

## CAŁOŚCIOWE PODEJŚCIE DO CZŁOWIEKA W ZDROWIU I CHOROBI ORAZ JEGO ZNACZENIE DLA PSYCHOFIZJOLOGICZNYCH BADAŃ W PSYCHOLOGII

**Emil Sziszka**

Uniwersytet im. Pałackiego w Ołomuńcu

### BIO-PSYCHO-SOCIAL APPROACH TO HUMAN IN HEALTH AND DISEASE AND THE IMPORTANCE OF STUDY OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL RELATIONS FOR PSYCHOLOGY

**Summary.** The aim of this paper is to emphasize the importance of psychophysiological research in psychology. The introduction is focused on the role of so-called bio-psycho-social concept for the understanding of human existence in health and disease. Unfortunately, we can see in a relatively great number of psychological studies that the conclusions are based only on the basis of interview, observation or psychological questionnaires and that physiological aspects of e.g. complex stress response remain neglected. This approach can undoubtedly decrease the scientific value of such type of research. In the following parts of this article we would like to highlight the necessity to take into consideration biological, psychological, social and spiritual factors and their interaction in the study of human. We also outline several selected approaches to the solution of relation of mental and somatic processes (e.g. in the field of psychophysiology or physiological psychology). In the conclusion there are described some advantages and possible risks and problems of psychosomatics.

### Wstęp

Teza, iż zdrowia psychicznego nie można oddzielić od zdrowia cielesnego, podobnie jak nie można od siebie oddzielić funkcjonowania psychiki i organizmu, jest prawdopodobnie tak stara jak sama ludzkość. B. Luban-Plozza i inni (1992) podają, że teza ta pojawia się już w Księdze Joba, a wiele wskazuje o rozumieniu człowieka jako jedności bio-psycho-społecznej, można znaleźć również w rozważaniach starożytnych lekarzy i filozofów (zob. np. *Zlomky předsokratovských myslitelů*, 1944). Według Honzáka i innych (1992) w niektórych starożytnych koncepcjach pojmowanie człowieka jako takiej całości było nawet pełniejsze, niż w później sformułowanych stanowiskach teoretycznych. W tym opracowaniu chciałbym jednak wykazać, że współczesna wiedza naukowa w coraz większym stopniu preferuje to holistyczne stanowisko. Chciałbym również uzasadnić jego przydatność dla praktyki leczniczej.

## **Bio-psycho-społeczne podejście do zrozumienia ludzkiej egzystencji w zdrowiu i w chorobie**

W ostatnich dziesiątkach lat jesteśmy (choć oczywiście nie zawsze i wszędzie) świadkami stopniowego przejścia od klinicznego i technicznego traktowania opieki zdrowotnej, które jest oparte na biomedycznym sposobie pojmowania choroby – skupiającym swoją uwagę przede wszystkim na leczeniu zaburzeń klinicznych – w stronę bardziej kompleksowego spojrzenia na ten problem. Jednocześnie wielu fachowców z różnych dziedzin i krajów zgadza się, że wśród funkcjonalnych jednostek tworzących system opieki zdrowotnej musi znaleźć się koniecznie podstawowa opieka lekarska i profilaktyka zdrowotna (Komárek i inni, 1997; Mohapl, 1992; Newton, 1995). Podstawowa opieka lekarska składa się z wielu form działania, które nie muszą być ani skomplikowane, ani też obciążające ekonomicznie, a ich realizacja może wyraźnie wpłynąć na poprawę stanu zdrowia u znacznej części populacji. Chodzi na przykład o zmianę niepożądanych nawyków żywieniowych, zaakceptowanie zdrowego stylu życia wraz z utrzymywaniem na odpowiednim poziomie aktywności ruchowej, inicjowaniu działań zmierzających do ulepszenia jakości środowiska naturalnego itp. Znaczenie przypisywane profilaktyce zdrowotnej jest najlepszym dowodem na to, że w trakcie rozwiązywania podstawowych problemów związanych z utrzymaniem wysokiego poziomu zdrowia w społeczeństwie, potrzebne jest uwzględnienie nie tylko czynników biologicznych, ale także czynników psychologicznych i społecznych oraz skomplikowanych interakcji między nimi.

Zainteresowanie społeczne z jakim obecnie spotyka się ten nowy psychospołeczny aspekt uwarunkowań stanu zdrowia (np. rola psychicznych czynników w etiopatogenezie chorób, wpływ choroby na zmęczenie psychiczne, określanie możliwości wpływania na reakcje odpornościowe poprzez wywoływanie określonych stanów psychicznych w procesie psychoterapii, funkcja grup wsparcia w przyspieszaniu powrotu do zdrowia itd.) – wcześniej zwykle pomijany – wyraża się w tworzeniu ciągle nowych określeń odnoszących się do obszaru wiedzy i działań leczniczych, które uwzględniają czynniki psychologiczne i społeczne. Można podać następujące przykłady takich określeń: medycyna psychosomatyczna, psychobiologia, psychoneuroimmunologia, psychoonkologia, medycyna behawioralna, psychologia zdrowia czy promocja zdrowia. We wszystkich podejściach określanych przy pomocy powyższych terminów, można zauważyć bardziej czy mniej jasno wyrażone założenie głoszące, że jeśli rzeczywiście chcemy posunąć się naprzód w rozumieniu ludzkiego zdrowia i choroby (a ogólnie w rozumieniu podstawy i sensu ludzkiej egzystencji), musimy na każdą jednostkę ludzką spojrzeć z punktu widzenia jedności bio-psycho-społecznej (Engel, 1977; Kagan, Levi, 1975; Šavlík, 1990; Šimek, 1987), a dodatkowo nie powinniśmy też pomijać aspektu duchowego życia człowieka.

Mimo wskazanych wyżej tendencji do holistycznego podejścia do badania człowieka, w różnych ujęciach teoretycznych zdrowia i choroby, proponowanych przez poszczególnych specjalistów, a także w realizowanych badaniach empirycznych, można znaleźć często bardziej lub mniej jawną tendencję do preferowania pojedynczych, wybranych aspektów ludzkiej egzystencji, przy pomijaniu pozostałych. Psycholodzy uwzględniają wyłącznie psychologiczne czynniki determinujące stan zdrowia, mimo tego, że deklarują konieczność prowadzenia badań całościowych. Podobnie postępują socjolodzy, ograniczając się do badania czynników społecznych, pedagodzy koncentrują się na czynnikach edukacyjnych, politycy społeczni akcentują znaczenie czynników ekonomicznych itd. Ten szczególny rodzaj redukcjonizmu – ze względu



na złożoność przedmiotu badań jakim jest człowiek – można w pewnym stopniu zrozumieć, ale należy pamiętać o jego negatywnych konsekwencjach. Przykładowo w wielu badaniach stresu i jego roli w określaniu stanu ludzkiego zdrowia, wnioskowanie oparte jest wyłącznie na danych uzyskiwanych z rozmowy, obserwacji, badań ankietowych, natomiast fizjologiczne wskaźniki reakcji stresowej są zupełnie pomijane. Takie postępowanie obniża oczywiście wartość poznawczą zrealizowanych projektów badawczych. W przypadku, gdy do ustalenia intensywności przeżywanego stresu użyjemy tylko kwestionariusza lub skali ocen, skazani jesteśmy na wnioskowanie opierając się na subiektywnych ocenach badanych osób, które mogą być z wielu powodów w różnym stopniu zniekształcone (niezdolność do głębszej samorefleksji, niechęć do konfrontacji z trudnymi przeżyciami, tendencja do określonej stylizacji własnego położenia życiowego). Natomiast gdy zastosujemy w podobnych sytuacjach pomiar fizjologicznych wskaźników przeżywanego stresu, często uzyskujemy zupełnie odmienny od poprzedniego obraz stanu psychicznego badanego człowieka.

Wychodząc od tej konstatacji, spróbuję w dalszej części tego opracowania szczegółowo uzasadnić postulat, który domaga się od psychologów zwrócenia większej uwagi na biologiczne (fizjologiczne) aspekty ludzkiej egzystencji. Opiszę także charakterystyczne podejścia badawcze, które mają na celu rozwiązywanie tak złożonej problematyki, jaką jest określanie wzajemnych relacji między procesami psychicznymi i somatycznymi. Chodzi tu w zasadzie tylko o przedstawienie w zarysie tej problematyki, ponieważ postęp w opracowywaniu nowych technik pomiarowych (spektralna analiza wariabilności frekwencji serca, funkcjonalna rezonacja magnetyczna, pozytronowa tomografia emisyjna itd.) jest tak intensywny, że wymusza on dokonywanie ciągłego przewartościowania poglądów na ten temat oraz uznania, że w obecnej wiedzy psychofizjologicznej nic jeszcze nie zostało rozstrzygnięte w definitywny sposób.

### **Znaczenie biologicznych (fizjologicznych) badań nad osobowością**

Stwierdziłem wcześniej, że w badaniach psychologicznych spotykamy się często z faktem, iż nie zwraca się w nich wystarczająco dużo uwagi na fizjologiczne podstawy funkcjonowania osobowości. W związku z tym warto nawiązać tutaj do poglądów D. Magnussona (1991), który zwraca uwagę, iż każda jednostka rozwija się i funkcjonuje jako pewna całość, którą można przedstawić jako wieloczynnikowo i wielokrotnie w czasie determinowany proces stochastyczny. Funkcjonowanie każdej jednostki można według Magnussona scharakteryzować jako ciągły rozwój i wzajemną interakcję między percepcyjnymi, kognitywnymi, emocjonalnymi oraz biologicznymi czynnikami znajdującymi się po stronie jednostki oraz społecznymi, a także fizykalnymi czynnikami, znajdującymi się po stronie środowiska. Badania naukowe mają za zadanie zidentyfikować te czynniki, które w określonym momencie rozwoju wchodzi w grę, oraz wskazać na mechanizmy, którymi się owe czynniki posługują. Takie spojrzenie na rozwój jednostki (opisane tu w dość uproszczony sposób) niesie ze sobą poważne teoretyczne, metodologiczne i badawczo-strategiczne konsekwencje. Jedną z nich jest na przykład fakt, iż jeśli chcemy w sposób psychologiczny zrozumieć całościowe funkcjonowanie jednostki w ciągu życia, musimy do modelu indywidualnego rozwoju człowieka włączyć również czynniki biologiczne. Bez tego nasze pojmowanie rozwoju człowieka byłoby ograniczone i zbyt jednostronne.

Również D. M. Buss (1990) mówi o konieczności uwzględniania w badaniach psychologicznych, biologicznych czy też dokładniej fizjologicznych aspektów funkcjonowania osobowości. Takie bardziej całościowe podejście badawcze, może według niego wyraźnie pomóc w rozwiązywaniu problemu wewnątrzgatunkowej różnorodności osobników, lepszym zrozumieniu procesu adaptacji tych osobników do zmieniających się warunków środowiska, trafniejszej i dokładniejszej identyfikacji czynników mających wpływ na takie, a nie inne kształtowanie się właściwości osobowości oraz w głębszym zrozumieniu rozwoju konkretnej jednostki w cyklu życia. D. M. Buss podkreśla, że jeżeli przyjmiemy definicję biologii jako nauki o życiu, to konsekwentnie powinniśmy też uznać psychologię za jej część – jednocześnie jednak jest oczywiste, iż w obszarze psychologii podejścia biologiczne i fizjologiczne stanowią bardzo specyficzny i wycinkowy sposób analizy podejmowanej tu problematyki badawczej. Mimo wszystko Buss uważa, że w ramach psychologii osobowości dokonano w ostatnim czasie wielu interesujących poznawczo i wartościowych praktycznie odkryć. Jako przykład wskazuje on na fakt empirycznego potwierdzenia hipotezy o tym, iż introwertycy wykazują wyższą fizjologiczną wrażliwość i reaktywność na stymulację sensoryczną w porównaniu z ekstrawertykami. Zostało to wykazane zarówno w przypadku aktywności elektrodermalnej, jak też aktywności serca (podobne stwierdzenia pomagają na przykład wyjaśnić, dlaczego introwertycy unikają określonych rodzajów stymulacji w sferze społecznej, a ekstrawertycy ich poszukują). Według Bussa osiągnięcia badawcze na tym polu stały się możliwe dzięki pojawieniu się nowych, bardziej złożonych psychologicznych modeli teoretycznych rekonstruujących rozwój człowieka, dzięki dokonaniu się dużego postępu w metodologii badań empirycznych w psychologii i powstaniu nowych form gromadzenia wiedzy (komputery) oraz dzięki powstaniu nowych subdyscyplin w biologii, ułatwiających interdyscyplinarną współpracę (biologia ewolucyjna, genetyka behawioralna, genetyka populacyjna i socjobiologia).

### **Zależności psychofizjologiczne i psychosomatyczne**

Do głębszego zrozumienia wzajemnych związków między procesami psychicznymi i somatycznymi przyczyniły się w znacznym stopniu postępy w anatomii i fizjologii. Można powiedzieć, że powstanie psychologii jako oddzielnej nauki oraz jej dalszy rozwój były zawsze bardzo ściśle związane z rozwojem fizjologii (psychofizjologii narządów zmysłowych, czynności nerwowej i mózgu, teorii odruchowej, neuropsychologii itp.). Także obecne postępy w naukach biologicznych przynoszą ciągle nowe możliwości badań związków między procesami psychicznymi i somatycznymi (zob. Biondi, Picardi, 1999; Spencer, Polich, 1999; Šiška, 2002 i inni).

Według T. Hrachovinowej i I. Šolcovej (1994) badaniami stosunków pomiędzy tym co psychiczne i co biologiczne w człowieku zajmuje się przede wszystkim psychobiologia, którą można podzielić na dwie podstawowe dyscypliny – psychofizjologię i psychologię fizjologiczną. Psychofizjologię można scharakteryzować jako dziedzinę naukową, której przedmiotem badań są zależności między określonymi procesami i stanami psychicznymi oraz ich fizjologicznymi korelatami z jednej strony oraz wartościami wskaźników fizjologicznych. W tym przypadku wskaźniki fizjologiczne są wykorzystywane do pośredniego oszacowywania określonych zmiennych psychologicznych [niezależne zmienne mają więc charakter psychologiczny (procesy psychiczne, stany itp.), natomiast zmiennymi zależnymi są zjawiska fizjologiczne]. Jeśli chodzi



o fizjologiczną psychologię, programowo badana jest zależność odwrotna: w jaki sposób zmiany występujące na poziomie procesów fizjologicznych wpływają na funkcje psychiczne.

Oba kierunki badań, mimo niewątpliwych osiągnięć na poziomie empirycznego odkrywania korelacji między określonymi stanami fizjologicznymi organizmu i odpowiadającymi im stanami psychiki, napotykają na zasadniczą trudność teoretyczną. Mianowicie trudno jest jednoznacznie określić jaką wartość teoretyczną mają wskaźniki fizjologiczne, rozpatrywane w aspekcie zmian zachodzących w psychice ludzkiej. Zdaniem T. Hrachovinowej i I. Šolcovej (1994) można wyróżnić tutaj dwa stanowiska. Dla pewnych badaczy wskaźniki te mają niewielką wartość, ponieważ odzwierciedlają one tylko ogólny poziom aktywacji organizmu. Z kolei dla innych badaczy wskaźniki te traktowane są jako fizjologiczne odpowiedniki konkretnych procesów czy stanów psychicznych. Być może dalszy postęp w zakresie udoskonalenia technik pomiarowych zmian fizjologicznych doprowadzi do rozwiązania powyższej trudności. Należy jednak pamiętać, że nawet coraz bardziej niezawodne i dokładne rejestrowanie sygnałów pochodzących z różnych obszarów ludzkiego organizmu, nie znajduje tak łatwo jasnej interpretacji psychologicznej. Wyżej wymienione autorki sądzą, że wpływają na taki stan rzeczy dwa powody:

1. Nie można założyć istnienia prostego przyporządkowania reakcji fizjologicznych do określonych procesów i stanów psychicznych, mówiąc inaczej, te same procesy psychiczne u różnych ludzi mogą wywoływać odmienne reakcje fizjologiczne;
2. Określone parametry fizjologiczne mogą ulegać stałym modyfikacjom pod wpływem różnych mechanizmów fizjologicznych, co utrudnia ustalanie prostych zależności między procesami biologicznymi zachodzącymi w organizmie i zmianami zachodzącymi w sferze psychicznej.

Podsumowując swoją analizę T. Hrachovinowa i I. Šolcowa (1994) zwracają uwagę na konieczność stosowania w badaniach psychobiologicznych dwóch pomiarów jednocześnie. Ich zdaniem należy obserwować zarówno krótkotrwałe zmiany procesów fizjologicznych (np. procesy fazowe) i jednocześnie prowadzić pomiar całościowego tła funkcjonalnego (procesy toniczne). W ten sposób będzie można dojść do sensownych ustaleń na temat zależności między czynnikami psychologicznymi i fizjologicznymi.

W Czechach szczególnie wnikliwie zajmowali się tym zagadnieniem R. Konečný i M. Bouchal (1979). Swoje analizy prowadzili przede wszystkim pod kątem powstawania stanów patologicznych. Wyróżnili oni dwa rodzaje zależności między tym co biologiczne i psychiczne w człowieku:

1. Relacje (procesy) psychosomatyczne, w których przyczyną prowadzącą do powstania niepożądanego stanu w organizmie są określone stany psychiczne. Najwyraźniej patologiczne reakcje somatyczne ujawniają się pod wpływem różnego typu wahań emocjonalnych i afektów;
2. Relacje (procesy) somatopsychiczne, w których punktem wyjścia do powstania niepożądanego reakcji psychicznych są określone stany organizmu. Przykładem takiej relacji może być na przykład stan głodu, podczas którego dochodzi do hipoglikemii, a w jej wyniku mogą nastąpić uczucia napięcia emocjonalnego, niezadowolenia, zmęczenia, a nawet depresji.

Jednak jak to podkreślają wymienieni badacze, rozróżnianie relacji psychosomatycznych i somatopsychicznych jest do pewnego stopnia sztuczne, ponieważ w rzeczywistości wpływy czynników fizjologicznych i psychologicznych na siebie mają często charakter reakcji zwrotnych, a więc oddziaływania przebiegają opierając się na zasadzie wzajemnej interakcji. Poza tym charakter reakcji psychosomatycznych jest wysoce zindywidualizowany. Często można zaobserwować sytuacje, gdy pod wpływem dużego obciążenia emocjonalnego i stresu jedni ludzie reagują raczej zmianami w układzie sercowo-naczyniowym (zmiany ciśnienia krwi, bólami

w klatce piersiowej, lękiem związanym z obawą przed zawałem mięśnia sercowego), podczas gdy u innych pojawiają się nieprzyjemne przeżycia odnoszące się do systemu trawiennego (ssa- nie w żołądku, nudności, wymioty itp.). Można dodać, że typ tych reakcji nie jest niezmienny, lecz często ulega przekształceniom w ciągu ontogenezy. R. Konečný i M. Bouchal (praca cyt.) słusznie więc zauważają, iż problem intraindywidualnego i interindywidualnego zróżnicowania reakcji fizjologicznych i psychicznych na obciążenia środowiskowe ciągle nie został do końca wytłumaczony.

Zmieniającym się formom interakcji między mentalnymi i fizycznymi czynnikami, które uczestniczą w powstawaniu różnych chorób (etiopatogeneza), poświęcili również dużo uwagi W. Schneider i inni (1995), którzy – analogicznie do stanowiska R. Konečnego i M. Bouchala – mówią o chorobach psychosomatycznych i somatopsychicznych. Za choroby psychosomatyczne w węższym tego słowa znaczeniu uważają oni zaburzenia, przy których pojawiają się istotne zmiany organiczne, a zarazem owe symptomy somatyczne są rozumiane jako wynik długotrwałych lub powtarzających się stanów napięć afektywnych (stresu). Takie stany prowadzą do specyficznych reakcji różnych organów i systemów somatycznych, których podstawą jest działanie autonomicznego systemu nerwowego i nie wykazują znaczenia symbolicznego, z czym możemy się spotkać na przykład w nerwicach konwersyjnych. Z kolei w przypadku chorób somatopsychicznych podstawowe jest zaburzenie somatyczne, które jeśli będzie źle leczone lub bagatelizowane, może wywołać określone napięcie psychiczne i prowadzić do zaburzeń umysłowych, takich jak stany lękowe lub depresyjne.

W. Schneider i inni (tamże) podkreślają też, iż interakcja czynników psychicznych i somatycznych powinna stać się w większym stopniu niż dotąd obiektem badań diagnostycznych. Diagnoza powinna kończyć się precyzyjnym określeniem zależności bio-psycho-społecznych, które łącznie przyczyniają się do powstania konkretnej choroby u konkretnej osoby. W dotychczasowej praktyce diagnostycznej ciągle jeszcze spotykamy się z sytuacją bagatelizowania tych zależności i stereotypowego rozwiązywania problemu: „choroba uwarunkowana jest wieloma przyczynami” lub „zaburzenie ma polietologiczne pochodzenie”. Tego typu praktyka diagnostyczna nie przyczynia się w żaden sposób do wyjaśnienia patologicznego stanu, a tym samym nie może być podstawą dla zastosowania skutecznych środków zaradczych.

Jeszcze inaczej do problematyki relacji psychosomatycznych i powstających tutaj zaburzeń podchodzi J. S. Greenberg (1993). Za zaburzenia psychosomatyczne uznaje on stany, które dotyczą zarówno psychiki, jak też funkcji biologicznych organizmu i proponuje, aby zastąpić określenia zaburzenia psychosomatyczne i somatopsychiczne jednym terminem – zaburzenia psychofizjologiczne. Owe zaburzenia dzieli na psychogenne i somatogenne: do psychogennych zalicza te, w których choroba somatyczna jest wynikiem stresu i wykluczona może być inwazja mikrobów, zaburzających funkcjonowanie organizmu (jako przykład podaje chorobę wrzodową lub astmę). Do zaburzeń somatogennych należą z kolei choroby, które pojawiają się w wyniku zmniejszenia się wrażliwości organizmu na działanie chorobotwórczych mikrobów lub degeneracyjnych procesów, wywołanych na drodze psychologicznej. Autor ten zauważa, iż stres psychiczny jest przyczyną powstania lub uwydatnienia symptomów chorobowych u 50-90% wszystkich hospitalizowanych pacjentów w USA.

O bardzo bliskim współdziałaniu między czynnikami psychicznymi i somatycznymi w wywoływaniu różnych zaburzeń świadczy też wynik badań D. Goldberga (1989). Wykazał on, że około 25-30% pacjentów somatycznie chorych ma niewątpliwe zaburzenia psychiczne, które



w większości przypadków nie są rozpoznawane przez personel medyczny. Przykładowo, wspomniany autor wykazał, że w grupie 100 mężczyzn, w okresie pierwszego tygodnia po pierwszym zawałe mięśnia sercowego, 35 z nich cierpiało na jakąś formę zaburzeń psychicznych, a prawie u połowy z nich zaburzenia te poprzedzały zawał serca. Według Goldberga istnieje między symptomami psychicznymi i fizycznymi pięć możliwych typów relacji:

1. Zaburzenia psychiczne mogą spowodować powstanie zaburzeń somatycznych;
2. Zaburzenia psychiczne mogą być przejawem choroby somatycznej (np. w wypadku anemii żelazistej);
3. Zaburzenia psychiczne mogą być bezpośrednim następstwem zaburzeń somatycznych (np. depresja następująca po stwierdzeniu poważnej choroby somatycznej);
4. Zaburzenia psychiczne mogą pogłębiać schorzenia somatyczne (zaniepokojony pacjent jest bardziej wrażliwy na ból);
5. Zaburzenia psychiczne mogą ujawniać się w postaci zaburzeń somatycznych, które nie mają organicznych podstaw (zjawisko somatyzacji).

### **Medycyna psychosomatyczna**

Prezentowana tutaj idea uwzględniania w większym stopniu wzajemnych relacji somy i psychiki znalazła również swój wyraz w medycynie psychosomatycznej. Za autora terminu „psychosomatyczny” uznaje się powszechnie Niemca J. Ch. Heinrotha, żyjącego w latach 1773-1843 (Luban-Plozza i inni, 1992), natomiast ojcostwo medycyny psychosomatycznej przypisuje się F. Alexandrowi (1950). Rozpatrując rozwój tej medycyny w perspektywie historycznej można zauważyć, że jej początki były bardzo skromne. Początkowo medycyna psychosomatyczna odnośzona była do niewielkiej grupy zaburzeń, łączonych z interpretacjami psychoanalitycznymi ich genety. Współcześnie psychosomatyczna perspektywa badawcza uznawana jest – przynajmniej na poziomie deklaracji – w różnych działach medycyny. W ciągu ostatnich dziesięcioleci medycyna psychosomatyczna przeszła wiele perypetii, ale przyniosła równie wiele cennych informacji i oferuje hipotezy, które są ciągle heurystyczne.

Według T. Hrachovinovej i I. Šolcovej (1994) medycyna psychosomatyczna reprezentuje stosowaną dziedzinę psychofizjologii (podobnie uważa P. Mohapl – 1988, który określa psychosomatykę jako psychofizjologię kliniczną). Ich zdaniem, należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że funkcjonowanie psychiki w znaczącym stopniu wyznaczone jest przez środowisko społeczne. Najbardziej znaczące impulsy dla ludzkiego zachowania przychodzą przecież z otoczenia, a wzrost obciążenia psychospołecznego (wyraźne zmiany w tempie życia, przeciążenie informacyjne itp.) ma niekorzystny wpływ na układ wegetatywny i może być mechanizmem inicjującym powstawanie chorób, które w ostatnich latach otrzymały nawet specjalne określenie: „chorób związanych ze sposobem życia” (Hrachovinová, Šolcová, 1994, s. 229). Złożone mechanizmy przejścia od wymagań środowiska do zmian w funkcjonowaniu psychologicznym i w końcu do powstania zaburzeń somatycznych ciągle jednak nie zostały wyjaśnione.

W pewnym sensie można powiedzieć, że praktycznie cała współczesna medycyna jest z konieczności psychosomatyczna, ponieważ w procesie profilaktyki, diagnozy i terapii musi brać pod uwagę interakcję wymienionych wcześniej czynników. Jak podkreśla P. Mohapl (1992), nowoczesnym badaniom psychosomatycznym udało się zgromadzić wielką ilość różnych danych

i stwierdzeń; ich wadą jest jednak często wzajemna przeciwstawność. Za niezawodny sposób rozstrzygnięcia niejasności w tej dziedzinie, uważa się badania długofalowe – są one jednak bardzo pracochłonne, wymagają dużo czasu i dużych środków finansowych, a więc nie prowadzi się ich zbyt wiele. Wydaje się również, że dalszy postęp medycyny psychosomatycznej może być zintensyfikowany dzięki rozwojowi psychologii zdrowia, gdzie szczególnie nacisk kładziony jest na styl życia, profilaktykę, salutogenezę i aktywność własną podmiotu dbającego o utrzymanie dobrego stanu własnego zdrowia.

### Zakończenie

Rola, jaką odegrało podejście psychosomatyczne w stymulacji rozwoju koncepcji bio-psycho-społecznej człowieka, w postępie wielu nauk medycznych i procesie humanizacji opieki lekarskiej, jest zdecydowana. Jednak nawet medycyna psychosomatyczna nie wystrzegła się niektórych błędów czy uproszczeń. W związku z tym uważamy za konieczne przypomnieć poglądy, które w swojej pracy reprezentują B. Luban-Plozza i inni (1992): podejście psychosomatyczne oznacza wprowadzenie zasadniczych zmian w klasycznym stosunku medycyny do zdrowia, choroby i roli chorego. Może ono zapewnić trwały postęp w leczeniu, jednak tylko pod warunkiem, że nie będą deprecjonowane i minimalizowane osiągnięcia i doświadczenia, które udało się zgromadzić anatomii, biochemii, fizjologii, patofizjologii itp. Istotnym celem podejścia psychosomatycznego jest uzupełnienie tradycyjnej medycyny (w wymiarze diagnostycznym i terapeutycznym) o to, co w ostatnich latach odkryto w ramach psychobiologii.

W ostatnich latach jesteśmy świadkami wyraźnego dążenia do dokonania syntezy wycinkowych doświadczeń klinicznych i wyników badań z różnych dyscyplin nauki. To dążenie ma na celu pogłębienie naszej wiedzy o człowieku. Coraz wyraźniej też zarysowuje się charakter tej syntezy. Chodzi w niej o uchwycenie bio-psycho-społecznej natury jednostki ludzkiej. Jednocześnie nie można nie zauważyć, iż w związku ze współczesnym poziomem badań naukowych, dostępnością środków finansowych, ale również z powodów etycznych, będziemy napotykali ciągle na coraz trudniejsze do pokonania przeszkody na drodze do coraz pełniejszego zrozumienia człowieka. Postulat głoszący, iż w badaniu ludzkiej egzystencji należy uwzględnić interakcję między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi i duchowymi musi być jednak respektowany, jeśli chcemy przynajmniej zmierzać w kierunku pogłębienia naszej wiedzy.

### LITERATURA CYTOWANA

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- Biondi, M., Picardi, A. (1999). Psychological stress and neuroendocrine function in humans: The last two decades of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 3, 114-150.
- Buss, D. M. (1990). Toward a biologically informed psychology of personality. *Journal of Personality*, 58, 1, 1-16.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129-136.
- Goldberg, D. (1989). Mental health aspects of general health care. W: D. Hamburg, N. Sartorius (red.) *Health and Behaviour: Selected Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 162-177.



- Greenberg, J. S. (1993). *Comprehensive Stress Management*. Dubuque: Brown & Benchmark.
- Honzák, R. i inni (1992). *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. Praha: Karolinum.
- Hrachovinová, T., Šolcová, I. (1994). Příspěvek k využití psychofyziologie v psychodiagnostice a v psychoterapii. *Československá Psychologie*, 38, 3, 228-232.
- Kagan, A., Levi, L. (1975). *Health and environment – psychosocial stimuli. A review. In Society, Stress and Disease*. Vol. II – *Childhood and Adolescence*. London: Oxford University Press.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 5, 525-533.
- Komárek, L., Šoltysová, T., Rážová, J., Kebza, V. (1997). *Podpora zdraví a prevence v primární péči*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Konečný, R., Bouchal, M. (1979). *Psychologie v lékařství*. Praha: Avicenum.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1992). *Psychosomatic Disorders in General Practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- Magnusson, D. (1991). Foreword. W: M. Rutter, P. Caser (red.) *Biological Risk Factors for Psychosocial Disorders* (s. XI-XII). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mohapl, P. (1988). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Newton, T. (1995). *'Managing' Stress. Emotion and Power at Work*. London: SAGE Publications.
- Schneider, W., Heuft, G., Freyberger, H. J., Janssen, P. L. (1995). Diagnostic concepts, multimodal and multi-axial approaches in psychotherapy and psychosomatics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 2, 63-70.
- Spencer, K. M., Polich, J. (1999). Poststimulus EEG spectral analysis and P300: Attention, task, and probability. *Psychophysiology*, 36, 2, 220-232.
- Šavlík, J. (1990). Systémový přístup a medicína. *Časopis lékařů českých*, 129, 44, 1377-1383.
- Šimek, J. (1987). Psychosomatická medicína osmdesátých let. *Časopis lékařů českých*, 126, 31, 964-967.
- Šiška, E. (2002). New methods for assessment of the functions of the autonomic nervous system and their possible usage in psychophysiological research. *Studia Psychologica*, 3, 211-218.
- Zlomky předsokratovských myslitelů* (1944). Praha: Česká akademie věd a umění.