem bliskim dobrostanowi w takim ujęciu jest szczęście, ale rozumiane klasycznie i nie redukowane do subiektywnych doświadczeń, które mogą być jedynie pochodną prawdziwego szczęścia. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia wyraźnie sytuuje się w nurcie eudajmonistycznym, ponieważ nie ma w niej nic o subiektywnych odczuciach, ale jest wiele o rozwoju potencjału, nauce, pracy i wkładzie w społeczeństwo.

Zdrowie psychiczne/dobrostan jest uwarunkowane bio-psycho-społecznie

Zdrowie psychiczne, definiowane jako dobrostan, jest zatem ważną i pożądaną właściwością. Pojawia się więc pytanie, od czego ono zależy. Co sprawia, że na

kontinuum zdrowie – choroba jedni sytuują się bliżej bieguna choroby a inni bliżej bieguna zdrowia. W najczęściej dzisiaj przyjmowanym modelu bio-psycho-społecznym nie ma wątpliwości, że zależy ono od czynników z trzech różnych obszarów: biologicznych (w tym genetycznych, hormonalnych, neurologicznych itd.), psychologicznych (w tym cech osobowości, relacji z najbliższymi itd.) oraz społecznych (w tym usytuowania w sieci społecznych relacji, pozycji społecznej itd.). W toku rozwoju i zbliżania się do dorosłości zdrowie psychiczne coraz bardziej zależy od jednostki, a coraz mniej od otoczenia i jego uwarunkowań. Człowiek ma bowiem wpływ zarówno na postrzeganie i interpretację okoliczności, jak i ich modyfikację, a nawet mniej lub bardziej radykalną zmianę środowiska.

Dymensjonalne ujęcie zdrowia psychicznego umożliwia opis w jednym układzie odniesienia wszystkich uczniów, niezależnie od ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych

Dymensjonalne ujęcie zdrowia psychicznego umożliwia diagnozę i opis zdrowia psychicznego wszystkich uczniów, niezależnie od ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych. Zdrowie psychiczne zdefiniowane jako dobrostan jest bowiem pojęciem, które różnicuje raczej osoby niż grupy osób z przypisaną im charakterystyką czy diagnozą specjalnych potrzeb edukacyjnych. Oczywiście wyzwaniem jest identyfikacja i pomiar podstawowych wymiarów zdrowia psychicznego, które byłyby na tyle szczegółowe, aby trafnie opisać zdrowie psychiczne i problemy, a zarazem na tyle ogólne, aby umożliwić opis wszystkich uczniów z ich zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi. Przedstawiony poniżej model spełnia te warunki.

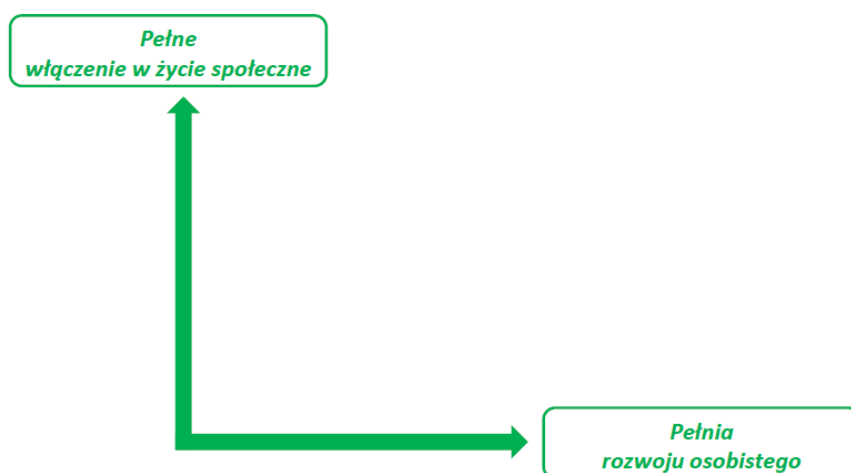
Mapa rodzajów problemów ze zdrowiem psychicznym

Podstawowe wymiary zdrowia psychicznego

Jest wiele definicji dobrostanu, ale we wszystkich przewijają się dwa elementy: jeden związany z „ja”, czyli rozwojem własnego potencjału, a drugi związany z „my”, czyli relacjami społecznymi. Te elementy są również widoczne w przywołanej powyżej definicji zdrowia psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia, w której z jednej strony mówi się o rozwoju własnego potencjału, umiejętności radzenia sobie z problemami, a z drugiej strony – o wkładzie w społeczeństwo. Podobne dwie

kategorii znajdują się w DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) w tzw. kryterium A diagnozy nasilenia zaburzeń osobowości. Otóż zgodnie z tym kryterium nasilenie zaburzenia ocenia się w sferze intrapsychicznej oraz interpersonalnej. Sfera intrapsychiczna obejmuje tożsamość oraz kierowanie sobą, a sfera interpersonalna – empatię oraz bliskie relacje. Model funkcjonowania osobowości według DSM-5 ma jednak w swojej zasadniczej postaci charakter pozytywny. Wskazuje on bowiem sfery i elementy niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w sferze emocjonalno-społecznej, swego rodzaju filary, na których jest oparte zdrowie psychiczne, bardzo zbliżone do tych, które są obecne w definicji zdrowia psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia. Rysunek 1 przedstawia owe dwa filary.

Rysunek 1. Dwa filary zdrowia psychicznego definiowanego jako dobrostan

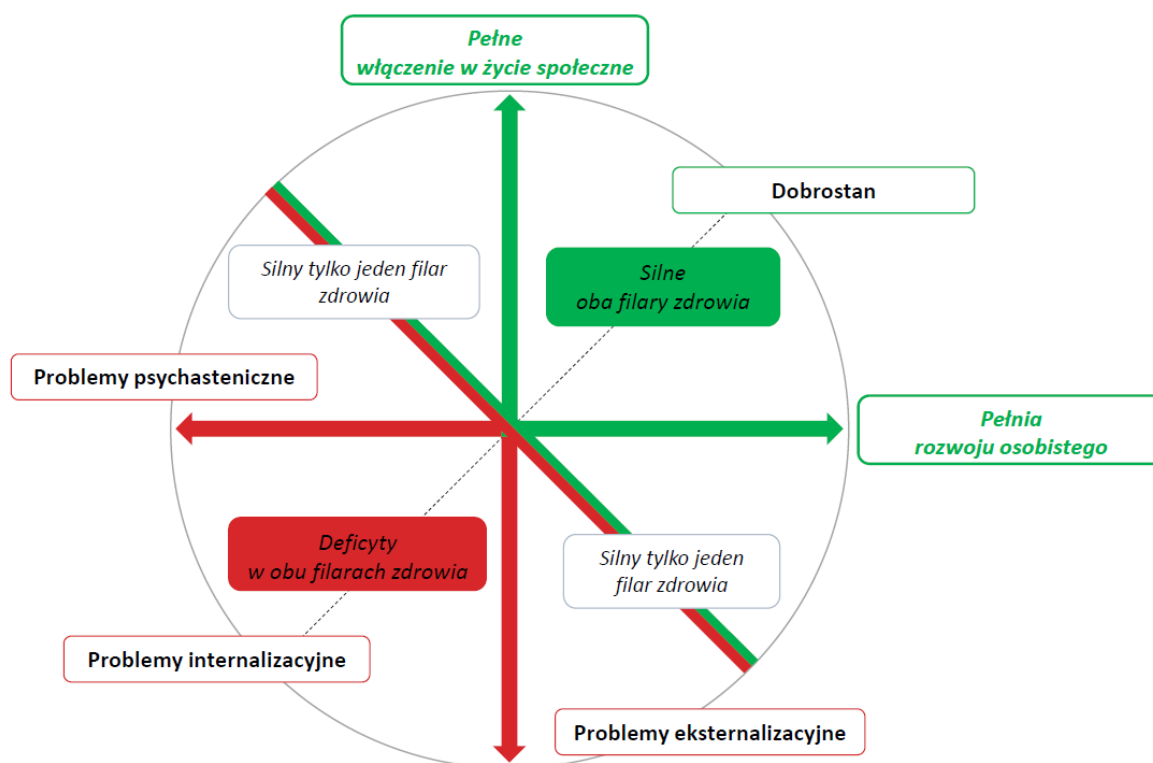


Podstawowe wymiary problemów ze zdrowiem psychicznym

W literaturze wyróżnia się wiele kategorii i wymiarów opisujących problemy ze zdrowiem psychicznym. Zwykle grupują się one w dwa duże czynniki: problemy eksternalizacyjne oraz problemy internalizacyjne (Krueger i Markon, 2006; Markon i in., 2005). Ciecuch i in. (2023) wyróżnili dodatkowo czynnik problemów psychastenicznych i wszystkie grupy problemów, wraz z dobrostanem, ulokowali w matrycy będącej poszerzeniem rysunku 1. Ta poszerzona matryca, wraz z trzema czynnikami problemów oraz dobrostanem, została przedstawiona na rysunku 2. Warto wspomnieć, że te trzy rodzaje problemów: eksternalizacyjne, internalizacyjne

i psychasteniczne zostały wymienione w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. 2020 poz. 1641).

Rysunek 2. Model objawów problemów ze zdrowiem psychicznym



Zgodnie z matrycą przedstawioną na rysunku 2, dobrostan, czyli zdrowie psychiczne, jest oparty na dwóch filarach: (1) na filarze relacji społecznych, włączenia w życie społeczne oraz (2) na filarze rozwoju „ja” i własnego potencjału. Optymalna sytuacja polega na silnych obu filarach, ale możliwa jest też sytuacja oparcia zdrowia psychicznego na jednym filarze przy niezbyt silnym drugim. Jeśli jednak jeden z filarów jest słaby, a drugi również zaczyna słabnąć, rozpoczyna się obszar zagrożenia problemami.

Problemy ekternalizacyjne pojawiają się wówczas, gdy filar społeczny jest słaby, a filar osobisty również zaczyna słabnąć. Są to problemy behawioralne polegające na częstym przejawianiu zachowań agresywnych, antyspołecznych, ryzykownych; brak panowania nad własnym zachowaniem.

Problemy internalizacyjne pojawiają się wówczas, gdy oba filary zdrowia psychicznego są dość słabe. Są to problemy emocjonalne polegające na częstym, długotrwałym i silnym doświadczaniu negatywnych emocji (m.in. lęku, wstydu, podejrzliwości) oraz niskim poczuciu własnej wartości.

Problemy psychasteniczne pojawiają się wówczas, gdy filar osobisty jest słaby, a dodatkowo zaczyna słabnąć filar społeczny. Są to problemy motywacyjne polegające na bierności, zahamowaniach, nadmiernej zależności od innych, sztywnych schematach myślenia i działania, w tym fiksacji na szczegółach.

Podsumowanie

Zaprezentowany powyżej model jest ogólną matrycą opisującą aktualne ujęcia zdrowia psychicznego definiowanego jako dobrostan oraz problemów z tym zdrowiem. Ze względu na uniwersalność wyróżnionych podstawowych wymiarów i ich aspektów, model ten może być używany do opisu dobrostanu i problemów uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi.

Wszystkie zmienne wyróżnione w modelu są zoperacjonalizowane w Baterii Objawy-Kompetencje-Cechy (Cieciuch i in., 2023) jako pierwsza warstwa osobowości – warstwa objawów. Wykorzystanie tych narzędzi i modelu umożliwia diagnozę przesiewową, opisaną jako interwencja diagnostyczna w Materiale nr 2 *Studium interwencji. Badanie przesiewowe zdrowia emocjonalno-społecznego*.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Cieciuch, J., Strus, W., Skimina, E., Ponikiewska, K., Rogoza, R., Topolewska-Siedzik, E., Skoczeń, I., Rymarczyk, K., Jasiński, B. (2023). *Objawy-Kompetencje-Cechy. Całościowa diagnoza osobowości. Koncepcja i pomiar*. Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Karaś, D. (2019). Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 19(2), 5–23. <https://doi.org/10.21697/sp.2019.19.2.01>

Krueger, R. F., Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111–133.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>

Markon, K. E., Krueger, R. F., Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.139>

World Health Organization (2020). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. <https://icd.who.int/en>