

Ks. Marian Stepulak
Katedra Psychologii Ogólnej
Instytutu Psychologii KUL

WSPÓLCZESNY PARADYGMAT PSYCHOLOGII ZDROWIA W KONTEKŚCIE MEDYCyny PASTORALNEJ

WSTĘP

Problematyka psychologii zdrowia zdobywa współcześnie ogromne zainteresowanie nie tylko profesjonalistów, pracowników służby zdrowia, ale także samych pacjentów. Równocześnie wymagania codzienności wymuszają zmianę dotychczasowego paradygmatu psychologii zdrowia. Stąd też przedmiotem mojej prezentacji będzie najpierw przedstawienie i wyjaśnienie samego pojęcia „paradygmat”. W dalszej natomiast części przedstawię modele psychologii zdrowia, takie jak: model biomedyczny, model biopsychospołeczny (holistyczny) oraz model konsumeryzmu. Należy przy tym wyraźnie podkreślić, iż współczesna medycyna pastoralna korzysta z dorobku nie tylko medycyny, ale także psychologii zdrowia. Istotne więc wydaje się być przyjęcie adekwatnego modelu wielopoziomowego funkcjonowania osoby w odniesieniu do współczesnego paradygmatu psychologii zdrowia.

1. POJĘCIE PARADYGMATU

Paradygmat (grec. *paradeigma*) oznacza wzorzec. Istnieje jednak kilka innych znaczeń pojęcia paradygmatu:

- ◆ Zespół form językowych, z których wszystkie zawierają wspólny element podstawowy, np. dać, daje, dał, dając, dany. Pojęcie to

występuje na kilku poziomach analizy językoznawczej, m.in. na poziomie fonemicznym, morfemicznym i syntaktycznym.

- ◆ Podejście w badaniach lub plan badawczy wykorzystujące określoną orientację – ktoś czyta o krytyce jakiegoś problemu z pozycji *paradygmatu psychoanalitycznego*.
- ◆ Określona procedura badawcza, np. klasyczny paradygmat warunkowania. Może to być schemat badawczy, za pomocą którego odwzorowuje się istotne cechy badanego problemu¹.
- ◆ W analizie historii nauki T.S. Kuhna: zbiory postaw, wartości, procedur, technik itp., które tworzą ogólnie przyjęty produkt widzenia w poszczególnej dyscyplinie w danym momencie².

T.S. Kuhn³ twierdzi, iż w nauce paradygmat rzadko kiedy jest przedmiotem odwzorowania. Raczej analogicznie jak decyzja prawna w prawie zwyczajowym, stanowi on przedmiot dalszego uszczegółowienia i uściślenia w nowych lub bardziej określonych warunkach. Paradygmat koncentruje uwagę na niewielkim zakresie wąskospecjalistycznych zagadnień.

W. Lippman⁴ uważał, że paradygmatem są schematy poznawcze, którymi posługują się naukowcy. Schematy poznawcze wpływają na sposób poszukiwania, organizowania i interpretowania informacji. Ogromną rolę w kształtowaniu tych schematów odgrywa „duch czasów” (Zeitgeist) – ogólny ekonomiczny, polityczny i kulturowy klimat danej epoki⁵.

Psychologowie, lekarze i inni specjaliści z obszaru służby zdrowia, w dużym stopniu podlegają wpływowi paradygmatów, choć często nie są tego świadomi. Przyjmują bowiem jako oczywiste paradygmaty swojego zawodu, będące częścią kulturowego tła, kontekstu, w którym uczą się wykonywać swój zawód⁶.

Konieczność rozwiązywania wciąż nowych problemów praktycznych jakie stwarza rzeczywistość, stawia przed naukami zajmującymi się problematyką zdrowia wymóg podolenia licznym zadaniom poznawczym przyczyniającym się do wzbogacenia wiedzy w tym obszarze.

¹ P.G. Zimbardo, F.L. Ruch, *Psychologia i życie*, Warszawa 1988: PWN, s. 675.

² A.S. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000: Scholar, s. 483.

³ T.S. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 1968: PWN, s. 39.

⁴ W. Lippmann, *Public opinion*, Toronto, Ontario 1965: First Free Press Paperback Edition.

⁵ Ch. L. Sheridan., S.A. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa 1988: Instytut Psychologii Zdrowia, s. 3.

⁶ G. L. Engel, The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, s. 535.

Kierunki poszukiwań oraz konceptualizacji szczegółowych problemów badawczych pozostają w ścisłym związku z przyjęciem postaw teoretycznych, wyznaczających sposób ujmowania zdrowia, rozumienia jego istoty oraz uwarunkowań⁷. Problemy te łączą się z przyjęciem określonego paradygmatu zdrowia. Jest to aktualne wyzwanie dla współczesnej praktyki również w dziedzinie psychologii zdrowia.

2. MODELE PSYCHOLOGII ZDROWIA

Psychologia zdrowia (*health psychology*) jest nową dziedziną zastosowania psychologii w zakresie zdrowia i choroby, stanowiąc kontynuację i rozwinięcie takich kierunków jak: medycyna psychosomatyczna i medycyna behawioralna⁸. Za twórcę psychologii zdrowia uważany jest Joseph D. Matarazzo. Ten amerykański psycholog wraz ze swoimi współpracownikami sformułował następującą definicję psychologii zdrowia:

Psychologia zdrowia to całokształt specyficznego oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny do promocji i utrzymania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji, a także do analizy i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowania polityki zdrowotnej⁹.

Inną, prostszą definicję psychologii zdrowia podaje S. Taylor¹⁰:

Psychologia zdrowia jest działem psychologii, zajmującym się poznaniem wpływu czynników psychologicznych na to, że ludzie pozostają zdrowi, określeniem ich znaczenia w powstawaniu chorób oraz ich roli w kształtowaniu zachowania ludzi, kiedy zachorują.

U podstaw psychologii zdrowia leżą psychologiczne koncepcje zdrowia. Koncepcje te traktują zdrowie i chorobę raczej jako krańce tego samego kontinuum, niż jako pojęcia wzajemnie się wykluczające. W krótkiej historii psychologii zdrowia można mówić o trzech podstawowych

⁷ G.Dolińska-Zygmunt.[red.], *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław 2001: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 11.

⁸ I. Hesen-Niejodek, *Psychologia zdrowia*, W: J. Strelau [red.], *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk 2000: GWP, s. 457; por. I. Hesen-Niejodek, H. Sęk [red.], *Psychologia zdrowia*. Warszawa 1997: PWN.

⁹ Ch., L.Sheridan., S.A. Radmacher, dz.cyt., s. 5.

¹⁰ S.E.Taylor, *Health psychology*. New York 1986: Random House.

modelach. Są to: model biomedyczny, model biospołeczny zwany również holistycznym oraz konsumeryzm.

2.1. MODEL BIOMEDYCZNY

Paradygmat obowiązujący w naukach medycznych w wieku XX zwany jest modelem biomedycznym. Źródłem tego podejścia można dopatrywać się w swoistej aberracji historycznej medycyny Zachodu, w której to starano się oddzielić umysł od ciała. Sprzeciwiało się to pogładowi z V w.p.n.e. Hipokratesa co do nierozdzielności zjawisk fizjologicznych i przeżyć emocjonalnych w jego słynnej teorii temperamentów. Rozdzielenie ciała i umysłu przez medycynę zachodnią sięga czasów renesansu, kiedy tworzono obiektywne podstawy nauk przyrodniczych¹¹. Silny wpływ wywarł dualizm kartezjański. Dualizm ten uznaje bowiem psychikę i ciało za całkowicie odmienne sfery. Żyjący w latach 1596-1650 René Descartes (Kartezjusz) był zafascynowany mechanicznymi lalkami naturalnej wielkości, które naśladowały ludzkie ruchy. Chociaż te mechaniczne cuda nie potrafiły naśladować czynności wyższych ludzi, to były w stanie odtworzyć czynności prostsze. Stąd też Kartezjusz uznał, że ciało ludzkie w dużym stopniu przypomina maszynę, zaś umysł stanowi jakość zupełnie odmienną. Funkcje ciała i umysłu są całkowicie oddzielone.

Model biomedyczny jest – zdaniem McClellanda – odmianą modelu mechanicznego:

Ciało traktowane jest jak maszyna, naprawiana za pomocą usuwania lub wymiany wadliwych części albo niszczenia ciał obcych, stanowiących przyczynę problemu¹².

Nowe odkrycia odnoszące się do zewnętrznych przyczyn chorób, takich jak wirusy, bakterie, środki chemiczne i niedobory witamin wzmocniły pozycję tego modelu. W modelu biomedycznym bowiem zwraca się uwagę jedynie na biochemiczne przyczyny chorób. Wymiar społeczny, psychologiczny i behawioralny nie mieszczą się w tym wąskim schemacie¹³.

Zgodnie z podstawową dla modeli biomedycznego zasadą prymatu części nad całością, a także zasadą determinizmu i fizykalizmu, nie ma miejsca na pojęcie zaburzeń ogólnoustrojowych, ograniczających całą istotę

¹¹ P. Salmon, *Psychologia w medycynie*. Gdańsk 2002: GWP, s. 27.

¹² D. McClelland, The social mandate of health psychology. *American Behavioral Science* 1985, 28, s. 452.

¹³ Ch.. L.Sheridan., S.A. Radmacher, dz.cyt., s. 4.

człowieka. Powoduje to leczenie wyodrębnionych tylko jednostek chorobowych, w których można ustalić biochemiczne lub strukturalne zmiany. Lekarze czują się bezradni wobec pacjentów uskarżających się na złe samopoczucie, których objawów nie da się powiązać z konkretnymi zaburzeniami fizjologicznymi¹⁴.

W biomedycznym modelu psychologii zdrowia zauważa się wpływ scjentyzmu medycznego. Oznacza to przekonanie o bezwzględnej wierze w naukową moc medycyny. Stąd też wiedza o zdrowiu wynika z obiektywnych danych klinicznych, a lekarz staje się absolutnym autorytetem w sprawach zdrowia. W praktyce jest jednak tak, że wielu chorych nie stosuje się do zaleceń lekarza¹⁵.

Biomedyczny model, wyznaczając rozpatrywanie zdrowia jedynie z perspektywy choroby i jedynie w wymiarze biologicznym, w oderwaniu od całokształtu zagadnień ludzkiego życia, nie pozwolił dostrzec oraz zrozumieć wagi wielu problemów i osobliwości występujących w obszarze zdrowia, a wykraczających poza sferę wyznaczoną kartezjańsko-newtonowskim modelem życia organizmów¹⁶.

Rozwijająca się w latach 50. XX wieku tzw. „medycyna psychosomatyczna” zaczęła stanowić wielkie wyzwanie dla modelu biomedycznego. Ta gałąź medycyny bowiem zaczęła zajmować się badaniem interakcji czynników psychologicznych i biologicznych wpływających na zdrowie i chorobę.

Pojęcie „psychosomatyczny” oznacza czynnik angażujący zarówno psychikę (psyche), jak i ciało (soma).

R. Ader¹⁷ twierdził, iż wszystkie istniejące choroby można by nazwać psychosomatycznymi, ponieważ ludzki mózg przyjmuje, selekcionuje i interpretuje każdą informację sensoryczną. Trzeba jednak naukowo udowodnić, że czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne współdziałają ze sobą i wspólnie wpływają na zdrowie i chorobę. Medycyna psychosomatyczna uczyniła znaczący krok w tym kierunku i zgromadziła liczne dane na poparcie związku między psychiką i ciałem.

Postęp medycyny psychosomatycznej pozwolił zatem odkryć ograniczenia biomedycznego paradygmatu. Stąd też pojawiła się tendencja do poszukiwania nowej płaszczyzny odniesienia, która pozwoliłaby ująć szerszy zakres zjawisk mieszczących się w obszarze zdrowia. W związku

¹⁴ G. Dolińska-Zygmunt, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*. W: G. Dolińska - Zygmunt [red.], *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław 2001: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 13.

¹⁵ I. Hęszel-Niejodek, *Lekarz i pacjent*. Kraków 1992: Universitas.

¹⁶ G. Dolińska-Zygmunt, dz.cyt., s. 13.

¹⁷ Psychoneuroimmunologia, *Nowiny Psychologiczne* 1990, 1-2, s. 141-150.



z tym powstała wielowymiarowa teoria zdrowia, przeciwstawiająca się fizykalistycznemu opisowi istoty żywych organizmów, mechanistycznej koncepcji człowieka, zasadom determinizmu i strukturalizmu, konstytuujących biomedyczne rozumienie zdrowia.

2.2. Model biopsychospołeczny

Współczesne odkrycia medycyny wyraźnie wskazują na ścisły związek czynników społecznych i psychologicznych z problemami zdrowotnymi. To zaś nie mieści się w ramach modelu biomedycznego. Model biomedyczny proponuje specjalizacje i metody leczenia, które są bardzo kosztowne i często szkodliwe. W modelu tym nie propaguje się profilaktyki oraz indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie¹⁸.

Próby poszerzenia modelu biomedycznego o czynniki psychologiczne i społeczne spotykają się z dużym oporem. Niezależnie od tego, model biomedyczny spotyka się z bardzo poważną krytyką. Kwestionuje się bowiem założenie, że jedynie biologiczne czynniki zdrowia i choroby zasługują na uwagę badaczy. Prawdopodobnie zostaliśmy tak uwarunkowani przez ten model, by wierzyć, że chorobę powoduje jeden rodzaj czynników, ale coraz powszechniej wiadomo, że zdrowie i choroba mają wiele rozmaitych wymiarów. Czynniki psychologiczne i społeczne wpływają na funkcjonowanie biologiczne, zdrowie i chorobę.

W modelu biopsychospołecznym nie żąda się odrzucenia czynników biomedycznych. Chodzi raczej o poszerzenie modelu o czynniki społeczne i psychologiczne. Stoimy w obliczu konieczności poszerzenia podejścia do chorób, tak aby uwzględniało ono czynniki psychospołeczne, nie rezygnując z wielkich zalet podejścia biomedycznego¹⁹.

Model ten w świetle roli, jaką w chorobach XX i XXI wieku odgrywa styl życia, wydaje się bardziej realistyczny. Istnieją bowiem niezbita dowody, że czynniki związane z zachowaniami wpływają na 7 spośród 10 głównych przyczyn zgonów w Stanach Zjednoczonych Ameryki²⁰. Model biopsychospołeczny wymaga przyjęcia *holistycznego paradygmatu zdrowia*. Twórcą idei holizmu był Jan Smuts²¹, który zaproponował słowo *holizm* od greckiego źródłosłowa *holos*, oznaczającego

¹⁸J.S.Gordon., J. Fadiman, *Toward an itegral medicine*. W: J.S.Gordon, D.T. Jaffe, D.E.Bresler [red.], *Mind, body, and health*. New York 1984: Human Sciences, s. 3-18.

¹⁹G. L.Engel G.L.(1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 197, 196, s. 130.

²⁰W.F. Raub, High fiber diet may inhibit large-bowel neoplasia. *Journal of the American Medical Association* 1989, 262, s. 2359.

²¹*Holism adn evolution*, New York 1926: Harper.

„kompletny”, „cały”, „całkowity”. Interesującą propozycją teorii całości było podejście stworzone przez L. von Bertalanffy'ego i wyrażone w terminach (OTS) *ogólnej teorii systemów*²².

Holistyczny paradygmat zdrowia wyrasta z systemowego oglądu rzeczywistości, systemowego obrazu żywych organizmów i natury człowieka. System według Bertalanffy'ego to skomplikowany układ strukturalny złożony ze wzajemnie powiązanych jednostek składowych. W OTS podstawową zasadą jest prymat całości nad częściami. Oznacza to, iż w każdym żywym układzie można wyodrębnić poszczególne jego elementy, jednak właściwości całości nigdy nie są prostą sumą właściwości jej części. Słowo „całość” podkreśla, że w systemie chodzi o coś więcej niż o zwykły zbiór różnych elementów. Czymś istotnym i specyficznym dla systemu jest tworzenie przez elementy pewnej całości. Chodzi tutaj o zaistnienie pewnego uorganizowania, uporządkowania poszczególnych elementów, jak również o zachodzenie oddziaływań między elementami, a więc obustronnych relacji o charakterze dynamicznym²³.

Przykładem dynamicznego systemu jest organizm ludzki, który jest samoorganizujący się. Dynamicznymi fenomenami samoorganizacji są: samoodnawianie – zdolność do ciągłej odnowy i wymiany składników z równoczesnym utrzymywaniem integralności struktury ogólnej, oraz samotranscendencja, czyli zdolność do wychodzenia poza własne ograniczenia i tworzenia nowych struktur.

Z systemowego obrazu natury żywych organizmów wyłania się systemowy, wielowymiarowy model człowieka, w którym organizm ludzki ujmuje się jako żywy system. System ten stanowi nieodłączną część szerszych systemów. Znajduje się on bowiem w ciągłym współoddziaływaniu ze swym fizycznym i społecznym środowiskiem. Człowiek podlega wprawdzie prawom natury, ale jednocześnie, ze względu na specyficzną swoją cechę jaką jest świadomość i samoświadomość, stanowi odrębny, niepowtarzalny byt.

Model żywego organizmu człowieka, pozwala na wskazanie pewnych tendencji w holistycznej psychologii zdrowia.

I. Heszen-Niejodek²⁴ twierdzi, iż:

Systemowe myślenie o zdrowiu to myślenie w kategoriach procesów. Zdrowie określa się jako dynamiczny proces ukierunkowany na przywracanie stale zakłócanej równowagi organizmu, w związku z nieustannie dokonującymi się zmianami zachodzącymi zarówno wewnątrz niego, jak i w otaczającym środowisku.

²²M. Stepulak, *Podejście systemowe we współczesnej psychologii polskiej*. Lublin 1995: RW KUL, s. 16.

²³Tamże, s. 28.

²⁴I. Heszen-Niejodek, dz.cyt. 1992, s. 78.



Proces ten zmienia się w odpowiedzi na zaistniałe wymagania wewnętrzne i zewnętrzne.

H. Sęk ²⁵ uważa, iż współcześnie rozwój promocji zdrowia jest możliwy ze względu na powszechne przekonanie o holistycznej koncepcji psychologii zdrowia, co oznacza wielorakie powiązania podmiotu i grup społecznych ze środowiskiem przyrodniczym i społecznym. Organizm poprzez interakcje z tym środowiskiem dąży do zachowania równowagi, która ze względu na charakter wzajemnych oddziaływań różnorodnych elementów ma naturę dynamiczną. Stąd też ujmuje się w podobny sposób pojęcie zdrowia na *continuum* zdrowie-niezdrowie (choroba). Pojęcie *continuum* zdrowia zakłada niemożność wyznaczenia granicy pomiędzy zdrowiem i chorobą, pozwala jednak na różnicowanie jakości zdrowia.

Kategoria jakości zdrowia pozostaje w związku z wielowymiarowością zdrowia, wielowymiarowym modelem człowieka, obejmującym wzajemnie zależne aspekty fizyczne, psychologiczne społeczne. Chorobę fizyczną może na przykład równoważyć pozytywny stan psychiczny i zyczliwość społeczna, problemy emocjonalne, konflikty interpersonalne sprawiają natomiast, że pomimo sprawności fizycznej człowiek nie dozna stanu dobrego samopoczucia zdrowotnego ²⁶.

W modelu holistycznym zdrowie jest czymś więcej niż brak choroby. Zdrowie bowiem ujmowane jest w ramach procesów rozwojowych, a więc procesów aktualizujących tkwiące w organizmie potencjalności, pozwalające na twórcze przystosowanie się człowieka do wymogów wewnętrznych i wymogów środowiska, w jakim żyje.

Przyjęcie zasady współzależności ciała i psychiki, występującej w każdym stadium zdrowia i choroby, wiąże się z odrzuceniem biomedycznego paradygmatu psychologii zdrowia. W paradygmacie tym bowiem wyróżnia się choroby somatyczne, psychosomatyczne i psychiczne.

Zgodnie z holistycznym ujęciem zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, odzwierciedlającym sieć powiązań rozmaitych wymiarów i poziomów złożonego fenomenu życia. Nie sposób go opisać za pomocą jednego parametru ²⁷.

Model holistyczny stawia psychologii większe wymagania, niż dualizm biomedyczny. Holistyczny klinicysta musi wiedzieć, jak czynniki

²⁵H. Sęk, *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H.[red.], *Psychologia zdrowia*. Warszawa 1997: PWN, s. 42.

²⁶G. Dolińska-Zygmunt, dz.cyt., s. 15.

²⁷Tamże, s. 17.

psychiczne przyczyniły się do powstania dolegliwości fizycznych, jak wpływają na osobę chorą i jej rodzinę oraz jakie są potrzeby psychiczne tych ostatnich, a także jak podejście psychologiczne może pomóc w zaspokojeniu tych potrzeb i odwrócić proces chorobowy²⁸.

Warto dodać, iż biomedyczny i holistyczny paradygmat psychologii zdrowia, mimo swojej odmienności, nie wykluczają się, a przeciwnie są komplementarne.

2.3. Model konsumeryzmu

Model konsumeryzmu zakłada, iż za zdrowie, chorobę i leczenie odpowiada pacjent. To on określa własne potrzeby. W tym też kontekście można mówić o zachowaniach konsumenckich, które obejmują wszystko to, co poprzedza, zachodzi w trakcie i następuje po nabyciu przez konsumenta dóbr i usług zdrowotnych²⁹.

W miarę jak poprawiał się stan zdrowia ludzi Zachodu, zrodziło się przekonanie, że człowiek sam może go kontrolować. Powstało stąd twierdzenie, iż chorobie można zawsze zapobiec, a kiedy już ona wystąpi, jest to skutek osobistego zaniedbania. Dlatego stałe przypominanie o chorobach zwłaszcza w mediach, motywuje wysiłki kontrolowania stanu zdrowia³⁰. Przykłady takich zachowań to stosowanie diety, kontrola uwagi lub unikanie substancji polepszających smak oraz wizyty w klubach sportowych i ćwiczenia fizyczne³¹.

Przekonanie o pełnej kontroli osoby nad stanem swego zdrowia jest złudzeniem. Mimo to wraz z pojawieniem się choroby pogląd ten kształtuje oczekiwania pacjentów wobec służby zdrowia.

W systemie konwencjonalnym pacjent, który domaga się takiej kontroli, będzie niezadowolony z klinicznego paternalizmu, a lekarze mogą go postrzegać jako „złego” lub skarżącego się. Terapie alternatywne lub grupy samopomocy mogą ofiarować większe poczucie uczestnictwa i kontroli niż konwencjonalna opieka zdrowotna. Złą stroną autonomii pacjenta jest jego poczucie odpowiedzialności za utrzymanie się choroby lub świadomość przegranej w walce z chorobą nieuleczalną³².

²⁸ P. Salmon, dz.cyt., s. 28.

²⁹ A.Falkowski, T. Tyszka, *Psychologia zachowań konsumenckich*. Gdańsk 2000: GWP, s. 11.

³⁰ K. D. Brownell, Personal responsibility and control over our bodies: when expectation exceeds reality. *Health Psychology*, 1991,10, s. 307.

³¹ P. Salmon, dz.cyt., s. 29.

³² Tamże, s. 29.



W modelu tym istotną kwestią jest zasada szacunku dla autonomii pacjenta. Mieć autonomię to nie to samo co być przedmiotem szacunku jako osoba autonomiczna. Poszanowanie dla cudzej autonomii zakłada co najmniej uznanie prawa jednostki do posiadania poglądów, dokonywania wyborów i podejmowania działań zgodnie z wyznawanymi przez nią wartościami i przekonaniem³³.

Wraz ze zmianami kulturowymi i politycznymi pojawiły się zmiany w systemie opieki zdrowotnej, który przeobraża się w system konsumpcyjny, tak jak i w innych usługach. Bycie pacjentem daje pewne prawa (zaspokojenie potrzeb), ale wiąże się też z obowiązkami (akceptacja tego, co jest oferowane). I na odwrót, usługodawca nie ma obowiązku spełniać potrzeb swego „klienta”, choć po zawarciu umowy ten ostatni powinien być usatysfakcjonowany.

Współcześnie można jednak zauważyć pewne trendy zmierzające do zmiany modelu konsumeryzmu. Znaczny postęp badań doprowadził dziedzinę psychologii zdrowia do pewnego poziomu dojrzałości. W zakresie zaś badań gotowi jesteśmy stawić czoła wyzwaniom wpływającym z modelu biopsychospołecznego. Jeżeli chodzi o praktykę zawodową, to psychologia zdrowia nadal musi dowodzić swojej efektywności w zakresie terapii i redukcji kosztów, łączyć teorię z jej praktycznymi zastosowaniami, poszukiwać najlepszych form marketingu dla wyników badań prowadzonych w zakresie psychologii zdrowia, rozwijać zasady, na których opierać się mają psychologowie w procesie interwencji terapeutycznej oraz uzgadniać zasady szkolenia dla badaczy i osób praktycznie zajmujących się tą dziedziną³⁴.

Coraz bardziej znaczący w ocenie opieki zdrowotnej czynnik zadowolenia pacjenta odzwierciedla rosnącą rolę modelu konsumpcyjnego. Zadowolenie pacjenta powszechnie uważa się za podstawowy problem tej opieki, świadczy o jej jakości. Rozwiązanie tego problemu jest dość proste w przypadku usług handlowych czy gastronomicznych, jednakże w opiece medycznej staje się sprawą bardzo dyskusyjną.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na główne elementy trzech powyższych modeli psychologii zdrowia według Salmona³⁵

³³ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996: Książka i Wiedza, s. 136.

³⁴ S.E. Taylor, *Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia. Zadania stojące przed dojrzewającą dyscypliną*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. [red.]. *Psychologia zdrowia*. Warszawa 1997: PWN, s. 232.

³⁵ Dz.cyt., s. 25.

Modele opieki zdrowotnej

Model	Założenie	Kryteria oceny opieki	Wymagania wobec psychologa
<i>Dualizm biomedycyny</i>	Chorobę somatyczną można zrozumieć bez odniesienia do czynników psychicznych	„Prawdziwa” choroba somatyczna nie ma nic wspólnego z problemami „psychicznymi”. Usuwa się patologie.	Upewnić się, że pacjent stosuje się do zaleceń terapii
<i>Biopsychospołeczny – holizm</i>	Zachodzi interakcja czynników somatycznych i psychicznych	Choroba zostaje zwalczona lub złagodzona. Pacjenci są lepiej przystosowani. Potrzeby psychiczne pacjentów są zaspokojone.	Rozpoznać potrzeby psychiczne. Zrozumieć wzajemne oddziaływanie czynników psychicznych i biologicznych oraz etiologii i leczenia. Zastosować terapię psychologiczną, by lepiej przystosować pacjenta lub kontrolować przebieg choroby.
<i>Konsume – ryzm</i>	Za zdrowie, chorobę i leczenie odpowiada jednostka. Pacjent określa własne potrzeby.	Pacjent bierze odpowiedzialność. Pacjent jest usatysfakcjonowany.	Pomóc pacjentowi odzyskać kontrolę. Pomóc pacjentowi w określeniu swoich potrzeb. Ocenić i wzmocnić satysfakcję.

Poszczególne modele opieki zdrowotnej mają różne założenia, które pociągają za sobą różnice kryteriów oceny jej jakości. Tym samym mają też różne wymagania wobec psychologii.

3. MEDYCYNĄ PASTORALNĄ WOBEC WSPÓŁCZESNEGO PARADYGMATU PSYCHOLOGII ZDROWIA

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na podstawowe zadania i specyfikę medycyny pastoralnej, a równocześnie wskazać adekwatny model funkcjonowania osoby w duchu nowoczesnego paradygmatu zdrowia.

3.1. Podstawowe zadania medycyny pastoralnej

Medycyna pastoralna wiąże się z celem i rolą kapłaństwa. Kapłan-duszpasterz towarzyszy człowiekowi od narodzenia aż do śmierci, w zdrowiu, chorobie i w różnych okolicznościach życiowych. Duszpasterstwo zatem to również praca nad człowiekiem, dla człowieka i z człowiekiem.

Tak złożony i bogaty w swej naturze byt, jakim jest człowiek, nie może być rozumiany ani objęty skutecznym działaniem wychowawczym i duszpasterskim, jeśli nie zostanie dostrzeżona cała substancjalna jedność osoby ludzkiej. Jej organizm fizyczny, psychika i duchowość są nie tylko składnikami jakiejś całości, nie tylko uzależniają się wzajemnie, ale stanowią jedność, której na imię osoba.

Wiele dyscyplin naukowych, w tym i teologicznych, nawiązuje do tej jedności, analizuje ją i wyprowadza stąd praktyczne wnioski. Medycyna ze swej natury zajmuje się prawidłowymi i zaburzonymi funkcjami organizmu fizycznego i psychiki ludzkiej. Poza korzyścią wynikającą z leczenia chorób, medycyna może być bardzo pomocna w budowaniu pełnej wizji człowieka. Stąd też od dawna została dostrzeżona rola znajomości zagadnień medycznych dla skuteczności działań duszpasterskich i dla tych właśnie racji studium medycyny pastoralnej jest również przedmiotem nauczania w seminariach duchownych³⁶.

W minionych stuleciach, w sytuacji niskiego poziomu medycyny i organizacji lecznictwa, duszpasterze parafialni zajmowali się wręcz leczeniem chorych, co było zapewne pomieszaniem znachorstwa z propagowaniem prostych zabiegów higienicznych. Dowodem na to są niektóre podręczniki „medycyny pastoralnej”, które był streszczeniem fizjologii, patologii, z uwzględnieniem rad „lecarskich” z zakresu higieny ogólnej³⁷. Takie podejście można uznać za „mieszanie zupełnie różnych materii”. Natomiast znajomość choćby podstawowych pojęć z zakresu fizjologii, psychologii czy patologii jest bardzo pożyteczna dla pełnego studium antropologii i dla zrozumienia człowieka w niektórych sytuacjach życiowych.

³⁶ S. Luft, *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002: Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, s. 9.

³⁷ J. Pelczar, *Medycyna pastoralna*. Lwów 1900/1907 wyd.II: Drukarnia katolicka Józefa Chęcińskiego; J. Czarnecki, *Medycyna pastoralna. Podręcznik dla kleru katolickiego*. Gniezno 1905; P. Gniatkowski, *Medycyna pastoralna oraz podstawy higieny codziennego życia w stosunku do duszpasterstwa i parafii*. Poznań-Warszawa -Wilno-Lublin 1927: Księgarnia św. Wojciecha; J. Mokrzycki, *Medycyna pastoralna (maszynopis)*. Gdańsk 1960; S. Luft, *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002: Wyd. Archidiecezji Warszawskiej.

Duszpasterski kontakt z chorym i z lekarzem także może być bardziej skuteczny, jeśli kapłanowi nie są obce pewne podstawowe pojęcia z zakresu zdrowia i sytuacji człowieka chorego. Nie chodzi tutaj o imponowanie swoją erudycją, ale o zrozumienie ludzkich sytuacji i ludzkich potrzeb³⁸.

Zadaniem medycyny pastoralnej jest zatem prezentacja i popularyzowanie przede wszystkim takich zagadnień medycznych, których znajomość jest pomocna w pracy duszpasterskiej.

3.2. Wielopoziomowy model funkcjonowania człowieka w medycynie pastoralnej

Wydaje się, iż jednym z adekwatnych dla współczesnej medycyny pastoralnej jest wielopoziomowy model funkcjonowania człowieka, który uwzględnia psychologiczny paradygmat zdrowia, biorąc równocześnie pod uwagę najwyższy hierarchicznie poziom funkcjonowania osoby, jakim jest duchowość.

Duchowość
Misja
Tożsamość (kto?)
Wartości (dlaczego ? w imię czego ?)
Przekonania (dlaczego ?)
Umiejętności (jak ?)
Zachowania (co ?)
Środowisko/kontekst (gdzie ? kiedy ? w jakich warunkach ?)

Wielopoziomowy model funkcjonowania człowieka według Batesona za Peczeko³⁹.

Środowisko w tym przypadku należy rozumieć poprzez to, co nas otacza, a także to co jest wewnętrzne w nas – stan naszego ciała, naszych emocji, uczuć i umysłu. Sprawne funkcjonowanie w środowisku zapewnia nam obwodowy układ nerwowy⁴⁰.

³⁸ S. Luft, dz.cyt., s. 10.

³⁹ G. Bateson, *Umysł i przyroda*, Warszawa 1996: PIW za B.K. Peczeko, *Model wielopoziomowego funkcjonowania człowieka*, W: J. Bielecki [red.], *Psychologia nie tylko dla psychologów*, Warszawa 2002: Wyd. UKSW, s. 353.

⁴⁰ B.K. Peczeko, dz.cyt., s. 354.



Zachowania – to różne formy aktywności, to nasze działania i reakcje.

W wymiarze anatomicznym odpowiada temu układ piramidalny i mózdzek⁴¹.

Umiejętności posiadają strukturę bardziej złożoną niż działania. Stanowią je sekwencje zachowań, prowadzące do realizacji określonego celu. To także strategie, jakimi posługuje się nasz umysł, aby urzeczywistnić dane zamierzenie. Poziomowi umiejętności odpowiadają części korowe układu nerwowego.

Przekonania – to uogólnienia dotyczące relacji, związków między zdarzeniami, ludźmi, zjawiskami i innymi elementami rzeczywistości. Są to różnego rodzaju stereotypy myślenia, interpretacji i oceny. Mają one charakter abstrakcyjny i wykazują tendencję do „samopotwierdzania się”. Przekonania nie dotyczą konkretów, ale raczej wniosków na temat tych konkretów (mają charakter mentalny, a nie fizyczny)⁴².

Wartości stanowią specjalną klasę przekonań na temat tego, w imię czego warto podejmować wysiłki, poświęcając czas i energię, oraz rezygnować z innych rzeczy⁴³. W całym systemie przekonań wartości pełnią funkcję nadrzędną i znajdują się wyżej w hierarchii od takich uogólnień, jak np. *czas są ciężkie*, albo *życie jest piękne*⁴⁴. Biologicznym odpowiednikiem poziomu przekonań i wartości jest autonomiczny system nerwowy (odpowiedzialny m.in. za rytm pracy serca, ciśnienie krwi, trawienie itp.)⁴⁵.

Tożsamość odnosi się do tego za kogo się uważamy, z kim się identyfikujemy. Poziom ten integruje wartości, przekonania, umiejętności i zachowania w całościowy, spójny system. W wymiarze anatomiczno – fizjologicznym odpowiednikiem poziomu tożsamości jest układ limbiczny i immunologiczny⁴⁶.

Duchowość jest związana z wizją naszej idealnej przyszłości, w której realizujemy swoje najwyższe wartości. Do poziomu tego odnoszą się pytania typu: *Po co żyję? Jaka rolę mam do spełnienia w moim życiu? Jaki sens ma moje istnienie? Czego większego ode mnie jestem częścią? Czym jest wszechświat jako całość i jakie jest w nim moje miejsce?*

⁴¹ R. Dilts, *Changing relief system with NLP*, Cupertino 1990: Meta Publications, s. 210.

⁴² B.K. Peczeko, dz.cyt., s. 355.

⁴³ P. Shutz, H. Jelem, *Dossier of the EANLPt working group*, Vienna 1999: EANLPt, s. 181.

⁴⁴ T. James, W. Woodsmall, *Time line therapy and the basis of personality*, Cupertino 1988: Meta Publications, s. 155.

⁴⁵ I. McDermont, J. O'Connor, *NLP and health*, London, San Francisco 1996: Thorsons, s. 17.

⁴⁶ P. Shutz, H. Jelem, dz.cyt., s. 82.

Z punktu widzenia prezentowanego modelu, poziom ten określa także kontekst naszego życia i działania, lecz jest o wiele szerszy od tego środowiska, które stanowi poziom pierwszy, znajdujący się u podstawy schematu. W przeciwieństwie do tamtego, odnosi się do środowiska, które nie jest opisywane w kategoriach fizykalnych. W wymiarze biologicznym odpowiednikiem poziomu duchowości jest układ immunologiczny⁴⁷.

Medycyna pastoralna zatem oprócz poziomu psychicznego osoby zakłada jako najbardziej istotny poziom duchowości. Jest on bowiem przedmiotem oddziaływań duszpasterskich. Łączy się on jednak integralnie z pozostałymi poziomami funkcjonowania człowieka.

ZAKOŃCZENIE

Paradygmat psychologii zdrowia jest częścią kulturowego, a nawet religijnego obszaru rzeczywistości. Stąd też nie może dziwić fakt, iż istnieje wspólne pole zainteresowań zarówno dla psychologii zdrowia, jak i medycyny pastoralnej. W myśl najczęściej przywoływanej definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *zdrowie jest to dobry stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niedołęstwa*. Jest to zatem definicja ujmująca zdrowie wielopłaszczyznowo, uwzględniając poza jego aspektem obiektywnym, także subiektywny wymiar, podkreślając jego dynamiczny charakter.

Współczesna medycyna pastoralna uwzględnia także najnowsze modele i paradygmaty psychologii zdrowia, aby w ich świetle pomagać ludziom w sytuacjach duszpasterskich. Dlatego też medycyna pastoralna w specjalny sposób zwraca uwagę na zdrowie duchowe (spiritual heath)⁴⁸. Zdrowie duchowe dla niektórych związane jest z wierzeniami i praktykami religijnymi, dla innych z osobistymi wartościami i przekonaniami, zasadami zachowania i sposobami osiągnięcia spokoju ducha.

⁴⁷ B.K. Peczeko, dz.cyt., s. 356 - 357.

⁴⁸ Por. M. Stepulak, *Tajemnica zawodowa psychologa*, Lublin 2001: TN KUL.

