Postępy Psychiatrii i Neurologii 2012; 21(4): 229–250
Forum
Forum
© 2012 wydanie polskie, Instytut Psychiatrii i Neurologii

FORUM
– POZYTYWNE ZDROWIE PSYCHICZNE: MODELE I IMPLIKACJE KLINICZNE
– POSITIVE MENTAL HEALTH: MODELS AND CLINICAL IMPLICATIONS

Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa?[1]

Positive mental health: is there a cross-cultural definition?

GEORGE E. VAILLANT

Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital,
151 Merrimac Street, Boston, MA 02114, USA

STRESZCZENIE

Przedstawiono siedem modeli konceptualizacji pozytywnego zdrowia psychicznego: zdrowie psychiczne powyżej normy, o czym świadczy wynik powyżej 80 punktów w skali „Globalnej oceny funkcjonowania" (GAF) z DSM-IV; zdrowie psychiczne rozumiane jako obecność wielu mocnych stron człowieka a nie jako brak słabości, zdrowie psychiczne jako dojrzałość, zdrowie psychiczne jako przewaga emocji pozytywnych, zdrowie psychiczne jako wysoki poziom inteligencji społeczno-emocjonalnej, zdrowie psychiczne jako subiektywny dobrostan, zdrowie psychiczne jako sprężystość psychiczna. Zaproponowano środki bezpieczeństwa w badaniach nad zdrowiem psychicznym, m.in. wskazano na potrzebę zdefiniowania zdrowia psychicznego kategoriach równocześnie wrażliwych kulturowo i nie powodujących wykluczenia, a także na potrzebę empirycznej walidacji kryteriów zdrowia psychicznego w badaniach podłużnych.

SUMMARY

Seven models for conceptualizing positive mental health are reviewed: mental health as above normal, epitomized by a DSM-IV's Global Assessment of Functioning (GAF) score of over 80; mental health as the presence of multiple human strengths rather than the absence of weaknesses; mental health conceptualized as maturity; mental health as the dominance of positive emotions; mental health as high socio-emotional intelligence; mental health as subjective well-being; mental health as resilience. Safeguards for the study of mental health are suggested, including the need to define mental health in terms that are culturally sensitive and inclusive, and the need to empirically and longitudinally validate criteria for mental health.

Słowa kluczowe: pozytywne zdrowie psychiczne / dojrzałość / sprężystość psychiczna / mechanizmy radzenia sobie / subiektywny dobrostan / inteligencja emocjonalna / emocje pozytywne

Key words: positive mental health / maturity / resilience / coping mechanisms / subjective well-being / emotional intelligence / positive emotions

W dużych badaniach epidemiologicznych z drugiej połowy ubiegłego wieku skupiano się na tym, kto jest chory psychiczne, a nie na tym, kto jest zdrowy. W końcu choroba psychiczna jest stanem, który można rzetelnie zdefiniować, a jej granice są stosunkowo wyraźne. Do niedawna do operacyjnej definicji pozytywnego zdrowia psychicznego zbliżył się tylko A. Leighton w Stirling *County Studies* [1]. Co więcej, twierdzono, że ponadprzeciętne zdrowie psychiczne czy fizyczne nie jest zagadnieniem z zakresu medycyny, lecz edukacji.

W początkach ubiegłego wieku interniści zaczęli badać fizjologię na dużych wysokościach i opracowali metody pomiaru pozytywnego zdrowia fizycznego dla sportowców, pilotów i wreszcie astronautów. W latach 1920-1930 na *University of California* w Berkeley

[1] Polskie wydanie artykułu z ***World Psychiatry 2012;11:93-99*** za życzliwą zgodą redakcji i wydawcy. ***World Psychiatry*** jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (***World Psychiatric Association***). Tłumaczenie: dr Barbara Mroziak.

powstał *Institute of Human Development* (Instytut Rozwoju Człowieka), którego założycielami byli H. Jones, N. Bayley i J. McFarlane [2,3]. Instytut, który pierwotnie miał badać rozwój zdrowego dziecka, wywarł ogromny wpływ na opracowany przez E. Eriksona model rozwoju zdrowego człowieka dorosłego. Pod koniec lat 30. A. Bock, internista specjalizujący się w fizjologii dużych wysokości i zainteresowany pozytywnym zdrowiem psychicznym, zorganizował *Study of Adult Development* (Studium Rozwoju Człowieka Dorosłego) na Uniwersytecie Harvarda [4,5], pomyślane jako interdyscyplinarne studia nad zdrowiem zarówno psychicznym, jak fizycznym.

Podobnie jak sprawność fizyczna, pozytywne zdrowie psychiczne jest zbyt ważne, żeby je ignorować, lecz niełatwo je zdefiniować. Należy zachować kilka środków ostrożności. Po pierwsze, definiując zdrowie psychiczne trzeba pamiętać o różnicach międzykulturowych. Moje własne próby zdefiniowania zdrowia psychicznego mogą się wydawać prowincjonalne autorom z innych kontynentów. Komentarze do tego artykułu będą zatem szczególnie ważne.

Po drugie, trzeba pamiętać, że „przeciętny" to nie znaczy zdrowy. W badaniach środowiskowych ludzie zdrowi zawsze stanowią domieszkę wśród przeważającej liczebnie psychopatologii. Jeśli chodzi o liczbę czerwonych ciałek krwi czy funkcje tarczycy, zdrowy jest środek krzywej dzwonowej (czyli rozkładu normalnego). W przypadku wzroku zdrowy jest tylko górny kraniec krzywej dzwonowej, a w przypadku cholesterolu i bilirubiny tylko niskie wartości z krańca krzywej dzwonowej są zdrowe.

Po trzecie, trzeba sprecyzować, czy przedmiotem dyskusji jest cecha, czy stan. Szczególne znaczenie mają badania podłużne. Światowej klasy piłkarz chwilowo siedzący na ławce rezerwowych z powodu skręconej kostki (stan) jest prawdopodobnie zdrowszy niż diabetyk z cukrzycą typu 1 (cecha), który chwilowo ma normalny poziom cukru we krwi.

I wreszcie, zdrowie psychiczne należy widzieć w kontekście. Komórki sierpowate jako cecha są niezdrowe w Paryżu, lecz nie w Afryce Centralnej, gdzie malaria jest endemiczna. W latach 40. ktoś z osobowością paranoidalną byłby bardzo kiepskim marynarzem na łodzi podwodnej, lecz znakomitym obserwatorem w samolocie myśliwskim. Punktualność i postawę rywalizacyjną uważa się za zdrowe w jednych społeczeństwach, ale nie w innych.

Ponadto, jeśli zdrowie psychiczne jest „dobre", co to znaczy? Dla kogo jest dobre, dla jednostki, czy dla społeczeństwa? Dobre, żeby „się dopasować", czy dobre dla twórczości? Przy definiowaniu zdrowia psychicznego biologia zwykle przebija antropologię. Antropologia kulturowa uczy nas, że niemal każdą formę zachowania uważa się za zdrową w niektórych kulturach, lecz to nie znaczy, że tolerowane zachowanie jest zdrowe psychiczne. Do niedawna Portugalia nie uznawała alkoholizmu za chorobę, co nie zmniejszyło udziału alkoholizmu w umieralności w Lizbonie. Najlepszym sposobem, aby zrozumieć, co stanowi zdrowie psychiczne, jest badanie rozmaitych zdrowych populacji z różnych perspektyw, w różnych kulturach i przez długi okres czasu.

W tym artykule zestawiono siedem różnych modeli empirycznych zdrowia psychicznego. Po pierwsze, zdrowie psychiczne można ujmować jako stan powyżej normy, co obrazuje wynik powyżej 80 punktów w skali Globalnej Oceny Funkcjonowania (GAF) z DSM-IV. Po drugie, można je rozumieć jako obecność wielu mocnych stron człowieka, a nie jako brak słabości. Po trzecie, można je definiować jako dojrzałość. Po czwarte, można je widzieć jako przewagę emocji pozytywnych. Po piąte, można je traktować jako wysoki poziom inteligencji społeczno-emocjonalnej. Po szóste, można je uznać za subiektywny dobrostan. Po siódme, można je definiować jako sprężystość psychiczną (*resilience*).

Aby uniknąć sprzeczek o to, które cechy charakteryzują zdrowie psychiczne, dobrze byłoby odwołać się do analogii ze zwycięzcą dziesięcioboju. Co składa się na „bycie gwiazdą" w tej dyscyplinie? Gwiazda dziesięcioboju musi mieć siłę mięśniową, szybkość, wytrwałość, zwinność i chęć walki czy współzawodnictwa, chociaż kombinacje tych cech mogą być różne. Jeśli chodzi o mistrzów dziesięcioboju, ogólna definicja nie będzie odmienna w różnych krajach, czy w różnych stuleciach. Wyrazistość danego aspektu charakteryzującego mistrza dziesięcioboju (lub zdrowie psychiczne) może być różna w różnych kulturach, lecz ważne są wszystkie aspekty.

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO STAN PRZEWYŻSZAJĄCY NORMĘ, CO OBRAZUJE WYNIK PONAD 80 W SKALI GAF

Po drugiej wojnie światowej zaczęły się pojawiać doniosłe publikacje na temat zdrowia psychicznego [7-9]. Chociaż we wszystkich badaniach zajmowano się populacjami normalnymi, przedmiotem zainteresowania nadal było raczej na *nie-patologiczne* niż *ponadprzeciętne ujmowanie* zdrowia psychicznego. Co więcej, wielu powojennych psychiatrów nadal zgadzało się z Z. Freudem, który lekceważył zdrowie psychiczne jako „idealną fikcję".

Później, w roku 1958, raport przygotowany przez M. Jahodę dla Komisji Wspólnej ds. Choroby Psychicznej i Zdrowia Psychicznego [10] doprowadził do zmiany prądów w morzu psychiatrii. Według proponowanej przez nią koncepcji, zdrowie psychiczne obejmuje autonomię (kontakt z własną tożsamością i uczuciami), inwestowanie w życie (samorealizację

i nastawienie na przyszłość), sprawne rozwiązywanie problemów (trafne spostrzeganie rzeczywistości, odporność na stres, panowanie nad otoczeniem) oraz zdolność do miłości, pracy i zabawy. Jednak wówczas, gdy publikowała swoje kryteria, nie było jeszcze dowodów naukowych na to, że jej prawdopodobnie wyglądające definicje są czymś więcej niż banałami.

Kolejne były badani a R. Grinkera z roku 1962, nad „homoklitami" (*homoclites*), pierwsze empiryczne badania nad pozytywnym zdrowiem psychicznym [11]. Homoklici Grinkera byli absolwentami akademii wychowania fizycznego, których wybrano ze względu na normalność, lecz badano krótko. Drugie, podłużne badanie polegało na procesie eliminacji – spośród 130 zdrowych pilotów odrzutowców, już wyselekcjonowanych ze względu na zdrowie psychiczne, wybrano pierwszych siedmiu astronautów amerykańskich [12]. Astronauci nie tylko cieszyli się znakomitą opinią o przebiegu pracy zawodowej, ale także umieli kochać. Chociaż wykonywali ryzykowny zawód pilota oblatywacza, wszyscy mieli bardzo niewiele wypadków w ciągu wielu lat latania. Potrafili tolerować zarówno bliskie kontakty w sytuacji wzajemnej zależności, jak skrajną izolację. Mimo że bardzo się od siebie różnili, wszyscy byliby gwiazdami w „dziesięcioboju" zdrowia psychicznego.

Jeszcze większy wpływ wywarły badania nad zdrowiem psychicznym prowadzone w ramach *Menninger Psychotherapy Project* pod kierunkiem L. Luborsky'ego. Opracował on *Health-Sickness Rating Scale* (Skalę zdrowia-choroby), ze skalą ocen od 0 do 100 [13], opartą raczej na zachowaniach niż na testach typu papier-ołówek. Wynik 80 lub więcej punktów oznaczał pozytywne zdrowie psychiczne. Wynik 95-100 oznaczał „idealny stan całkowitej integracji, odporności w obliczu stresu, poczucia szczęścia, oraz skuteczności społecznej".
Skala Luborsky'ego została zmodyfikowana przez dwóch architektów DSM-III, którzy ją przekształcili w to, co stanowi obecnie Oś V [14]. Badacze potwierdzili w porównaniach międzykulturowych użyteczność skali Luborsky'ego jako międzynarodowego termometru zdrowia psychicznego [15].

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO WYSTĘPOWANIE WIELU MOCNYCH STRON CZŁOWIEKA

Fakt, że psychologowie podchodzą nieco inaczej do zdrowia psychicznego niż psychiatrzy doprowadził do drugiego modelu, który stał się podstawą ruchu psychologii pozytywnej [16]. Psychologowie, jak fizjolodzy, patrzą na kontinua (cechy), a nie na kategorie, podczas gdy w medycynie albo ma się jakąś chorobę, albo nie. W psychologii często podejmuje się interwencje, aby ulepszyć czyjąś adekwatną inteligencję czy umiejętności społeczne, natomiast w medycynie majstrowanie przy prawidłowym funkcjonowaniu tarczycy, zdrowym poziomie hematokrytu czy normalnym nastroju tylko spowoduje kłopoty. U zdrowej, wypoczętej osoby praktycznie wszystkie interwencje psychofarmakologiczne z czasem pogorszą funkcjonowanie mózgu. Cel medyczny, czyli usunięcie patologii przez zastosowanie leku, różni się zatem od celu psychologicznego, którym jest rozwijanie pozytywnego zdrowia psychicznego w modelu edukacyjnym.

Już w roku 1925 psychiatra A. Meyer ostrzegał, że trzeba przestać „moralizować" na temat utopijnego zdrowia psychicznego. Twierdził, że zdrowie psychiczne należy badać w sposób „sumienny i bezstronny" i poprzez „konstruktywne eksperymentowanie" [17]. Psycholog, M. Seligman, stwierdził później, że w psychologii pozytywnej będzie się stosowało oparte na dowodach naukowych metody eksperymentalne do badania pozytywnego zdrowia psychicznego, z wykorzystaniem najnowszych osiągnięć empirycznych psychologii poznawczej [18].

Od końca XIX wieku wielu autorów w naukach społecznych nieufnie podchodziło do optymizmu poznawczego, zwłaszcza optymizmu religijnego, uważając go za nieprzystosowawczą „amerykańską" iluzję, zakłócającą trafne spostrzeganie rzeczywistości. Nietsche, Freud, Marks i Darwin – wszyscy oni uważali optymizm za dowód naiwnej młodzieńczości kulturowej, a nie dojrzałego zdrowia psychicznego. Terapeuci prowadzący terapię poznawczą wykazali jednak, że optymizm poznawczy nie tylko może zmienić zachowanie, ale nawet zmienić funkcjonowanie mózgu [19]. Jeśli pesymizm dominuje w treściach poznawczych osób z depresją, to optymizm wydaje się dominować w sferze poznawczej ludzi zdrowych psychiczne. Duży wpływ optymizmu na pozytywne zdrowie psychiczne częściowo polega na poznawczym stylu atrybucji, czyli przyjmowaniu, że wszystkie dobre rzeczy, jakie mi się przytrafiają, są moją „winą", będą trwały wiecznie i są wszechobecne, natomiast wszystkie złe rzeczy są ograniczone, nie są moją winą i prawdopodobnie już się więcej nie zdarzą [20].

Psychologowie C. Petersen i M. Seligman wyodrębnili cztery składowe pozytywnego zdrowia psychicznego: talenty, czynniki sprzyjające, mocne strony i wyniki. Talenty są wrodzone, genetyczne i w niewielkim stopniu podatne na interwencję (np. wysoki IQ) [21]. Czynniki sprzyjające – to korzystne warunki społeczne, interwencje i środowiskowy łut szczęścia (np. silna rodzina, dobre szkolnictwo, życie w merytokracji demokratycznej). Mocne strony – to cechy charakteru (takie jak życzliwość, łatwość wybaczania, ciekawość, uczciwość), odzwierciedlające te aspekty zdrowia psychicznego, które są podatne na zmiany. Wyniki – to zmienne zależne (np. popra-

wa relacji społecznych i subiektywnego dobrostanu) – mogą one stanowić dowód, że interwencje klinicystów nastawione na ulepszenie mocnych stron jednostki były skuteczne.

Które mocne strony mają największy związek ze zdrowiem psychicznym – pozostaje kwestią otwartą. Mądrość, życzliwość oraz zdolność kochania i bycia kochanym są mocnymi stronami, które kwestionowałoby niewiele osób. Ale czy odwagę należy zaliczyć do mocnych stron? A dlaczego wyłączono inteligencję, doskonały słuch muzyczny i punktualność? W dodatku wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym toczy się szeroka debata, czy można oczekiwać, że pozytywne zdrowie psychiczne jest procesem, który zostanie objęty jakimkolwiek programem ubezpieczeń. Z czasem społeczeństwo będzie musiało zadecydować, kto powinien płacić za pozytywne zdrowie psychiczne: jednostka, system oświaty, instytucje finansujące świadczenia zdrowotne, organizacje religijne, czy jakaś kombinacja wszystkich czterech?

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO DOJRZAŁOŚĆ

W odróżnieniu od innych narządów organizmu, które w drodze ewolucji zostały tak ukształtowane, że po okresie dojrzewania nie zmieniają się lub ulegają deterioracji, mózg ludzki nadal rozwija się w wieku dorosłym. Płuca i nerki dziesięciolatka będą prawdopodobnie funkcjonowały na poziomie bardziej zbliżonym do optymalnego niż u sześćdziesięciolatka, lecz nie dotyczy to ośrodkowego układu nerwowego. Do pewnego stopnia zatem zdrowie psychiczne człowieka dorosłego odzwierciedla nieustanny proces dojrzewania, rozwoju i postępującej mielinizacji mózgu aż do szóstej dekady życia [22,23]. Jak wynika z badań prospektywnych, ludzie w wieku 70 lat są mniej przygnębieni i wykazują większą zdolność modulacji emocji niż wówczas, gdy mieli lat 30 [5,24].

Pod pewnymi względami E. Erikson przewidział koncepcje Jahody i Grinkera, przedstawiając w roku 1950 pierwszy model rozwoju człowieka w ciągu całego życia [25]. Wszystkie poprzednie modele zakładały, że po 45.-50. roku życia następuje deterioracja. Natomiast Erikson uważał każdą z ośmiu faz rozwoju człowieka za nowe „kryterium zdrowia psychicznego". Później J. Loevinger opracował model rozwoju ego u dorosłych [26], a L. Kohlberg – model rozwoju moralnego człowieka dorosłego [27]. We wszystkich tych modelach przyjmuje się ukryte założenie, że większa dojrzałość oznacza lepsze zdrowie psychiczne. Chyba najlepszą definicją zdrowia psychicznego, jaką mamy, jest definicja dojrzałości zaproponowana przez W. Menningera [28], która obejmuje zdolność do miłości, brak stereotypowych sposobów rozwiązywania problemów, realistyczną akceptację przeznaczenia, które człowiekowi narzuca jego czas i miejsce na świecie, odpowiednie dla siebie oczekiwania i cele, oraz zdolność do nadziei. W tym modelu dojrzałość jest nie tylko przeciwieństwem narcyzmu, lecz także całkiem dobrze pasuje do innych modeli zdrowia psychicznego.

Aby potwierdzić model zdrowia psychicznego jako dojrzewania niezbędne konieczne jest badanie zachowania i stanów emocjonalnych ludzi przez cały okres ich życia. Chociaż takie badania podłużne zaczęły dopiero niedawno przynosić owoce, wszystkie wskazują na pozytywny związek dojrzałości z coraz lepszym zdrowiem psychicznym [5,24,29,30,31]. Aby pokazać związek między zdrowiem psychicznym a dojrzałością mózgu, trzeba wyłączyć z badań osoby z urazem mózgu, dużą depresją, miażdżycą, chorobą Alzheimera, alkoholizmem i schizofrenią.

Według koncepcji Eriksona, w drodze ewolucyjnego rozwoju człowiek dorosły przez nabywanie doświadczenia osiąga dojrzałość, prowadzącą do „coraz szerszego zasięgu społecznego". W modelu eriksonowskim dorosłą dojrzałość osiąga się z upływem czasu dzięki realizacji czterech kolejnych zadań rozwojowych, które polegają na osiągnięciu „tożsamości" (*indentity*), „intymności" (*intimacy*), „generatywności" (*generativity*) oraz „integralności" (*integrity*). Na podstawie danych empirycznych uzyskanych w *Harvard's Study of Adult Development* (Harwardzkim programie badań nad rozwojem człowieka dorosłego) Vaillant dodał dwa nowe zadania: „konsolidację kariery zawodowej" (*career consolidation*) przed stadium generatywności, oraz pełnienie roli „strażnika znaczenia" (*keeper of meaning*) poprzedzające integralność [32]. Niespodziewanie, realizacja takich zadań wydaje się stosunkowo niezależna od wykształcenia, płci, klasy społecznej i prawdopodobnie kultury. Wiek realizacji poszczególnych zadań bywa niezwykle różny, lecz osiągnięcie dojrzałości w danej fazie rozwojowej jest silnie skorelowane ze zdrowiem psychicznym.

Tożsamość nie wynika po prostu z egocentryzmu, ucieczki z domu czy zawarcia małżeństwa, aby się wydostać z dysfunkcjonalnej rodziny. Istnieje olbrzymia różnica między instrumentalnym aktem ucieczki z domu a zadaniem rozwojowym polegającym na określeniu, gdzie kończą się wartości rodziny, a zaczynają się moje własne. Taka separacja opiera się w jednakowym stopniu na identyfikacji i internalizacji ważnych postaci z okresu dojrzewania – nastoletnich przyjaciół i mentorów spoza rodziny, oraz na czystym dojrzewaniu biologicznym. Na przykład, akcent, jakim mówimy, ustala się mniej więcej w wieku 16 lat i jest raczej taki, jak akcent młodzieżowej grupy rówieśniczej niż akcent naszych rodziców.

Następne stadium, jakie powinni osiągnąć młodzi dorośli, to faza intymności umożliwiającej im nawią-

zanie niesamolubnej relacji z partnerem, opartej na zasadzie wzajemności. Młodemu dorosłemu może się wydawać, że życie z tylko jedną inną osobą w relacji wymagającej współzależności, wzajemności i zaangażowania nie jest ani przyjemne, ani możliwe. Kiedy już jednak osiągnie zdolność do intymności, będzie mu się ona wydawała czymś tak łatwym i przyjemnym, jak jazda na rowerze. Czasami będzie to związek z kimś tej samej płci, czasami bywa kompletnie aseksualny, a czasem, jak w zakonach religijnych, jest to związek wzajemnej zależności z całą społecznością.

Konsolidacja kariery zawodowej jest zadaniem zwykle realizowanym równolegle z osiągnięciem intymności lub po tym etapie. Wykonanie tego zadania pozwala dorosłym uważać, że praca zawodowa jest dla nich czymś tak wartościowym, jak kiedyś była zabawa. Istnieją cztery podstawowe kryteria rozwojowe, decydujące o tym, że „robota" staje się „karierą zawodową": zadowolenie, rekompensata (tzn. praca to nie tylko hobby, lecz jest użyteczna dla innych), kompetencja i zaangażowanie. Nieosiągnięcie konsolidacji kariery zawodowej jest niemal patognomonicznym objawem ciężkiego zaburzenia osobowości.

Realizacja czwartego zadania, generatywności, polega na okazaniu wyraźnej zdolności do troszczenia się o następną generację i służenia jej za przewodnika. Z dotychczasowych badań wynika, że gdzieś między 35. a 55. rokiem życia maleje nasza potrzeba osiągnięć, a wzrasta potrzeba bycia w społeczności i afiliacji. Zależnie od możliwości, jakie stwarza jednostce społeczeństwo, generatywność może oznaczać pełnienie roli konsultanta, przewodnika, mentora czy doradcy dla młodych dorosłych w szerszej społeczności. Stadium generatywności osiąga nieco ponad połowa populacji. Jest mocnym wskaźnikiem pozytywnego zdrowia psychicznego mierzonego za pomocą innych metod [31,32].

Przedostatnim zadaniem życiowym jest podjęcie funkcji „strażnika znaczenia". To zadanie, częsta składowa roli babci czy dziadka, polega na przekazywaniu tradycji przeszłości w przyszłość. Strażnik znaczenia skupia się na ochronie i zachowaniu zbiorowych wytworów ludzkości. Generatywność i jej główna cecha, troska, wymaga troszczenia się o tę, a nie inną osobę. Natomiast działanie strażnika znaczenia i jego główne cechy – mądrość i sprawiedliwość – są mniej wybiórcze, ponieważ sprawiedliwość, w odróżnieniu od troski, oznacza bezstronność.

Ostatnim zadaniem życiowym jest integralność. Zadanie to polega na osiągnięciu spokoju i jedności zarówno w odniesieniu do własnego życia, jak i całego świata, oraz zaakceptowanie cyklu własnego życia jako czegoś, co być musiało i z konieczności nie pozwalało na żadne substytuty. W naszych badaniach prospektywnych rozwój zdrowego człowieka dorosłego przebiegał według takiego samego schematu u mężczyzn ze śródmieścia i uzdolnionych kobiet, a także absolwentów uniwersytetu [5,32]. Bardzo potrzebne są jednak badania międzykulturowe.

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO EMOCJE POZYTYWNE

W XIX wieku psychiatrzy pisali o takich koncepcjach, jak „obłęd moralny" (*moral insanity*) i „dobry charakter", a zdrowie psychiczne uważano za związane z moralnością i praktykami religijnymi. W XX wieku rozkwit antropologii kulturowej, psychoanalizy, behawioryzmu i generalnie sekularyzmu spowodował, że psychiatrzy zwątpili w jakikolwiek związek moralności (zwłaszcza takiej, której przykładem jest religia) ze zdrowiem. Najnowsze osiągnięcia w zakresie biologicznego rozumienia emocji pozytywnych zmusiły jednak psychiatrię do potraktowania ich serio [33,34]. W ciągu ostatnich dziesięciu lat emocje pozytywne – wcześniej zesłane do popularnych piosenek, opieki duszpasterskiej i religii – uznano za naukowo możliwe do przyjęcia.

Pięćdziesiąt lat temu studentów medycyny uczono głównie o takich emocjach podwzgórzowych, jak żądza, głód, strach i wściekłość. Takie emocje częste są również u aligatorów i odkorowanych kotów. Emocje prospołeczne, takie jak empatia, współczucie i miłość rodzicielska uważano za wyuczone zachowania, wobec czego lokalizowano je w korze nowej i umieszczano w programach uczelni pedagogicznych – a nie medycznych. Później, w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku, P. MacLean [35], H. Harlow [36] i J. Bowlby [37] zwrócili uwagę na miłość rozumianą jako przywiązanie, a nie seksualność, stwarzając tym samym w neuronaukach podstawy do konkretyzacji frazesów Jahody, Maslowa, a nawet św. Pawła, który za „cnoty teologiczne" uważał wiarę, współczucie, nadzieję i miłość.

Neurobiolog P. MacLean wykazał, że struktury limbiczne rządzą naszą, właściwą ssakom, zdolnością nie tylko do pamiętania (proces poznawczy), ale także do zabawy (radość), głośnego płaczu przy rozłące (wiara/zaufanie), oraz troski o najbliższych (miłość). Oprócz elementarnej pamięci, gady żadnej z tych cech nie przejawiają. Jeśli samicy chomika, która ma małe, usunie się korę mózgową, nie będzie umiała znaleźć drogi w labiryncie, lecz nadal będzie kompetentną matką. Jeśli uszkodzi się jej układ nerwowy, będzie nadal umiała znajdować prawidłową drogę w labiryncie, ale nie potrafi być matką dla swoich małych. Darwinowskie zalety emocji pozytywnych wydają się jasne.

Jednak dopiero w ciągu ostatnich dwudziestu lat podjęto badania przy użyciu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) nad neurobiologią emocji

pozytywnych. W różnych badaniach zlokalizowano przyjemne doświadczenia człowieka (delektowanie się smakiem czekolady, wygrywanie pieniędzy, podziwianie ładnych twarzy, przyjemność ze słuchania muzyki i ekstazę podczas orgazmu) w układzie limbicznym, a zwłaszcza w okolicy nadoczodołowo płata czołowego, przedniej części zakrętu obręczy i wyspie. Te różne struktury są ze sobą ściśle powiązane i tak zorganizowane, by umożliwiały nam poszukiwanie i rozpoznawanie wszystkiego, co mieści się pod hasłem „właściwa ssakom miłość i duchowość człowieka". W ciągu ostatnich dwudziestu lat tacy badacze z dziedziny neuronauk, jak J. Allman [38] i G. Rizzolatti [39], zidentyfikowali limbiczne komórki wrzecionowate i komórki lustrzane, które stanowią podłoże prospołecznej umysłowości człowieka.

Komórki lustrzane, umiejscowione w wyspie i przedniej części zakrętu obręczy, pośredniczą, jak się wydaje, w doznawaniu empatii, „odczuwaniu" emocji innej osoby. W fMRI aktywacja prospołecznych komórek lustrzanych w korze przedniej części zakrętu obręczy i w obrębie wyspy jest największa u osób o najwyższym poziomie świadomości społecznej i empatii potwierdzonym za pomocą testów typu papier-ołówek [40].

Osiem pozytywnych uczuć (miłość, nadzieja, radość, wybaczanie, współczucie, wiara, respekt i podziw, oraz wdzięczność) stanowi ważne pozytywne i „moralne" emocje wchodzące w skład tego modelu. Niezmiernie istotne jest to, że cała ósemka wybranych emocji pozytywnych dotyczy związków z ludźmi, w żadnej nie chodzi tylko o „mnie samego". Wszystkie ukierunkowane są na przyszłość i, jak się wydaje, wszystkie stanowią wspólny mianownik głównych religii świata [41]. Na liście tej nie umieszczono pięciu innych emocji pozytywnych, ukierunkowanych na czas teraźniejszy (podniecenie, zainteresowanie, zadowolenie, humor, oraz poczucie panowania nad sytuacją), ponieważ te ostatnie pięć emocji możemy odczuwać przebywając samotnie na bezludnej wyspie.

Emocje negatywne, które mają ogromne znaczenie dla utrzymania się jednostki przy życiu, wszystkie dotyczą tylko „mnie samego". Równie głęboko odczuwany emocje zemsty, jak wybaczania, lecz na dłuższą metę skutki tych emocji dla zdrowia psychicznego są bardzo odmienne. Emocje negatywne mają zasadnicze znaczenie dla przetrwania w obecnym czasie. Eksperymenty takich neuronaukowców, jak J. Panskepp [42] i psychologów, jak B. Fredrickson [33] i S. Lyubomirsky [43] dokumentują, że podczas gdy emocje negatywne zawężają pole uwagi i powodują, że widzimy drzewa zamiast lasu, emocje pozytywne, a zwłaszcza radość, powodują, że schematy myślowe stają się bardziej elastyczne, kreatywne, integracyjne i sprawne. Skupione na czasie przyszłym, emocje pozytywne zwiększają nam tolerancję wobec obcych, poszerzają nasz kompas moralny i wzmacniają kreatywność [34].

Wpływ emocji pozytywnych na autonomiczny układ nerwowy ma wiele wspólnego z reakcją relaksacyjną i medytacją. Emocje negatywne, poprzez współczulny układ nerwowy, wywołują pobudzenie układu metabolicznego i sercowo-naczyniowego. Emocje pozytywne, poprzez przywspółczulny układ nerwowy, obniżają podstawowy metabolizm, ciśnienie krwi, tętno, częstość oddechów oraz napięcie mięśniowe. Badania z użyciem fMRI nad jogą Kundalini wykazują, że medytacja zwiększa aktywację w obrębie hipokampa oraz prawego bocznego jądra migdałowatego, co z kolei prowadzi do stymulacji układu przywspółczulnego i doznania głębokiego uspokojenia [44].

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO INTELIGENCJA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA

Wysoki poziom inteligencji społeczno-emocjonalnej świadczy o ponadprzeciętnym zdrowiu psychicznym, tak samo jak wysoki IQ wskazuje na ponadprzeciętne uzdolnienia intelektualne. Wysoka inteligencja emocjonalna stanowi istotę pozytywnego zdrowia psychicznego. W *Etyce Nikomachejskiej* Arystoteles zdefiniował inteligencję społeczno-emocjonalną w następujący sposób: „Każdy może wpaść w gniew – to łatwe. Ale żeby wpaść w gniew na właściwą osobę, we właściwym stopniu, we właściwym czasie, w słusznym celu i w odpowiedni sposób – to nie jest łatwe". Tym niemniej, bardzo niedawno, bo tylko 50 lat temu, w podręczniku na temat inteligencji odrzucono taką arystotelesowską koncepcję inteligencji społecznej jako „bezużyteczną". Tak naprawdę, dopiero w latach 70. modulacja „relacji z obiektem" stała się w psychiatrii ważniejsza niż modulacja „instynktu".

Inteligencję społeczną i emocjonalną można zdefiniować według następujących kryteriów [45]: trafne świadome spostrzeganie i monitorowanie własnych emocji, modyfikowanie swoich emocji (tak, aby je odpowiednio wyrażać), trafne rozpoznawanie i właściwe reagowanie na emocje innych, umiejętność negocjowania w bliskich relacjach z innymi, zdolność skupiania emocji (motywacja) na pożądanym celu.

W ciągu ostatnich 25 lat podejmowano różne kroki, aby lepiej zrozumieć związek między inteligencją społeczno-emocjonalną a pozytywnym zdrowiem psychicznym. Pierwszy krok polegał na tym, że zarówno fMRI, jak eksperymentalne badania neurofizjologiczne przyniosły postępy wiedzy o integracji kory przedczołowej z układem limbicznym [46,47].

Drugim krokiem naprzód był powolny, lecz stały postęp w zakresie konceptualizacji, a nawet pomiaru

„inteligencji emocjonalnej". W ciągu ostatniego dziesięciolecia przybyło wiele narzędzi do pomiaru inteligencji emocjonalnej [48].

Istnieje obecnie wiele ćwiczeń z zakresu kształtowania relacji, które pomagają parom małżeńskim, osobom na stanowiskach kierowniczych w biznesie i dyplomatom zwiększać umiejętności rozwiązywania konfliktów i negocjacji. W ubiegłych dekadach coraz więcej wysiłku poświęcano, aby nauczyć dzieci w wieku szkolnym podstawowych kompetencji emocjonalnych i społecznych, nazywanych niekiedy „elementarzem emocjonalnym" [45].

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO SUBIEKTYWNY DOBROSTAN

Na długo przed tym, zanim filozofowie zaczęli rozmyślać na kryteriami zdrowia psychicznego, zastanawiali się na kryteriami szczęścia i „dobrego życia". O ile jednak w ciągu wieków filozofowie niekiedy uważali szczęście za dobro najwyższe, o tyle psychologowie i psychiatrzy byli skłonni traktować je podejrzliwie.

Szczęście pochodzące z radości lub niesamolubnej miłości (*agape*), albo z samokontroli i poczucia własnej skuteczności, albo też z zabawy i „niesienia z prądem" (głębokiego zaangażowania bez wysiłku), jest przejawem zdrowia. Szczęście, które czerpiemy z dyscypliny duchowej i koncentracji, albo z dojrzałego poczucia humoru, albo z uwolnienia się od narcystycznego skupienia na wstydzie, pretensjach i rozgoryczeniu, czy użalaniu się nad sobą („o, ja biedny"), jest błogosławieństwem. Według Seligmana autentyczne szczęście polega na osiągnięciu zaangażowania, poczucia sensu, pozytywnych emocji i pozytywnych relacji/związków [18].

Z drugiej strony, subiektywne poczucie szczęścia może mieć oprócz aspektów przystosowawczych także nieprzystosowawcze. Dążenie do szczęścia może się wydawać samolubne, narcystyczne, powierzchowne i banalne. Hedonistyczna przyjemność łatwo przychodzi i wkrótce mija. Iluzoryczne szczęście spotyka się w strukturze charakteru związanej z chorobą dwubiegunową i zaburzeniami dysocjacyjnymi, wiąże się też z rozbuchanym „ja" według zaleceń licznych popularnych publikacji psychologii amerykańskiej. Przykłady nieprzystosowawczego „szczęścia" mogą się odnosić do każdej niepohamowanej, lecz gratyfikującej potrzeby, takiej jak napadowe objadanie się, nadużywanie substancji psychoaktywnych, napady złości, rozwiązłość i zemsta. Właśnie z powodu takiej wieloznaczności w niniejszym artykule zastąpiono „szczęście" terminem „subiektywny dobrostan".

Reszta świata zawsze sceptycznie podchodziła do amerykańskiego koncentrowania się na szczęściu. Dopiero w ostatnich dekadach tacy badacze, jak M. Seligman i E. Diener [49,50] wykazali, że podstawową funkcją subiektywnego dobrostanu jest to, że ułatwia samo-opiekę (dbanie o siebie), stając się tym samym antidotum na wyuczoną bezradność. Znowu, gdy kontroluje się wysokości dochodów, wykształcenia, wagi, palenia, picia i chorób okazało się, że ludzie o wysokim poziomie subiektywnego dobrostanu żyją istotnie dłużej [51].

Próby pomiaru subiektywnego dobrostanu były jednakowoż bardzo rozmaite i brak w tym zakresie złotego standardu. Niektórzy badacze mierzą subiektywny dobrostan jako po prostu ogólne zadowolenie z życia. Inni badacze oceniają bardziej specyficzne dziedziny, jak satysfakcja z pracy czy zadowolenie z małżeństwa. Jednak zdumiewająco dobrze sprawdza się pytanie „Co sądzisz o swoim życiu jako całości?", na które odpowiada się na prostej, 7-punktowej skali szacunkowej zawierającej oceny od „jest wspaniałe" do „okropne".

Ponieważ krótkotrwałe zmienne środowiskowe mogą mieć wpływ zakłócający, zaczyna się wyłaniać zgodna opinia, że naturalistyczne metody pobierania próbek są najtrafniejszym sposobem oceny dobrostanu. Przy użyciu takich metod próbkowania badacz kontaktuje się z osobami badanymi za pomocą pagera w losowo wybranych momentach dnia w ciągu dni lub miesięcy, prosząc za każdym razem o ocenę subiektywnego dobrostanu [52]. Aby oddzielić samoopis werbalny od rzeczywistego subiektywnego doświadczenia, jeszcze lepiej jest rejestrować fizjologiczne wskaźniki stresu (np. mierzy się reakcję skórno-galwaniczną, poziom kortyzolu w ślinie, albo filmuje się ukrytą kamerą wyraz twarzy). Takie metody również okazały się przydatne.

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO SPRĘŻYSTOŚĆ PSYCHICZNA (*RESILIENCE*)

Istnieją trzy szerokie klasy mechanizmów radzenia sobie, które ludzie stosują w sytuacjach stresowych. Pierwsze dwa są świadome: poszukiwanie wsparcia społecznego i strategie poznawcze, którymi posługujemy się celowo, aby opanować stres. Do trzeciej kategorii sposobów radzenia sobie należą mechanizmy niezależne od woli, które zniekształcają percepcję rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej, aby zmniejszyć subiektywne cierpienie wskutek stresu, lęk i depresję.

Te nie-dowolne mechanizmy psychiczne w „Skali funkcji obronnych" DSM-IV noszą nazwę obron. Mogą one wyłączyć impuls (np. przez reakcję upozorowaną), albo zagłuszyć sumienie (np. przez zachowania typu *acting out*), wyeliminować potrzebę kontaktu z innymi ludźmi (np. przez fantazje schizoidalne), albo

rzeczywistość (np. przez psychotyczne zaprzeczanie). Mogą nie dopuścić do świadomego rozpoznania określonego tematu (np. przez projekcję) albo usuwać ze świadomości transgresora (np. przez zwrócenie się przeciwko własnemu ja), jakąś myśl (np. przez wyparcie), lub emocje związane z jakąś myślą (np. przez izolowanie afektu/intelektualizację).

Do najbardziej patologicznej kategorii mechanizmów radzenia sobie należy zaprzeczanie i zniekształcanie rzeczywistości zewnętrznej. W życiu codziennym częstsze są niedojrzałe i nieprzystosowawcze mechanizmy obronne, występujące u młodzieży i dorosłych z zaburzeniami osobowości: projekcja, bierna agresja, zachowania typu *acting out*, oraz fantazje schizoidalne. Trzecia kategoria obron, często związanych z zaburzeniami lękowymi i z psychopatologią życia codziennego, obejmuje wyparcie, intelektualizację, reakcje upozorowane oraz przemieszczenie (np. skierowanie afektu na bardziej neutralny obiekt).

Czwarta kategoria niezależnych od woli mechanizmów radzenia sobie charakteryzuje zdrowie psychiczne [53]. „Dojrzałe obrony" nadal zniekształcają i zmieniają uczucia, sumienie, relacje i rzeczywistość, ale osiągają te zmiany w sposób bezawaryjny i elastyczny. Nieczynienie bliźniemu, co tobie niemiłe (altruizm), trzymanie fasonu z kamienną twarzą (tłumienie), zdawanie sobie sprawy z bólu, jaki nas czeka w przyszłości (antycypacja), zdolność do nietraktowania siebie zbyt poważnie (poczucie humoru), oraz do przerabiania cytryn na lemoniadę (sublimacja) – z tego właśnie składa się pozytywne zdrowie psychiczne. Niestety, tych zachowań nie da się jednak osiągnąć prostym aktem świadomej woli. Obserwator uważa zatem takie adaptacyjne obrony za cnoty, tak samo jak uprzedzenia wynikające z projekcji, lub zachowania typu *acting out* w postaci napadów złości, obserwator może uważać za grzech. Konkludując, podobnie jak inne aspekty zdrowia psychicznego, także rzetelna identyfikacja zdrowych, lecz niepodlegających woli mechanizmów radzenia sobie wymaga badań podłużnych. Badania prowadzone zarówno przez *Institute of Human Development* w Berkeley [54], jak i *Study of Adult Development* w Harvardzie [55] pokazały, jak ważne dla zdrowia psychicznego są dojrzałe mechanizmy obronne.

Psychiatrii potrzebne jest zrozumienie, jak kogoś, kto uzyskuje 75 punktów na Osi V, można by doprowadzić do wyniku 90 punktów. Tak samo w psychiatrii potrzebne jest zrozumienie, jak najskuteczniej ułatwić przekształcenie mniej dojrzałych stylów radzenia sobie w bardziej dojrzałe. Trwają obecnie badania z użyciem fMRI, które mają wykazać, w jaki sposób te mechanizmy inicjowane są w mózgu [46, 47], oraz jak za pomocą metod empirycznych wykazać zmiany w dojrzewaniu mechanizmów obronnych podczas psychoterapii [56].

WNIOSKI

W artykule zaproponowano siedem koncepcyjnie odrębnych modeli pozytywnego zdrowia psychicznego. Jak pokazano w tabl. 1, harvardzkie *Study of Adult Development* przyniosły empiryczną ilustrację wzajemnych związków między pięcioma spośród tych różnych modeli. Były to badania podłużne z udziałem zamieszkałych w śródmieściu mężczyzn, którzy nie mieli zatargów z prawem [55]. Okazało się nie tylko, że każdy z tych pięciu modeli (ocenianych przez sędziów niezależnych) istotnie korelował z pozostałymi czterema, ale także iż każdy model był prognostyczny dla poziomu obiektywnego ogólnego zdrowia psychicznego 15 lat później. Co istotne, dla żadnego z pięciu modeli ani klasa społeczna rodziców, ani nawet ciepła atmosfera otoczenia w dzieciństwie nie była dobrym predyktorem.

Tabela 1. Korelacja między różnymi modelami zdrowia psychicznego w wieku średnim oraz ich wartością prognostyczna i niezależność od klasy społecznej rodziców i środowiska w dzieciństwie – dane wg Study of Adult Development z Harvardu [55].

Table 1 *Cross-correlation between different models of mental health at midlife and their predictive value and independence from parental social class and childhood environment: data from the Study of Adult Development at Harvard (55)*

	A	B	C	D	E
Model A: *GAF w wieku 50 lat*	-				
Model B: *Dojrzałość*	0,59	-			
Model C: *Inteligencja społeczna*	0,38	0,44	-		
Model D: *Subiektywny dobrostan*	0,40	0,30	0,40	-	
Model E: *Sprężystość psychiczna*	0,76	0,52	0,39	0,31	-
Obiektywne zdrowie psychiczne w wieku 6	0,45	0,33	0,30	0,56	0,45
Klasa społeczna rodziców	0,06	0,40	0,18	0,13	0,07
Ciepła atmosfera w dzieciństwie	0,05	0,04	0,07	0,07	0,03

GAF – Całościowa ocena funkcjonowania. Wszystkie korelacje > 0,25 są istotne na poziomie $p < 0{,}001$

Koncepcja zdrowia psychicznego nasuwa pytanie o to, jakie interwencje terapeutyczne pozwoliłyby je osiągnąć? Jakie aspekty zdrowia psychicznego są stałe, a jakie mogą podlegać zmianie? Jak już wspomniano, substancje chemiczne mogą przynieść poprawę w chorobie psychicznej, ale nie poprawią funkcjonowania zdrowego mózgu. Możemy wspomagać zdrowie psychiczne tylko poprzez edukację poznawczą, behawioralną i psychodynamiczną.

Na zakończenie, w badaniach nad pozytywnym zdrowiem psychicznym trzeba zachować pewne środki ostrożności. Po pierwsze, konieczne jest sformułowanie szerokiej definicji zdrowia psychicznego w kategoriach zarówno wrażliwych kulturowo, jak i globalnych (niewykluczających). Po drugie, trafność kryteriów zdrowia psychicznego musi być zwe-

ryfikowana empirycznie w badaniach podłużnych. I wreszcie, chociaż zdrowie psychiczne jest jedną z ważnych wartości ludzkości, nie powinno się go uważać za dobro najwyższe samo w sobie. Musimy nadal dążyć do osiągnięcia pozytywnego zdrowia psychicznego, zachowując należny szacunek dla autonomii jednostki.

PODZIĘKOWANIA

Praca ta finansowana była z grantu badawczego MH42248 przyznanego przez National Institute of Mental Health.

PIŚMIENNICTWO

1. Leighton AH. My name is Legion: the Stirling County Study, Vol. 1. New York: Basic Books, 1959.
2. Clausen J. American lives. New York: Free Press, 1993.
3. Jones CJ, Meredith W. Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood. Psychol Aging 2000; 15:351-60.
4. Vaillant GE. Adaptation to life. Boston: Little Brown, 1977.
5. Vaillant GE. Aging well. New York: Little Brown, 2002.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
7. Srole L, Langer TS, Michael ST et al. Mental health in the metropolis. New York: Mc- Graw Hill, 1962.
8. Leighton DC, Harding JS, Macklin D et al. The character of danger, vol. 3. The Stirling County Study. New York: Basic Books, 1963.
9. Offer D, Sabshin M. Normality: theoretical and clinical concepts of mental health. New York: Basic Books, 1966.
10. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
11. Grinker RR Sr., Grinker RR Jr., Timberlake J. A study of mentally healthy young males (homoclites). Arch Gen Psychiatry 1962; 6:405-53.
12. Korchin SJ, Ruff GE. Personality characteristics of the Mercury astronauts. In: Grosser GH, Wechsler H, Greenblatt M (eds). The threat of impending disaster. Cambridge: MIT Press, 1964.
13. Luborsky L. Clinicians' judgment of mental health: a proposed scale. Arch Gen Psychiatry 1962;7:407-17.
14. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976;33: 766-71.
15. Armelius BA, Gerin P, Luborsky L et al. Clinician's judgment of mental health: an international validation of HSRS. Psychother Res 1991;1:31-8.
16. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. Am Psychol 2000;55:5-14.
17. Lief A (ed). The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer. New York: McGraw- Hill, 1948.
18. Seligman MEP. Flourish. New York: Free Press, 2011.
19. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive--compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992;49:681-9.
20. Peterson C, Seligman MEP. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. Psychol Rev 1984;91:347-74.
21. Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues. New York: Oxford University Press, 2004.
22. Yakovlev PI, Lecours AR. The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In: Minkowski A (ed). Regional development of the brain in early life. Oxford: Blackwell, 1967.
23. Benes FM, Turtle M, Khan Y et al. Myelinization of a key relay in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence and adulthood. Arch Gen Psychiatry 1994;51:477-84.
24. Carstensen LL. Evidence for life-span theory of socio-emotional selectivity. Current Directions in Psychological Science 1995;4: 151-6.
25. Erikson E. Childhood and society. New York: Norton, 1950.
26. Loevinger J. Ego development. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
27. Kohlberg L. Essays on moral development, Vol. 2: The nature and validity of moral stages. San Francisco: Harper Row, 1984.
28. Menninger WC. A psychiatrist for a troubled world: selected papers of William C. Menninger, M.D. New York: Viking Press, 1967.
29. White RW. Lives in progress, 3rd ed. New York: Holt Rinehart & Winston, 1975.
30. Friedman HS, Martin LR. The Longevity Project. New York: Hudson Street Press, 2011.
31. Vaillant GE, Milofsky ES. Natural history of male psychological health: IX. Empirical evidence for Erikson's model of the life cycle. Am J Psychiatry 1980;137:1348-59.
32. Vaillant GE. The wisdom of the Ego. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
33. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broadenand- build theory of positive emotions. Am Psychol 2001;56:218-26.
34. Vaillant GE. Spiritual evolution: a scientific defense of faith. New York: Doubleday Broadway, 2008.
35. MacLean PP. The triune brain in evolution. New York: Plenum, 1990.
36. Harlow H. The nature of love. Am Psychol 1958;13:673-85.
37. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock, 1979.
38. Allman JM, Watson KK, Tetreault NA et al. Intuition and autism: a possible role for Von Economo neurons. Trends in Cognitive Science 2005;9:367-73.
39. Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. Anat Embryol 2005; 210:419-21.
40. Kaplan JT, Iacoboni M. Getting a grip on the other's mind: mirror neurons, intention, understanding and cognitive empathy. Social Neuroscience 2006;1:175-83.
41. Armstrong K. The great transformation. New York: Knopf, 2006.
42. Panskepp J. Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotion. New York: Oxford University Press, 1998.
43. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? Psychol Bull 2005; 131:803-55.
44. Thayer JF, Sternberg EM. Neural aspects of immunomodulation: focus on the vagus nerve. Brain, Behavior, and Immunity 2010;24:1223-8.
45. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books, 1995.
46. Etkin A, Egner T, Peraza DM et al. Resolving emotional conflict: a role for the rostral anterior cingulated cortex in modulating activity in the amygdala. Neuron 2006;51: 871-82.
47. Westen D, Blagou PS, Harenski K et al. Neural bases of motivated reasoning: an fMRI study of emotional constraints on partisan political judgments in the 2004 U.S. Presidential Election. J Cogn Neurosci 2006;18:1947-58.
48. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Toronto: Multi-Health Systems, 2002.
49. Diener E, Suh EM, Lucas RE et al. Subjective well-being: three decades of progress. Psychol Bull 1999;125:276-302.
50. Diener E. Subjective well-being. Am Psychol 2000;55:34-43.

51. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. Applied Psychology: Health and Well-Being 2011;3:1-43.
52. Csikszentmihalyi M. Flow: the psychology of optimal experience. New York: Harper Row, 1990.
53. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. Am Psychol 2000;55:89-98.
54. Haan N. Coping and defending. San Diego: Academic Press, 1977.
55. Vaillant GE, Schnurr P. What is a case? A 45- year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health. Arch Gen Psychiatry 1988;45:313-27.
56. Perry JA, Beck SM, Constantinides P et al. Studying change in defensive functioning in psychotherapy, using defense mechanism rating scales: four hypotheses, four cases. In: Levy RA, Ablon JS (eds). Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Totowa: Humana Press, 2008:121-53.

K O M E N T A R Z E – *C O M M E N T A R I E S*

Pozytywne zdrowie psychiczne: program badań naukowych

Positive mental health: a research agenda

ALAN CARR

School of Psychology, University College Dublin, Belfield, Dublin 4, Irlandia

Vaillant przedstawia wnikliwy przegląd siedmiu modeli konceptualizacji pozytywnego zdrowia psychicznego. Twierdzi, że najlepszym sposobem do zrozumienia zdrowia psychicznego jest prowadzenie badań podłużnych różnorodnych populacji, w rozmaitych warunkach kulturowych, przy użyciu narzędzi diagnostycznych opartych na różnych konceptualizacjach.

Patrząc w przyszłość zgadzam się z Vaillantem, że potrzebne są prace teoretyczne i empiryczne, aby ustalić, jaka konceptualizacja pozytywnego zdrowia psychicznego jest najbardziej przydatna. Z teoretycznego punktu widzenia istnieje potrzeba klaryfikacji obecnych częściowo pokrywających się, lecz odrębnych konstruktów oraz ich integracji w szerszą strukturę, obejmującą całość. Z empirycznego punktu widzenia istnieje potrzeba opracowania i ulepszenia narzędzi do pomiaru konstruktów pozytywnego zdrowia psychicznego na rozmaitych poziomach, czyli samoopisu, szacunkowych ocen zachowania, reakcji psychofizjologicznych oraz funkcjonowania neurobiologicznego. Trzeba także powiązać badania nad pozytywnym zdrowiem psychicznym z psychologią normalnego i zaburzonego funkcjonowania w ciągu całego życia. Szczególnie cenne byłoby określenie powiązań między pozytywnym zdrowiem psychicznym a inteligencją, temperamentem, cechami osobowości, samoregulacją i przywiązaniem – w badaniach genetycznych, neurobiologicznych, psychometrycznych i rozwojowych.

Należy koniecznie odróżnić pozytywne zdrowie psychiczne od psychometrycznie zdefiniowanej inteligencji, oraz od innych postaci inteligencji, takich, jak inteligencje wielorakie Gardnera [1]. Niewątpliwie, wysoki IQ i pozytywne zdrowie psychiczne nie są tym samym. Tym niemniej zarówno zdrowie psychiczne, jak inteligencja (definiowana na podstawie testów inteligencji) obejmuje sprawne rozwiązywanie problemów i przystosowanie do środowiska. Ważne pytanie badawcze dotyczy charakteru i zakresu wspólnych obszarów psychometrycznie mierzonej inteligencji i pozytywnego zdrowia psychicznego w przebiegu całego życia.

Jak zauważa Vaillant, stawiano znak równości między pozytywnym zdrowiem psychicznym a inteligencją społeczną i emocjonalną. Sądzi się też, że inteligencja egzystencjalna czy duchowa, a nawet zaawansowane stadium rozwoju moralnego [2] może mieć zasadnicze znaczenie dla pozytywnego zdrowia psychicznego, zważywszy, że udowodniono już korelację między uczestniczeniem w praktykach religijnych a dobrostanem [3]. Nadal nie jest jasne, jakie są związki między pozytywnym zdrowiem psychicznym a innymi formami inteligencji, takimi jak inteligencja muzyczna, kinestetyczna i naturalistyczna. Podobne argumenty mogą się odnosić do szczególnych uzdolnień i twórczości. Możliwe, że niektóre jednostki mogą być szczególnie uzdolnione lub twórcze pod względem sposobu postępowania w sprawach związanych z ich własnym pozytywnym zdrowiem psychicznym.

W teoriach temperamentu i cech osobowości zawarta jest *implicite* koncepcja, że pozytywne zdrowie psychiczne ma określonego typu profil. Na przykład, można uważać, że niemowlęta o spokojnym temperamencie odznaczają się lepszym zdrowiem psychicz-

nym niż te, które mają trudne usposobienie lub zahamowania behawioralne. Według takich teorii cech, jak pięcioczynnikowa teoria osobowości, można uważać, że jednostki o wysokim poziomie stabilności emocjonalnej, ekstrawersji, ugodowości, sumienności i otwartości na doświadczenia charakteryzują się lepszym zdrowiem psychicznym niż osoby o innych profilach. Vaillant odwołuje się do tego rodzaju podejścia omawiając zdrowie psychiczne rozumiane jako obecność wielorakich mocnych stron człowieka. Chciałbym jednak podkreślić, jak wielką wagę ma powiązanie badań nad pozytywnym zdrowiem psychicznym z istniejącą bogatą wiedzą o temperamencie i cechach osobowości [4].

Obszerna literatura na temat samoregulacji rzuca światło na czynniki istotne dla kontynuacji zmotywowanego działania przy równoczesnym tolerowaniu cierpienia (*distress*) [5]. Zdolność ta może stanowić aspekt pozytywnego zdrowia psychicznego i prawdopodobnie wiąże się z przystosowawczymi mechanizmami obronnymi, które omawia Vaillant w części poświęconej sprężystości psychicznej. Badania nad samoregulacją i pozytywnym zdrowiem psychicznym są ważne i w przyszłości powinny mieć pierwszeństwo.

Badania nad przywiązaniem wykazały, że w ciągu całego życia można wyodrębnić style przywiązania różniące się obecnością lub brakiem poczucia bezpieczeństwa, przy czym bezpieczne style przywiązania mają związek z lepszym przystosowaniem psychicznym [6]. Jednostki dysponujące bezpiecznymi stylami przywiązania (dzięki wrażliwości opieki rodzicielskiej we wczesnym okresie życia), wykształcają sobie wewnętrzne modele operacyjne własnej osoby i innych oparte na oczekiwaniu, że zawsze dostępni będą inni ludzie, którzy zaspokoją ich potrzeby przywiązania. Można sądzić, że taka pełna ufności dyspozycja stanowi kluczowy składnik pozytywnego zdrowia psychicznego. Obszar ten wymaga dalszych badań.

Połączenie w całościową strukturę obecnych modeli pozytywnego zdrowia psychicznego, które w swoim artykule omawia Vaillant, a także badania umożliwiające powiązanie takiego zintegrowanego modelu z inteligencją, temperamentem, cechami osobowości, samoregulacją i przywiązaniem, ugruntuje nasze rozumienie pozytywnego zdrowia psychicznego w kontekście dotychczasowej wiedzy o normalnym rozwoju w przebiegu całego życia, a także da nam naukowe podstawy do opracowania programów interwencji w celu wzmacniania pozytywnego zdrowia psychicznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Gardner H. Frames of mind: theory of multiple intelligences. New York: Basic Books,2004.
2. Killen M, Smetana J. Handbook of moral development. London: Psychology Press,2006.
3. Myers D, Eid M, Larsen R. Religion and human flourishing. In: Eid E, Larsen R (eds). The science of subjective well-being. New York: Guilford, 2008:323-46.
4. Bates J, Schermerhorn A, Goonight J. Temperament and personality through the lifespan. In: Lamb M, Freund A (eds). The handbook of lifespan development. Vol. 2.
5. Social and emotional development. NewYork: Wiley, 2010:208-53.
6. Forgas J, Baumeister R, Tice D. Psychology of self-regulation: cognitive, affective, and motivational processes. New York: PsychologyPress, 2009.
7. Cassidy J, Shaver P. Handbook of attachment,2nd ed. New York: Guilford, 2008.

Pozytywne zdrowie psychiczne w różnych kulturach w perspektywie teorii samodeterminacji

The self-determination theory perspective on positive mental health across cultures

KENNON M. SHELDON

Department of Psychology, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA

Vaillant przedstawia godny podziwu przegląd historycznych i aktualnych koncepcji „pozytywnego zdrowia psychicznego", szkicując siedem różnych modeli tego fortunnego stanu. Co ciekawe, chociaż w tytule artykułu postawiono pytanie, czy istnieje międzykulturowa definicja pozytywnego zdrowia psychicznego, Vaillant niewiele czasu poświęca kwestii międzykulturowości. Czy tych siedem modeli ma trafną reprezentację w innych kulturach? Tak naprawdę nie wiemy. Vaillant wprowadza dobrą metaforę mówiąc o wybitnych dziesięcioboistach: „Wszyscy dziesięcioboiści będą mieli wspólne pozytywne cechy – siłę mięśniową, szybkość, wytrwałość, zwinność i chęć rywalizacji, chociaż kombinacje tych cech mogą być różne". Sugeruje to, że pozytywne zdrowie psychiczne można charakteryzować w ten

sam podstawowy sposób we wszystkich kulturach, jeśli nawet w poszczególnych kulturach ilość czy proporcja w konfiguracji tych cech może być inna (np.. w jednych kulturach będzie więcej „siły", a w innych „szybkości"). Vaillant nie spekuluje jednak na temat tego, w jaki sposób różne typy kultur w mniejszym lub większym stopniu stanowiłyby świadectwo omawianych przez niego siedmiu koncepcji pozytywnego zdrowia psychicznego.

Aby rzucić więcej światła na te zagadnienia krótko omówię teorię samodeterminacji, czyli teorię zdrowia motywacyjnego, którą w ciągu ostatnich czterdziestu lat potwierdziło wiele badań empirycznych. Moim zdaniem jest to ósma (i być może najważniejsza) koncepcja zdrowia psychicznego [1-3]. Możliwe, że ta należąca do szerokiej kategorii „psychologii pozytywnej" teoria nie jest znana niektórym czytelnikom tego czasopisma. Jej zaletą jest, że dotyczy nie tylko tego, co pozytywne, ale także dążenia do uzyskania tego, co pozytywne w kontekście potencjalnie negatywnych warunków i ograniczeń. Teoria samodeterminacji zawiera też mocne, dobrze potwierdzone empirycznie twierdzenia dotyczące charakteru motywacji pozytywnej w różnych kulturach.

Teoria samodeterminacji zakłada, że nieodłączną cechą jednostki jest aktywność, znajdowanie motywacji wewnętrznych i postępowanie zgodne z nimi, a w tym procesie uczenie się, rozwój i rozkwit. Motywacje wewnętrzne pojawią się automatycznie, o ile tylko otoczenie je wspomaga (niestety, środowisko „kontrolujące" może taką motywację zniszczyć). Teoria ta zakłada również, że wszystkie istoty ludzkie mają trzy podstawowe potrzeby psychiczne związane z doświadczaniem, których zaspokojenie wspomaga motywację wewnętrzną, rozwój i zdrowie, tak samo jak zaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych wspomaga wzrost i zdrowie roślin [4]. Są to następujące trzy potrzeby: autonomii (niezależności, czyli potrzeba samoregulacji, decydowania o własnych działaniach i identyfikowania się ze swoim zachowaniem), kompetencji (potrzeba skutecznego działania, dążenie do doskonalenia umiejętności i mistrzostwa) oraz związków z ludźmi (*relatedness*, potrzeba odczuwania więzi psychicznej z innymi, ważnymi dla jednostki osobami; wspierania ich i otrzymywania wsparcia od nich].

Zauważmy, że te trzy potrzeby odpowiadają freudowskiej „Miłości i pracy", z jednym zastrzeżeniem – że praca musi być sensowna i samodzielnie wybrana. Te trzy potrzeby odpowiadają również omawianej w artykule Vaillanta definicji zdrowia psychicznego podanej przez Jahodę, według której zdrowie psychiczne obejmuje „autonomię (pozostawanie w kontakcie z własną tożsamością i uczuciami), inwestowanie w życie (samorealizację i nastawienie na przyszłość), sprawne rozwiązywanie problemów (trafne spostrzeganie rzeczywistości, odporność na stres, panowanie nad otoczeniem) oraz zdolność do miłości, pracy i zabawy". Zgodnie z teorią samodeterminacji inwestowanie w życie i nastawienie na przyszłość pojawiają się automatycznie, kiedy pozostałe trzy potrzeby są zaspokojone.

Według teorii samodeterminacji te trzy potrzeby wyłoniły się w drodze ewolucji, ponieważ ludzie, którzy dążyli do takich dóbr psychospołecznych, a po ich osiągnięciu otrzymywali wzmocnienia psychiczne, mieli wybiórczą przewagę nad tymi, którzy tego nie robili. Obszerna literatura badawcza potwierdza obecnie, że są to trzy podstawowe składniki zdrowia i dobrostanu, których ze względu na brak miejsca nie mogę tu szczegółowo omawiać. Tylko jeden przykład. W artykule z roku 2001 sprawdzano, w jakim stopniu dziesięć możliwych potrzeb psychicznych występuje (lub nie występuje) w podawanych przez ludzi opisach „zdarzeń najbardziej satysfakcjonujących" [5]. Najczęstsze okazały się w tym badaniu autonomia, kompetencja i potrzeba związków z innymi, natomiast hedonistyczna przyjemność, sukces finansowy, popularność/status, poczucie bezpieczeństwa, a nawet zdrowie fizyczne i samorealizacja nie były potrzebami podstawowymi według kryteriów tego badania.

Wracając do kwestii międzykulturowości – z twierdzenia, że są to podstawowe potrzeby, które pojawiły się w naturze człowieka w drodze ewolucji wynika, że powinny być uniwersalnie ważne w różnych kulturach. Literatura wyraźnie to potwierdza. Tylko jeden przykład – Sheldon i in. [6] stwierdzili, że te trzy potrzeby są predyktorami pozytywnych emocji i satysfakcji życiowej w jednakowym stopniu w dwudziestu różnych kulturach, m.in. afrykańskiej, azjatyckiej, europejskiej, latynoskiej i australo-azjatyckiej. W tym empirycznym podejściu przyjmuje się, że jakaś potrzeba kandydująca jest prawdziwą potrzebą wówczas, gdy stanowi predyktor emocji pozytywnych i subiektywnego dobrostanu (to dwie spośród siedmiu koncepcji pozytywnego zdrowia psychicznego omówionych przez Vaillanta).

W teorii samodeterminacji uważa się, że emocje pozytywne i subiektywny dobrostan są tylko produktami ubocznymi zaspokojenia potrzeb, natomiast same nie stanowią wskaźników zdrowia psychicznego. Faktycznie, zgodnie z teorią samodeterminacji można by przyjąć, że ostatecznie wszystkie formy zdrowia psychicznego są wspomagane przez zaspokojenie potrzeb psychicznych i powstają wskutek takiego zaspokojenia.

Jak zatem różnią się kultury pod względem zdrowia psychicznego? Zgodnie z teorią samodeterminacji, kultury różnią się stopniem zaspokajania podstawowych potrzeb ludzi, wobec czego jedne kultury będą (na ogół) lepiej funkcjonowały niż inne. Na przykład, potrzeba autonomii z reguły jest mniej wspomagana w społeczeństwach azjatyckich, co częściowo wyja-

śnia niższy poziom emocji pozytywnych i subiektywnego dobrostanu, jaki widzi się w tych kulturach.

Wracając do metafory dziesięcioboju, istnieją pewne kluczowe składniki zdrowia psychicznego związane z doświadczeniem. Ludzie psychicznie zdrowi we wszystkich społeczeństwach będą dawali świadectwo istnienia dużej liczby takich składników. Społeczeństwa będą się jednak różniły pod względem dokładnych proporcji, w jakich te składniki są dostarczane i wspomagane. Na przykład, w pracy z roku 2001 Sheldon i in. [6] wykazali, że w opisach „najbardziej satysfakcjonujących zdarzeń" podawanych przez osoby badane z Korei Południowej potrzeba związków z ludźmi była zaspokajana w większym stopniu niż potrzeba kompetencji, podczas gdy w USA kolejność była odwrotna. Tym niemniej, zarówno potrzeba kompetencji, jak pozostawania w związkach z ludźmi były w obu kulturach, w jednakowym stopniu predyktorami emocji pozytywnych.

Podsumowując, teoria samodeterminacji próbuje szczegółowo określić „składniki odżywcze" niezbędne dla wszystkich form zdrowia psychicznego, we wszystkich kulturach. Różnice indywidualne i kulturowe w zaspokajaniu potrzeb mogą wyjaśnić indywidualne i kulturowe różnice dotyczące wielu rodzajów pozytywnego zdrowia psychicznego [7].

PIŚMIENNICTWO

1. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
2. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In: John O, Roberts R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008: 654-78.
3. Sheldon KM. Optimal human being: an integrated multi-level perspective. New Jersey: Erlbaum, 2004.
4. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. J Pers 1995;63:397-427.
5. Sheldon KM, Elliot AJ, Kim Y et al. What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs. J Pers Soc Psychol 2001;80:325-39.
6. Sheldon KM, Cheng C, Hilpert J. Understanding well-being and optimal functioning: applying the Multilevel Personality in Context (MPIC) model. Psychol Inq 2011;22:1-16.
7. Sheldon KM. Integrating behavioral-motive and experiential-requirement perspectives on psychological needs: a two process perspective. Psychol Rev (in press).

Kliniczna rola dobrostanu psychicznego

The clinical role of psychological well-being

GIOVANNI A. FAVA

Department of Psychology, University of Bologna, Viale Berti Pichat 5, 40127 Bolonia, Włochy

Historycznie rzecz biorąc, w badaniach nad zdrowiem psychicznym zajmowano się przede wszystkim dysfunkcjami psychicznymi, a zdrowie uważano za brak choroby, a nie za obecność dobrostanu. Ryff i Singer [1] sugerują, że brak dobrostanu stwarza warunki prowadzące do nieodporności na możliwe przyszłe przeciwieństwa losu, i że droga do trwałego powrotu do zdrowia polega nie tylko na eliminowaniu tego, co negatywne, ale także na wywoływaniu tego, co pozytywne. Wyprowadzenie kogoś z negatywnego funkcjonowania jest jedną formą sukcesu, lecz pomoc w dążeniu do przywrócenia pozytywnego funkcjonowania jest czymś zupełnie innym.

George Vaillant słusznie wskazuje na względny udział i wrażliwość kulturową różnych modeli pozytywnego zdrowia psychicznego. Pojęcie zdrowia psychicznego jest jednak nierozerwalnie związane z koncepcją dobrostanu psychicznego. Kompleksowy model, który opracowała C. Ryff [2], integruje różne punkty widzenia. Obejmuje on sześć powiązanych ze sobą wymiarów psychologicznych: pozytywną samoocenę, poczucie ciągłego wzrostu i rozwoju, przekonanie, że życie ma cel i sens, posiadanie dobrych relacji z innymi, zdolność sprawnego kierowania własnym życiem, oraz poczucie samodeterminacji.

Model ten został potwierdzony przez szereg badań klinicznych. Ocena dobrostanu psychicznego przy użyciu skal dobrostanu psychicznego (*Psychological Well-Being Scales*) [2] ujawniła, że poziom tych wymiarów często bywa obniżony u pacjentów z zaburzeniami nastroju lub zaburzeniami lękowymi, u których po standardowym leczeniu farmakologicznym lub psychoterapeutycznym nastąpiła remisja [3]. Opracowano specyficzną strategię psychoterapeutyczną ukierunkowaną na zwiększenie dobrostanu psychicznego i sprężystości psychicznej, tzw. terapię dobrostanu (WBT, *well-being therapy*) opartą na koncepcji Ryff [2]. Metodę WBT sprawdzono w serii randomizowanych prób

kontrolowanych [3]. Stwierdzono, że w porównaniu z postępowaniem klinicznym (CM, *clinical management*) zastosowanie WBT oprócz standardowej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) u pacjentów z nawracającą depresją, którzy dobrze zareagowali na leczenie farmakologiczne, przyniosło istotnie mniejszą częstość nawrotów w ciągu 6 lat objętych badaniem katamnestycznym [5]. Ponadto stwierdzono, że w uogólnionych zaburzeniach lękowych sekwencyjne połączenie CBT i WBT daje wyższy stopień remisji (o czym świadczą wyniki w zarówno skalach dystresu, jak dobrostanu), niż sama CBT, i że korzystne wyniki utrzymują się w badaniu katamnestycznym po 2 latach [6].

Niedawno przeprowadzona randomizowana próba kontrolowana dotycząca cyklotymii [7] pogłębiła naszą wiedzę. Sześćdziesięciu dwóch pacjentów z zaburzeniem cyklotymicznym według kryteriów DSM-IV przydzielono losowo do grup, w których stosowano CBT/WBT lub postępowanie kliniczne. Po zakończeniu leczenia stwierdzono istotne różnice we wszystkich miarach wyników terapii, przy czym poprawa po leczeniu była większa w grupie CBT/WBT niż w grupie, w której stosowano postępowanie kliniczne. W badaniu katamnestycznym stwierdzono, że korzyści terapeutyczne utrzymywały się po 1 roku i po 2 latach. Wyniki te wskazują, że sekwencyjne połączenie CBT i WBT, terapii ukierunkowanych na oba skrajne bieguny wahań nastroju i współwystępującego lęku, przynosi istotną i utrzymującą się poprawę w zaburzeniu cyklotymicznym. Jak wynika z tego badania, największe znaczenie ma równowaga między różnymi wymiarami psychologicznymi.

Ryff i Singer [1] podkreślają arystotelesowską zasadę „złotego środka", unikania nadmiaru i skrajności. Dążenie do dobrostanu może być w rzeczywistości tak solipsystyczne i indywidualistyczne, że nie zostawi miejsca na związki z ludźmi i na dobro społeczne, albo też może być tak skoncentrowane na odpowiedzialności i obowiązkach poza własną osobą, że jednostka nie będzie miała szans ani na rozpoznanie, ani na rozwój swoich talentów i zdolności. Ryff i Singer [1] wysoko cenią zatem koncepcję równowagi, zarówno jako modelu teoretycznego, jak rzeczywistości empirycznej, którą uczeni zajmujący się dobrostanem powinni doceniać.

Z zastosowania modelu Ryff [2] w kategoriach zarówno diagnozy, jak leczenia wynika zatem, że optymalnie zrównoważony dobrostan bywa różny u różnych osób. Nie ma jakiegoś jednego sposobu na dobre samopoczucie (ludzie mają różne kombinacje mocnych i słabych stron, więc trzeba pracować z tym, co jest dostępne). Międzykulturowe implikacje tego modelu są zatem znaczne i powinny być uwzględnione w zaproponowanym przez Vaillanta układzie odniesienia. Co więcej, Ryff [2] podkreśla, że zasoby osobowościowe należy łączyć ze zmiennymi kontekstualnymi (takimi jak praca, życie rodzinne, więzi społeczne i warunki socjoekonomiczne). Głównym przesłaniem jest to, że osobowość, dobrostan i dystres współwystępują w różny sposób u różnych ludzi.

G. Engel [8] definiuje czynniki etiologiczne jako „czynniki, które albo obciążają, albo ograniczają wydolność układów odpowiedzialnych za wzrost, rozwój lub przystosowanie". W pozytywnym zdrowiu psychicznym należałoby zająć się owymi czynnikami etiologicznymi. Ocenę dobrostanu i strategie wspomagania dobrostanu, takie, jak WBT, powinno się włączyć do diagnostycznego badania klinicznego i do planów terapii [9].

PIŚMIENNICTWO

1. Ryff CD, Singer BH. Know thy self and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. J Happiness Stud 2008;9:13-39.
2. Ryff CD. Challenges and opportunities at the interface of aging, personality and wellbeing. In: John OP, Robins RW, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008:399- 418.
3. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. J Personality 2009; 77:1903-34.
4. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. J Affect Disord 2010;122:213-7.
5. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. Am J Psychiatry 2004;161:1872-6.
6. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. Psychother Psychosom 2005;74:26- 30.
7. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and Well-being Therapy in cyclothymic disorder. Psychother Psychosom 2011;80:136-43.
8. Engel GL. A unified concept of health and disease. Perspect Biol Med 1960;3:459-83.
9. Fava GA, Sonino N, Wise TN (eds). The psychosomatic assessment. New strategies for improving clinical practice. Basel: Karger, 2012.

Rozwój zdrowej osobowości a dobrostan

Healthy personality development and well-being

C. ROBERT CLONNINGER

Center for Well-Being, Washington University School of Medicine, 660 South Euclid Avenue, St Louis, MO 63110, USA

George Vaillant opisuje siedem koncepcji pozytywnego zdrowia psychicznego: efektywne funkcjonowanie, silne strony charakteru, dojrzałość, pozytywna równowaga emocjonalna, inteligencja społeczno-emocjonalna, zadowolenie z życia (prawdziwe szczęście) oraz sprężystość psychiczna. Przedstawione przezeń opisy świadczą o wybitnym wkładzie w epidemiologiczne badania nad zdrowiem psychicznym, a także o powiązaniach z psychoanalizą i psychologią pozytywną. Cenna jest również obserwacja, że wszystkie przedstawione koncepcje dobrostanu w dużej mierze się pokrywają.

Korelacje, jakie stwierdził Vaillant między empirycznymi miarami tych konstruktów wskazują, że powstałe na zasadzie sprzężenia zwrotnego interakcje między wielorakimi odrębnymi procesami wpływają na rozwój dobrostanu jako złożonego systemu adaptacyjnego (przystosowawczego) [1,2]. Rozwój dobrostanu musi obejmować taki złożony system adaptacyjny, ponieważ te same cechy osobowości mogą prowadzić do różnych końcowych stanów zdrowia (multifinalność), a różne zestawy cech osobowości mogą prowadzić do tego samego końcowego stanu zdrowia (ekwifinalność) [2]. Wobec tego liniowe modele stadiów rozwoju, takie jak proponowane przez Eriksona, Piageta i Kohlberga, są nieadekwatne.

Dynamika sprzężeń zwrotnych w zakresie dobrostanu ma optymistyczne implikacje dla zdrowia psychicznego, ponieważ oznacza, że do dobrostanu prowadzą rozmaite ścieżki, do których każdy może się dostosować, zależnie od właściwych sobie mocnych i słabych stron. Równocześnie taka złożona dynamika stanowi poważne wyzwanie, jeśli chodzi o walidację (sprawdzenie trafności) różnych metod do pomiaru składowych dobrostanu. Miary wszystkich siedmiu opisanych przez Vaillanta modeli dobrostanu są umiarkowanie skorelowane z wynikami w „Inwentarzu temperamentu i charakteru" (TCI, *Temperament and Character Inventory*), który mierzy dojrzałość (tzn. samosterowność i kooperatywności) oraz z niskim poziomem unikania szkód [3]. Niestety, nie rozumiemy jeszcze w pełni wariancji resztowej w sensie treści, struktury czy funkcji innych wymiarów osobowości, takich jak samotranscendencja i wytrwałość, chociaż dokonuje się postęp w tym zakresie [4-6].

Jednak z dynamicznego charakteru procesów wspomagających dobrostan wynika, że samotranscendencja ma zasadnicze znaczenie dla rozkwitu zdrowia wraz z dojrzałością, integralnością, mądrością, sprężystością psychiczną i twórczością. Można systematycznie badać związki między spiralą dojrzałości według Eriksona i Vaillanta a rozwojem trzech cech osobowości: samosterowności, kooperatywności i samotranscendencji [1]. Podobnie jak Vaillant, autorzy DSM-5 proponują ogólną definicję zdrowej osobowości w kategoriach odnoszących się do samosterowności i kooperatywności. W DSM-5 pomija się jednak samotranscendencję, chociaż wszystkie te trzy cechy charakteru są ważne dla prognozowania fizycznych, psychicznych i społecznych składowych zdrowia i szczęścia [3]. Samotranscendentny aspekt jedności jest tak naprawdę najważniejszy dla rozwoju zdrowej osobowości, nawet jeśli w kulturach materialistycznych bywa dezawuowany. Na przykład, G. Allport, zwolennik psychologii humanistycznej, stwierdził: „Podstawowe egzystencjalistyczne dążenie do wzrostu, poszukiwania sensu i jedności, jest także czymś oczywistym. To ważny fakt – jeszcze bardziej wyrazisty w naturze człowieka niż jego skłonność do poddawania się naciskom otoczenia" [7]. Uznając potrzebę zachowywania dynamicznej równowagi między autonomią a koherencją (spójnością), Allport opisał cechy dojrzałości psychicznej jako przystosowawczego zestawu siedmiu funkcji, obejmującego: (a) rozszerzanie granic własnej osoby (*self-extension*; autentyczne i trwałe zaangażowanie w ważne aktywności życiowe, takie, jak praca, życie rodzinne czy działalność na rzecz społeczności), (b) sprawdzone sposoby nawiązywania ciepłych relacji z innymi, jak tolerancja, empatia, zaufanie i autentyczność, (c) samoakceptacja lub poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego (zdolność do regulowania własnych stanów emocjonalnych i życia z nimi), (d) realistyczne spostrzeganie i ocena (widzenie świata takim, jaki jest, w przeciwieństwie do przyjmowania postawy obronnej lub zniekształcania rzeczywistości tak, by odpowiadała naszym życzeniom), (e) koncentracja na problemie (zaradność w rozwiązywaniu problemów), (f) obiektywizacja własnej osoby (samoświadomość umożliwiająca człowiekowi poznanie siebie samego, wnikliwie i z poczuciem humoru), (g) jednocząca filozofia życia, umożliwiająca zrozumienie i integrację własnych celów i wartości [7]. Według Allporta zdrowy człowiek stale dąży do konsolidacji osobowości przez zintegrowanie wszystkich aspektów swego życia.

Zainspirowana przedstawionymi przez Allporta i innych humanistów opisami dojrzałości psychicznej, C. Ryff opracowała rzetelne metody pomiaru

składowych zdrowia psychicznego, nazywanego przez nią dobrostanem psychicznym [8]. Miary opracowane przez Ryff pomogły wyróżnić psychobiologiczne korelaty dobrostanu i złego samopoczucia [9]. Wyniki jej badań empirycznych wskazują, że brak objawów zaburzeń psychicznych nie zapewnia obecności emocji pozytywnych, satysfakcji życiowej czy innych wskaźników dobrostanu. Niestety, to, co proponuje Ryff, nie jest adekwatną miarą samotranscendencji czy jednoczącej filozofii życia. Jej metody pomiaru w umiarkowanym stopniu wyjaśniane są przez wysoki poziom samosterowności i kooperatywności oraz niski poziom unikania szkód. Opracowany przez Ryff wskaźnik rozwoju osobistego (*personal growth*) jest dodatnio skorelowany z samotranscendencją, lecz to tylko słaba korelacja [10]. Adekwatny model dobrostanu wymagałby lepszego zrozumienia roli samotranscendencji [5]. W odróżnieniu od postawy obronnej i wymagającej wysiłku kontroli, aspekt jedności przejawia się w takich rodzajach aktywności, jak płynność ruchów sportowca, improwizacja w komponowaniu muzyki, pełne ufności spostrzeganie wsparcia społecznego oraz hojne darowizny na dobroczynność – każde z tych zachowań wiąże się z aktywacją tych części mózgu, zwłaszcza biegunów przedczołowych, które w trakcie ewolucji ukształtowały się najpóźniej [11]. Aktywacja przedniej części kory przedczołowej wywołuje uczucie satysfakcji nawet wówczas, gdy antycypuje się przykrości lub poświęca się coś, co jest dla nas osobiście ważne.

Podsumowując, koncepcje Vaillanta mogą pomóc ludziom w zastanowieniu się nad treścią i funkcjami składowych dobrostanu. Znacznie więcej pracy wymaga opracowanie empirycznych metod pomiaru, umożliwiających rzetelne różnicowanie poszczególnych procesów wspomagających rozwój zdrowej osobowości i dobrostanu. Musimy lepiej zrozumieć zasadniczą rolę, jaką odgrywa samotranscendencja i inne wymiary osobowości w rozwoju zdrowia i szczęścia [3,5]. Wielką wadą wyłaniających się klasyfikacji zaburzeń psychicznych jest to, że wcale nie lub w niewielkim stopniu uwzględniają wiedzę naukową dotyczącą dobrostanu. Wyrazy uznania należą się George Vaillantowi i kierownictwu *World Psychiatry* za wzbudzenie tej cennej dyskusji o dobrostanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Cloninger CR. Feeling good: the science of well-being. New York: Oxford University Press, 2004.
2. Cloninger CR, Cloninger KM. Person-centered therapeutics. International Journal of Person-centered Medicine 2011; 1:43-52.
3. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and. the perception of health and happiness. J Affect Disord 2011;128:24-32.
4. Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S et. al. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood and anxiety disorders. J Affect Disord (in press).
5. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M et. al. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a population based study. J Affect Disord 2011;133:265- 73.
6. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and. its disorders. World Psychiatry 2006;5:71-6.
7. Allport GW. Patterns and growth in personality. New York: Holt, Rinehart, & Winston,. 1961.
8. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc. Psychol 1995;69:719-27.
9. Ryff CD, Dienberg Love G, Urry HL et al. Psychological well--being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? Psychother Psychosom 2006; 75:85-95.
10. Rozsa S, Cloninger CR. Personality and well-being. In preparation.
11. Cloninger CR. The evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness. Aust N Z J Psychiatry. 2009; 43:994-1006.

Co to jest zdrowie i co jest pozytywne? ICF jako rozwiązanie

What is health and what is positive?The ICF solution

MICHAEL LINDEN

Charité University Medicine, Berlin oraz Rehabilitation Centre Seehof
of German Federal Pension Agency, Teltow/Berlin, Niemcy

Kiedy mówi się o zdrowiu pozytywnym, zasadnicze znaczenie ma wyjaśnienie pojęć i definicji. Vaillant przedstawia całe spektrum odpowiedzi, lecz równocześnie jego artykuł budzi jeszcze więcej pytań, które wymagają szczegółowego omówienia.

Pierwsze pytanie, które wymaga wyjaśnienia, brzmi: co rozumie się przez „zdrowie”? Oprócz tego, co omawia Vaillant, trzeba zdefiniować, co się rozumie przez termin „pozytywne”, oraz czy pojęcia „pozytywne” i „zdrowie” są synonimami. Vaillant mówi

o osobach wyjątkowych, jak astronauci czy najlepsi zawodnicy w dziesięcioboju. Sugeruje to, że zdrowie pozytywne jest czymś innym niż zdrowie jako takie, czyli zdrowie zwykłych ludzi. Jeśli o to mu chodziło, powstaje pytanie, kogo interesują skrajne stany zdrowia i czy w ogóle można je nazwać zdrowiem? Czy zniekształcone serce sportowca jest zdrowe, czy chore, ponieważ może go zabić, chociaż chwilowo pomaga mu osiągać wysokie wyniki w sporcie? A czy uporczywego poczucia szczęścia i dobrostanu nie nazywa się hipertymią? Zatem na podstawie jakiego kryterium powiada się, że coś jest „zdrowe"? Potrzebujemy norm i Vaillant ma rację mówiąc, że nie można ich oprzeć ani na rozkładzie wyników, ani na poziomie osiągnięć.

Drugie pytanie, które wymaga klaryfikacji, dotyczy związku między zdrowiem a chorobą. Vaillant powiada, że „choroba psychiczna jest stanem, który można rzetelnie zdefiniować", a następnie przeciwstawia chorobę psychiczną „pozytywnemu zdrowiu psychicznemu". Wbrew tradycyjnemu poglądowi, że „zdrowie" i „choroba" stanowią dwa krańce jednowymiarowego kontinuum, Vaillant proponuje koncepcję dwuwymiarową, np. mówiąc o światowej klasy piłkarzu z nogą złamaną w kostce, który jest jednocześnie chory i zdrowy. Założenie, że zdrowie i choroba są dwoma niezależnymi wymiarami pozwala badać interakcję między nimi, i nie tylko mierzyć osobno zdrowie i chorobę, ale także stosować postępowanie specyficzne dla zdrowia i dla choroby. Zwłaszcza w leczeniu choroby przewlekłej, jak zawał mięśnia sercowego, rak czy zaburzenie lękowe, w wielu przypadkach problemem jest nie tyle sama choroba, ile pogorszenie zdrowia wskutek choroby. Nazwaliśmy to „zespołem kukułczego jaja". Aby mieć piękny ogród nie wystarczy powyrywać chwasty (postępowanie wobec choroby), ale trzeba także posadzić kwiaty (poprawianie zdrowia). Istnieje długa lista dobrze ocenionych interwencji mających na celu poprawę zdrowia, którym nadaliśmy zbiorczą nazwę „salutoterapii" [1].

Trzecia kwestia, jaką należy wyjaśnić, dotyczy tego, jakie wymiary obejmuje termin „zdrowie". Vaillant wymienia siedem obszarów badań psychologicznych, lecz istnieją też inne interesujące koncepcje, m.in. osobowość, inteligencja poznawcza (nie tylko inteligencja emocjonalna), czynności dnia codziennego, zdolność do pracy (*workability*), radzenie sobie, kompetencja społeczna, poczucie własnej skuteczności, adaptacja, psychologia celu w życiu, psychologia mądrości, jakość życia, poczucie koherencji [2-5]. Są to również ważne wymiary opisywane w psychologii zdrowia, a każdy z nich został potwierdzony przez liczne badania. I jeszcze jedno pytanie – dlaczego dyskutuje się tylko nad konstruktami psychologicznymi? Czy nie ma biologicznych lub somatycznych wymiarów zdrowia psychicznego? [6].

Podsumowując, wniosek jest taki, że problemy ze zdrowiem są takie same jak z chorobą. Nie ma ogólnej definicji ani choroby, ani zdrowia, która uwzględniałaby wszystkie aspekty. Istnieje wiele chorób, które mają zupełnie różne definicje i kryteria, i podobnie powinniśmy mówić o wielu różnych formach zdrowia. W tym kierunku idzie w strukturze swego artykułu Vaillant, ponieważ omawia nie zdrowie, lecz sprężystość psychiczną, dobrostan, itd.. Wszystko to są niewątpliwie ważne i przydatne wymiary, ale nie jest to „zdrowie jako takie".

Czy jest jakiś sposób, aby odpowiedzieć na te otwarte pytania i dojść do „diagnozy różnicowej" zdrowia? *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia [7] może służyć za układ odniesienia w celu klasyfikacji zdrowia, tak samo jak ICD służy do klasyfikacji chorób. ICF opisuje „zdrowie funkcjonalne", różnicując między funkcją, wydolnością (zdolnością), środowiskiem, osobą, a uczestnictwem. Wydolność (zdolność) określa się przez odniesienie do czynników kontekstu, co rozwiązuje problem norm [8]. Analogicznie postępuje się w testach inteligencji, gdzie iloraz inteligencji oblicza się także na podstawie np. wieku i wykształcenia. ICF uwzględnia funkcje somatyczne i psychiczne, oraz zawiera listę czynności i czynników kontekstualnych, a także zalecenia dotyczące ich oceny. ICF stanowi ramę, w której można pomieścić wszystkie rozmaite koncepcje omawiane przez Vaillanta. Wynika z tego, że nie musimy szukać „tej jedynej" definicji zdrowia, ponieważ istnieje wiele „zdrów", które stają się interesujące dla terapeutów zawsze wtedy, gdy są potrzebne, zagrożone lub upośledzone u danej jednostki i w określonym czasie [8-10].

PIŚMIENNICTWO

1. Linden M, Weig W (eds). Salutotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009.
2. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996;11:11-8.
3. Cantor N, Kihlstrom J.F. Personality and social intelligence. Englewood: Prentice Hall, 1987.
4. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. Psychopharmacol Bull. 1997;33:13-6.
5. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck. GL et al. Relationship between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Int J. Soc Psychiatry 2007;53:36-47.
6. Hellhammer D, Hellhammer J. Stress: the brain-body connection. Basel: Karger, 2008.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health. Organization, 2001.

8. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. (Mini-ICF-APP). Göttingen: Huber, 2009.
9. Baron S, Linden M. The role of the "International. Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the classification of mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 255:81-5.
10. Linden M, Baron S, Muschalla B. Capacity according to ICF in relation to work related attitudes and performance in psychosomatic patients. Psychopathology 2010;43: 262-7.

Subiektywny pozytywny dobrostan

Subjective positive well-being

PER BECH

Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre, North Zealand, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerød, Dania

Spośród siedmiu modeli pozytywnego zdrowia psychicznego, które tak klarownie opisuje George Vaillant w tym numerze *World Psychiatry*, trafność międzykulturową ma model subiektywnego dobrostanu, który odzwierciedla pozytywny ton proponowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicji zdrowia. Faktycznie, sam Vaillant przytacza jedno proste pytanie „Co sądzisz o całym swoim życiu?", jako propozycje takiej międzykulturowo trafnej metody pomiaru.

W Skali Jakości Życia WHO (WHOQOL, *WHO Quality of Life Scale*) inne „globalne" pytanie brzmi: „Jak oceniłbyś swoją jakość życia?". Jakość życia mierzy się przy użyciu skali „dwubiegunowej", zawierającej takie kategorie odpowiedzi, jak „zła', „ani zła, ani dobra", i „dobra" [1]. Przydatność WHOQOL stwierdzono w wielu badaniach międzykulturowych.

Pod koniec lat 70. w *Index Medicus* zaakceptowano samoopisowe skale jakości życia jako metodę oceny wyników w badaniach klinicznych. Skalami najczęściej używanymi w latach 80. i 90. były: *Psychological General Well-Being Scale* (Skala ogólnego dobrostanu psychicznego) [2] oraz zawierający 36 pozycji kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia SF-36, (*Short-Form 36-item health survey*) [3]. W analizach psychometrycznych tych skal zidentyfikowano czynniki zdrowia fizycznego w odróżnieniu od zdrowia psychicznego. Później opracowano Indeks dobrostanu WHO-5 (*WHO-Five Well-Being Index*) do pomiaru pozytywnego zdrowia psychicznego [4]. Skala WHO-5 składa się z następujących pięciu stwierdzeń: jestem (a) pogodny i w dobrym nastroju, (b) spokojny i zrelaksowany (odprężony), (c) aktywny i pełen energii, (d) świeży i wypoczęty, kiedy się budzę oraz (e) zainteresowany codziennymi czynnościami. Kwestionariusz dotyczy ostatnich dwóch tygodni, a odpowiedzi na skali Likerta mieszczą się w przedziale od „cały czas" do „w żadnym momencie". Podobnie jak w SF-36, wynik globalny w WHO-5 wynosi od 0 do 100, przy czym wysokie wyniki oznaczają lepsze samopoczucie (większy dobrostan). Obniżenie pozytywnego dobrostanu mierzonego za pomocą WHO-5 jest czułym wskaźnikiem problemów ze zdrowiem psychicznym [5], a w próbach klinicznych za cel leczenia przyjmuje się podwyższenie wyników do poziomu średnich wyników w populacji ogólnej, tzn. do ok. 70 punktów [6].

Subiektywny dobrostan psychiczny lub związaną ze zdrowiem jakość życia często uważa się za kwestię raczej indywidualistyczną, osobistą czy idiograficzną, z czego wynika, że bardzo trudno otrzymać definicję międzykulturową. Jak omówiono to gdzie indziej [7], subiektywny dobrostan można by przede wszystkim uznać za autorefleksyjny, prywatny język, w którym człowiek porozumiewa się ze sobą od chwili przebudzenia, spostrzegając i planując dzień, mając apetyt emocjonalny na rozpoczęcie dnia. Badania prowadzone na całym świecie wykazały jednak, że WHO-5 obejmuje podstawowe formy dobrostanu spostrzeganego w życiu, umożliwiając przekład owego prywatnego języka na prosty język komunikacji [6,7].

W tabeli 1 swego artykułu Vaillant wykazuje, że subiektywny dobrostan jest rzeczywiście prognostyczny dla obiektywnego zdrowia psychicznego i że w porównaniu z innymi modelami pozytywnego zdrowia ma najwyższy współczynnik korelacji w okresie 15 lat. W analizie przeżycia pacjentów kardiologicznych obejmującej okres 6 lat stwierdzono, że trafność prognostyczna WHO-5 jest również wysoka [8].

Vaillant powiada, że „środki chemiczne mogą złagodzić chorobę psychiczną, lecz nie poprawiają funkcji zdrowego mózgu". W badaniach skuteczności leków przeciwdepresyjnych wprowadzono ostatnio trójkąt farmakopsychometryczny [6, 7, 9]. Wyniki leczenia środkami psychofarmakologicznymi uległy zatem triangularyzacji. Leki przeciwdepresyjne

z założenia nie mają bezpośrednio wpływać na obniżoną jakość życia, mają natomiast leczyć chorobę depresyjną (A), wywołując możliwie jak najmniej skutków ubocznych (B). Kiedy równowagę między (A) i (B) oceniają sami pacjenci za pomocą takich skal subiektywnego dobrostanu, jak WHO-5 (C), gdzie celem jest podwyższenie wyników do poziomu średnich wyników w populacji ogólnej [6], leki przeciwdepresyjne, jak konkluduje Vaillant, nie wzmacniają zdrowia psychicznego tak, by jego wskaźniki znalazły się powyżej tego poziomu. Czterdzieści lat temu wybitny amerykański psychofarmakolog, L. Hollister [6], nauczył mnie, że kiedy farmaceutykami przeciwdepresyjnymi leczy się mężczyznę w wieku 35 lat z powodu epizodu dużej depresji, możemy obniżyć jego wyniki w kwestionariuszach depresji do poziomu remisji w ciągu 6 tygodni, a potem możemy mieć nadzieję, że kontynuując terapię w celu zapobieżenia nawrotom wyprowadzimy go z tego epizodu depresji. Natomiast nie jesteśmy w stanie zmienić tego pacjenta w wybitnego skrzypka, jeśli przed leczeniem nigdy nie miał skrzypiec w ręce.

W dziedzinie medycyny klinicznej, jako psychiatrzy robimy, co tylko możemy, aby u naszych pacjentów cierpiących na choroby psychiczne przywrócić funkcje mózgu, przyjmując subiektywny dobrostan za podstawowy cel leczenia w trójkącie farmakopsychometrycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res 2004;13:299-310.
2. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.
3. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993;31:247-63.
4. Bech P, Olsen LR, Kjoller M et al. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF- 36 Mental Health subscale and the WHOFive Well--Being Scale. Int J Methods Psychiatr Res 2003;12:85-91.
5. Henkel V, Mergl R, Kohnen R et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ 2003;326:200-1.
6. Bech P. Clinical psychometrics. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
7. Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle. Acta Psychiatr Scand 2009; 120:400- 9.
8. Birket-Smith M, Hansen BH, Hanash JA et al. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients – 6-year survival. J Psychosom Res 2009;67:5-10.
9. Bech P, Fava M, Trivedi MH et al. Outcomes on the pharmacopsychometric triangle in bupropion-SR vs. buspirone augmentation of citalopram in the STAR*D trial. Acta Psychiatr Scand 2012;125:342-8.

Problemy w definicjach pozytywnego zdrowia psychicznego

Problems in the definitions of positive mental health

HASSE KARLSSON

University of Turku, Finlandia

Chciałbym pogratulować George Vaillantowi wyważonej prezentacji i wnikliwego omówienia siedmiu głównych modeli pozytywnego zdrowia psychicznego. Artykuł ten wprawdzie ma wiele zalet, lecz budzi też kilka pytań. Ze względu na brak miejsca, skupię się tylko na paru z nich.

Po pierwsze, nie zgadzam się ze stwierdzeniem Vaillanta, że granice zaburzeń psychicznych są stosunkowo wyraźne. Uważam, że jednym z głównych problemów we współczesnej psychiatrii jest niejasność granic diagnostycznych. Podam tylko jeden przykład: niedawno wykazaliśmy, że zmiana progu tylko jednego pytania w wywiadzie diagnostycznym spowodowała duże zmiany wskaźników rozpowszechnienia epizodu dużej depresji [1]. Przy progu sformułowanym „obniżony nastrój przez cały dzień" otrzymano wskaźnik rozpowszechnienia wynoszący 4,7%, natomiast przy progach „obniżony nastrój przez większą część dnia" lub „przez co najmniej pół dnia" wskaźniki rozpowszechnienia wynosiły odpowiednio 9,2% i 11,9%. Dokładnie ten sam problem niejasnych granic odnosi się oczywiście także do pozytywnego zdrowia psychicznego.

Trudność zdefiniowania pozytywnego zdrowia psychicznego widać na przykładzie wyraźnych niedostatków wielu definicji. W tych definicjach funkcjonowanie powyżej normy, obecność silnych stron człowieka, pozytywne emocje i subiektywny dobrostan wymienia się jako kryteria. Jeśli jednak główne założenie teoretyczne głosi, że pozytywne zdrowie

psychiczne jest czymś więcej niż tylko niewystepowaniem choroby psychicznej, to stwierdzenie, że te cechy stanowią podstawę pozytywnego zdrowia psychicznego jest problematyczne, ponieważ ich brak wysoko koreluje z chorobą psychiczną.

Z perspektywy krajów skandynawskich zwłaszcza koncepcja „duchowości" jako jednego z komponentów pozytywnego zdrowia psychicznego wydaje się dziwna. Kraje skandynawskie są prawdopodobnie bardziej świeckie niż większość innych krajów świata. Dla fińskiego naukowca takiego jak ja, używanie słów w rodzaju „wiara" i „duchowość" w kontekście pozytywnego zdrowia psychicznego brzmi bardzo dziwnie.

Definicja duchowości zmieniała się z upływem lat [2]. Jeśli „duchowość" oznacza tu religijność, to moim zdaniem wiązanie pozytywnego zdrowia psychicznego z jakakolwiek ideologią jest niesłuszne. Mogłoby implikować, że ludzie bez skłonności religijnych nie mogą być tak zdrowi psychicznie jak ci, których charakteryzuje „duchowość". O ile mi wiadomo, nie ma badań, które pokazywałyby, że agnostycy czy ateiści mają gorsze zdrowie psychiczne niż ludzie „uduchowieni".

Jeśli natomiast przyjmie się szerszą definicję duchowości, to rzeczywiście istnieją badania wskazujące, że duchowość ma związek ze zdrowiem psychicznym. Ale problem polega na tym, że współczesne metody pomiaru „duchowości" tak naprawdę mierzą takie rzeczy, jak poczucie celu i sensu w życiu, więzi społeczne, optymizm, harmonia, pogoda ducha i ogólny dobrostan [2,3]. Tautologia jest oczywista, ponieważ pacjenci cierpiący na choroby psychiczne zwykle tych cech nie przejawiają w okresie choroby. Nic zatem dziwnego, że te miary są dodatnio związane ze zdrowiem psychicznym.

Definicje dojrzałości i inteligencji społeczno-emocjonalnej są moim zdaniem mniej problematyczne, lecz ich wada polega na tym, że ograniczają się do sfery psychologicznej. Jeśli przyjmiemy, że takie właściwości, jak zdolność do miłości, moralności, generatywności, rozwiązywania konfliktów i negocjacji należą do zasadniczych cech pozytywnego zdrowia psychicznego, to być może powinniśmy uwzględnić w definicji dowody na to, że owe zdolności są urzeczywistniane w życiu codziennym. Wówczas trzeba by było definiować pozytywne zdrowie psychiczne w kategoriach, na przykład, działań na rzecz społeczeństwa, które jest bardziej egalitarne, a mniej rywalizacyjne i wyzyskujące niż większość naszych społeczeństw w obecnych czasach.

I ostatni komentarz: uważam, że zdrowie fizyczne ostatecznie definiowane jest w kategoriach biologicznych. Jeśli korzenie psychiki człowieka są w mózgu, to czy ostateczna definicja pozytywnego zdrowia psychicznego nie powinna opierać się na optymalnym funkcjonowaniu mózgu? Pewne refleksje na ten temat znajdują się w artykule Vaillanta, kiedy omawia modele emocji pozytywnych i inteligencji społeczno-emocjonalnej. Wprawdzie jestem pewien, że neurobiologia wniesie w przyszłości istotny wkład w tę dyskusję, nie wierzę jednak, że któregoś dnia będziemy mieli jednoznaczny neurobiologiczny opis optymalnego funkcjonowania mózgu stanowiący podstawę pozytywnego zdrowia psychicznego. Według mego rozeznania, po pierwsze dlatego, że to, co „psychiczne" wykazuje właściwości wynikające z funkcjonowania mózgu [zob. 4]. Po drugie, definicje są i powinny być do pewnego stopnia zależne od kontekstu. Pozytywne zdrowie psychiczne jest nie tylko właściwością określonej jednostki, ale pozostaje pod ogromnym wpływem zjawisk społecznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Karlsson L, Marttunen M, Karlsson H et al. Minor change in diagnostic threshold leads into major alteration in the prevalence estimation of depression. J Affect Disord 2010;122:96-101.
2. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. J Nerv Ment Dis 2008;196:349-55.
3. Salander P. Who needs the concept of "spirituality"? Psycho-oncology 2006;15:647-9.
4. Karlsson H, Kamppinen M. Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy. Br J Psychiatry 1995; 167:434-8.
5. Van Lente E, Barry MM, Molcho M et al. Measuring population mental health and social well-being. Int J Public Health (in press).

Pozytywne zdrowie psychiczne: przestroga

Positive mental health: a note of caution

DAN J. STEIN

Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Afryka Południowa

Koncepcja pozytywnego zdrowia psychicznego jest niewątpliwie „zbyt ważna, by można ją było pominąć". Jednocześnie Vaillant w swoim skłaniającym do myślenia artykule stwierdza, że „badania nad pozytywnym zdrowiem psychicznym wymagają środków ostrożności". Chciałbym to podkreślić dwie sprawy – że pozytywne zdrowie psychiczne nadal jest pojęciem rozmytym (*fuzzy*) i kwestionowanym, oraz że obecnie istnieje niewiele danych dotyczących interwencji prowadzonych przez klinicystów w sferze pozytywnego zdrowia psychicznego.

Chociaż Vaillant oddaje nam przysługę przedstawiając różne modele konceptualizacji pozytywnego zdrowia psychicznego, mnogość tych modeli wyraźnie pokazuje, że jest to konstrukt kwestionowany. Wprawdzie mamy jakąś zgodność poglądów w sprawie granic typowych zaburzeń fizycznych, lecz zgoda co do pojęcia sprawności fizycznej jest prawdopodobnie mniejsza. Przecież definicje sprawności fizycznej w dużej mierze zależą od danej jednostki oraz od rodzaju aktywności, dla której określa się sprawność [1]. Podobnie, chociaż istnieje w pewnym stopniu zgodny pogląd dotyczący granic typowych zaburzeń psychicznych [2], przypuszczalnie mniejsza jest zgodność stanowisk w sprawie granic pozytywnego zdrowia psychicznego.

Zważywszy na potencjalne ważną rolę pozytywnego zdrowia psychicznego, jak mamy dojść do konsensu? Vaillant opowiada się za terminami wrażliwymi kulturowo i niewykluczającymi. Wprawdzie taki cel wydaje się godny pochwały, lecz kultury mogą się gruntownie mylić w sprawie konstruktów naukowych. Innym podejściem mogłoby być oparcie się na teorii ewolucyjnej, podobnie jak zrobiono to w niektórych ujęciach zaburzenia [3]. Jeśli jednak uwzględni się oczywistą plastyczność natury ludzkiej, teoria ewolucyjna może podkreślać taką właśnie plastyczność, nie zaś specyficzne, stałe, uniwersalne cechy zdrowia psychicznego. Co więcej, wbrew temu, co powiada Vaillant, teoria ewolucyjna podkreśla, że emocje negatywne mogą być użyteczne, natomiast emocje pozytywne bywają nieprzystosowawcze [4].

Jeśli chodzi o zaburzenia, w przypadku typowych stanów chorobowych (np. ostrego zakażenia) prawdopodobnie będzie powszechna zgoda, że jest to stan szkodliwy, że poszczególne jednostki nie są odpowiedzialne za ten stan i że zasługuje on na interwencję lekarską. W przypadku stanów atypowych (np. nadmiernego spożycia alkoholu) zarówno między różnymi czasami, jak różnymi miejscami prawdopodobne są jednak znaczne różnice zdań co do tego, czy jest to stan szkodliwy, czy poszczególne jednostki są za ten stan odpowiedzialne, i czy zasługuje on na interwencję lekarską [5]. Rozsądną decyzję można jednak podjąć na podstawie argumentów za i przeciw zaliczeniu określonego atypowego stanu do kategorii zaburzeń medycznych.

Podobnie, jeśli chodzi o pozytywne zdrowie psychiczne, prawdopodobna jest znaczna jednomyślność w sprawie niektórych typowych komponentów (np. odporności na stres – sprężystości psychicznej) [6], ale i kontrowersje dotyczące komponentów bardziej atypowych (np. konsolidacji kariery zawodowej). W wielu regionach wysoki poziom bezrobocia i inne czynniki społeczne mogą uniemożliwiać przekształcenie „roboty" w „karierę". Podobnie jak w przypadku zaliczania określonych stanów do kategorii zaburzeń psychicznych, rozsądną decyzję można podjąć na podstawie dokładnej oceny odpowiednich faktów i wartości [5].

Jeśli chodzi o interwencje w sferze pozytywnego zdrowia psychicznego, z łatwością zgodzimy się, że chirurdzy plastyczni, którzy pomagają leczyć dzieci z ciężkimi zniekształceniami ciała, są lekarzami. Z łatwością zgodzimy się też, że chirurg, który podejmuje się operacji, aby upodobnić określoną osobę do jej ulubionej gwiazdy filmowej, nie jest lekarzem, a szarlatanem [7]. I możemy zasadnie dyskutować, czy wykonywanie operacji z zakresu chirurgii plastycznej w celu poprawienia wyglądu w określony sposób określonym osobom to uprawianie zawodu lekarza, czy szarlataneria.

Podobnie, jeśli chodzi o pozytywne zdrowie psychiczne, klinicyści zajmujący się zdrowiem psychicznym mogą być w sposób uzasadniony zainteresowani kluczowymi aspektami (np. odpornością czy sprężystością psychiczną po doznaniu traumy). Trudniej byłoby uzyskać jednomyślną zgodę na to, że klinicyści zajmujący się zdrowiem psychicznym, którzy pomagają ludziom, powiedzmy, „dostroić się do energii wszechświata", nie są lekarzami, ale szarlatanami. Znowu jednak możemy zasadnie dyskutować o tym, czy określone interwencje ukierunkowane na zdrowie psychiczne to leczenie, czy szarlataneria.

Taka dyskusja częściowo dotyczy trafności celów oddziaływania (np. zabieg chirurgiczny w celu

upodobnienia pacjentki do ulubionej gwiazdy filmowej nie wydaje się kwestią zdrowotną), a częściowo relacji koszt-efektywność (np. społeczeństwo może być w stanie ponosić koszty operacji plastycznych w przypadkach ciężkiego zniekształcenia ciała, ale nie zabiegów upiększających). Podobnie, społeczeństwo może zdecydować, że należy skupić się na leczeniu pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, lecz nie będzie skłonne pokrywać kosztów interwencji klinicznych wzmacniających sprężystość psychiczną.

Warto zauważyć, że wiele interwencji może potencjalnie pomóc ludziom rozkwitnąć psychicznie, m.in. edukacja, kontakt ze sztuką itp. Faktycznie, coraz bogatsza literatura poświęcona jest pracom teoretycznym na temat sensu życia [8] oraz badaniom empirycznym nad dobrostanem i szczęściem [9-11]. W tej sytuacji dyskusyjną kwestią jest to, czy interwencje w celu poprawienia pozytywnego zdrowia psychicznego koniecznie muszą wchodzić w zakres kompetencji klinicystów zajmujących się zdrowiem psychicznym.

Co więcej, empiryczne badania kosztów interwencji i uzyskanych korzyści są potrzebne, aby dać podstawy do podejmowania decyzji. Vaillant twierdzi, że interwencje psychofarmakologiczne u ludzi zdrowych są negatywne. Niezwykle duża część populacji używa substancji psychotropowych w celu wzmocnienia zdrowia psychicznego [12]. Nie ma jednak powodu, aby *a priori* wnioskować, że takie środki są zawsze szkodliwe. Tak naprawdę ze względu na dużą zmienność genetyczną odpowiedź poszczególnych osób na takie leki może być bardzo różna [13].

Vaillant uważa, że możemy wzmacniać zdrowie psychiczne stosując metody poznawcze, behawioralne i psychodynamiczne. Brak jednak danych empirycznych dotyczących relacji koszt-efektywność i skuteczności interwencji ukierunkowanych na pozytywne zdrowie psychiczne. Można twierdzić, że odpowiednie odżywianie i ćwiczenia fizyczne prawdopodobnie należą do najskuteczniejszych i najbardziej efektywnych w stosunku do kosztów interwencji ukierunkowanych na zdrowie psychiczne [14]. Pewniejsza jest jednak potrzeba dalszych badań w tym zakresie.

Konkludując, debata tocząca się na forum zdrowia publicznego często dotyczy nie zaburzeń psychicznych, lecz raczej zdrowia psychicznego, czego przykładem może być hasło Światowej Organizacji Zdrowia; „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego". Taka retoryka może mieć szereg zalet. Co więcej, pozytywne zdrowie psychiczne stanowi ważny obszar badań naukowych.

Równocześnie uzasadnione jest zachowanie ostrożności. Wprawdzie wszyscy się zgadzają, że trzeba leczyć typowe i obciążające zaburzenia fizyczne i psychiczne, lecz nie ma już takiej zgody co do tego, co składa się na pozytywne zdrowie psychiczne oraz jakie interwencje kliniczne mogą być skuteczne i efektywne w stosunku do kosztów. Dane empiryczne mogą pomóc, rzucając więcej światła na te kluczowe kwestie.

PIŚMIENNICTWO

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for healthrelated research. Public Health Rep 1985; 100:126-31.
2. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychol Med 2010;40: 1759-65.
3. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. Psychol Rev 1992;99:232-47.
4. Nesse RM. Natural selection and the elusiveness of happiness. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2004;359:1333-47.
5. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
6. Stein DJ. The psychobiology of resilience. CNS Spectr 2009;14 (Suppl. 3):41-7.
7. Parens E. Is better always good? The enhancement project. In: Parens E (ed). Enhancing human traits: ethical and social implications. Washington: Georgetown University, 1998:1-28.
8. Metz T. New developments in the meaning of life. Philosophy Compass 2007;2:196- 217.
9. Kahneman D. Well-being: the foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation, 2003.
10. Cloninger C. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. World Psychiatry 2006;5:71-6.
11. Haidt J. The happiness hypothesis: finding modern truth in ancient wisdom. New York: Basic Books, 2006.
12. Greely H, Sahakian B, Harris J et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. Nature 2008; 456:702-5.
13. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology. Perspect Biol Med 1998;41:200-11.
14. Stein DJ, Collins M, Daniels W et al. Mind and muscle: the cognitive-affective neuroscience of exercise. CNS Spectr 2007;12: 19-22.