

Ocena dobrostanu i zasobów w psychologicznej diagnozie zdrowia psychicznego

Ewa Trzebińska*

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

THE ASSESSMENT OF WELL-BEING AND RESOURCES IN PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF MENTAL HEALTH

Adequacy of the content of clinical diagnosis is equally important for its practical usefulness as the validity of measures and procedures. Among other things it refers to the assessment of the positive aspects of the patient's mental health. The paper presents definitions of well-being, psychological resources and social resources and discusses the circumstances that may block or facilitate the assessment of positive factors. The conclusion is that clinical training should include a large body of knowledge about positive factors in mental health and treatment outcomes, skills to overcome negative asymmetry and other negative biases in clinical context, as well as ways of integrating data on positive and negative functioning.

W ostatnich latach, w dużej mierze za sprawą dynamicznie rozwijającej się psychologii pozytywnej, bardzo silnie podkreśla się potrzebę włączania do diagnozy zdrowia psychicznego danych dotyczących konstruktywnej strony funkcjonowania pacjenta. Dane te są potrzebne dla pełnej oceny jego stanu psychicznego, przewidywania dalszego przebiegu zaburzenia i reakcji na różne sytuacje życiowe oraz planowania terapii zarówno pod kątem jej celów jak i metody (Wright i Lopez, 2009). Można wskazać przynajmniej dwa powody, dla których w ramach dyskusji nad modelem kształcenia psychologów w zakresie diagnozy warto zwrócić uwagę na przygotowanie do uwzględniania w diagnozie klinicznej korzystnych zachowań, dyspozycji oraz stanów psychicznych osoby.

Po pierwsze, zawartość treściowa diagnozy jest relatywnie rzadko przedmiotem jej zasad i standardów. Nacisk kładziony jest przede wszystkim na pytanie: Jak diagnozować? Rozważany jest więc dobór wiarygodnych narzędzi i procedur, reguły kontraktu i kontaktu diagnostycznego zapewniające bezpieczeństwo oraz podmiotowość osobie, której diagnoza dotyczy, poprawne wnioskowanie z danych uzyskiwanych w postępowaniu diagnostycznym, ich integracja oraz właściwy sposób komunikowania wniosków osobom uprawnionym do ich poznania (Paluchowski, 2007; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Mniej uwagi poświęca się natomiast pytaniu: Co diagnozować? Tymczasem treść diagnozy jest nie mniej ważna dla jej rzetelności i praktycznej użyteczności niż

dobór narzędzi i procedur. Decyzja, jakie aspekty funkcjonowania mają być zmierzone, opisane, ocenione czy wyjaśnione, wymaga specjalnego naukowego przygotowania, a umiejętność podejmowania w trakcie postępowania diagnostycznego wszystkich istotnych tematów – profesjonalizmu praktycznego.

Drugi powód jest specyficznie związany z kwestią zdrowia psychicznego. Występowanie pozytywnych czynników u osób z zaburzeniami psychicznymi bywa niedoceniane. Nie jest to jednak humanistyczne założenie, ale fakt stwierdzony naukowo. Badania pokazują na przykład, że ogólny wskaźnik psychopatologii obliczany na podstawie objawów najbardziej rozpowszechnionych jej form tj. depresji, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń lękowych, jest jedynie w stopniu umiarkowanym negatywnie skorelowany z uogólnionym wskaźnikiem korzystnych form funkcjonowania, a więc niekorzystne i korzystne funkcjonowanie nie wyklucza się (Keyes, 2009). Inny argument na rzecz tej tezy pochodzi z badań nad związkiem korzystnych charakterystyk funkcjonowania z zaburzeniami osobowości. Okazało się, że korelacje negatywne występują tylko w przypadku niektórych takich charakterystyk i niektórych zaburzeń, że są to związki raczej słabe, oraz że z niektórymi zaburzeniami osobowości korzystne charakterystyki są skorelowane pozytywnie (Trzebińska i Górska, 2009). Argumentów dostarczają także badania nad skutecznością psychoterapii. Powszechnie stwierdzane są efekty placebo oraz oczekiwania na psychoterapię (Rakowska, 2005), które wskazują na działanie u osób z zaburzeniami mechanizmów psychicznych torujących pożądaną zmianę, tj. częściowe lub całkowite ustąpienie objawów psychopatologicznych, bez zastosowania jakichkolwiek oddziaływań terapeutycznych, a uruchomionych jedynie

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Ewa Trzebińska, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa.

e-mail: ete@poczta.onet.pl

przez przewidywanie możliwości takiej zmiany. Co więcej, okazuje się, że mechanizmy te działają także podczas terapii. Wykazano, że w poprawie funkcjonowania pod wpływem psychoterapii 40% udziału mają zasoby pacjenta i jego środowiska, a 15% – samorzutna mobilizacja pacjenta związana z oczekiwaniem korzyści z terapii (Lambert, 1992). Tylko więc 45% poprawy można przypisać specyficznym oddziaływaniom terapeutycznym. Potwierdzeniem istnienia i działania zasobów u osób z tak poważnym zaburzeniem psychicznym jak schizofrenia jest zjawisko spontanicznej remisji polegające na samorzutnym, trwałym ustąpieniu objawów (Siebert, 2000; Fisher, 2003). Coraz liczniejsze metody psychoterapii wykorzystują zachowane zasoby w schizofrenii, jak np. Wielowymiarowa Terapia Stymulująca Poznawczo (Ahmed i Boisvert, 2003), w której zdolności komunikacyjne rozwijane są na bazie nieobjętych objawami obszarów wiedzy o sobie i świecie, czy Pozytywna Terapia Poznawczo-Behawioralna (Riskind, 2006), w której rozwijany jest krytycyzm wobec własnych urojeń i halucynacji oraz kontrola nad nimi na bazie zachowanej zdolności do przyswajania wiedzy o zjawiskach psychicznych i logicznego rozumowania oraz chęci eksperymentowania z własnymi spostrzeżeniami, myśleniem i zachowaniami. Zdolność do przeżywania pozytywnych doświadczeń w rezydualnej depresji i w zaburzeniach lękowych wykorzystywana jest natomiast w Psychoterapii Dobrostanu (Fava i Tomba, 2009), która polega na obserwowaniu przez pacjentów oraz analizowaniu spontanicznie pojawiających się u nich epizodów radości i innych pozytywnych emocji.

Celem niniejszej pracy jest przybliżenie z myślą przede wszystkim o kształceniu w zakresie psychologicznej diagnozy klinicznej, co to konkretnie znaczy uwzględniać konstruktywne aspekty funkcjonowania w ramach diagnozowania zdrowia psychicznego, oraz co jest potrzebne, aby móc to skutecznie robić.

KORZYSTNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA: DOBROSTAN I ZASOBY

W odniesieniu do zdrowia psychicznego dogodnie jest rozpatrywanie korzystnych aspektów funkcjonowania w sposób symetryczny do tego, jak tradycyjnie rozpatrywane jest funkcjonowanie nieprawidłowe. Sprzyja to pojęciowej przejrzystości teoretycznego modelu diagnozy obejmującego oba te obszary oraz ułatwia ich praktyczne równoważenie w trakcie diagnozowania. Opis nieprawidłowego i prawidłowego funkcjonowania można sprawdzić do trzech zasadniczych kategorii: bieżących stanów psychicznych i zachowań, dyspozycji i właściwości psychicznych oraz warunków środowiskowych. W sferze zaburzeń kategorii pierwszej odpowiadają różne formy psychopatologii i trudności życiowych, kategorii drugiej – deficyty i trwałe dysfunkcje psychiczne, natomiast kategorii trzeciej – nieprawidłowe relacje społeczne. W sferze korzystnych aspektów funkcjonowania będą to odpowiednio: dobrostan psychiczny, zasoby psychiczne oraz zasoby społeczne.

Punktem wyjścia dla różnych propozycji, jak rozumieć dobrostan, jest definicja optymalnego funkcjonowania podana przez Światową Organizację Zdrowia. Wyszczególnione w tej definicji pozytywne kryteria zdrowia psychicznego to: dobre samopoczucie, realizowanie posiadanych zdolności, skuteczne radzenie sobie ze stresem życiowym, produktywna praca oraz wnoszenie konstruktywnego wkładu w życie społeczności, do której się należy. Kryteria te są uściślane na użytek diagnostyki przez wskazanie konkretnych zjawisk, które je dobrze reprezentują. Samopoczucie może być ocenione jako poziom ogólnego szczęścia (Diener i Biswas-Diener, 2010) albo jako wartość bilansu afektywnego, tj. proporcji pozytywnych i negatywnych emocji przeżywanych w obecnym okresie życia (Fredrickson, 2011). Realizowanie posiadanych zdolności może być ocenione na podstawie satysfakcji z różnych dziedzin własnego życia. Skuteczne radzenie sobie ze stresem reprezentować może poziom odporności ego (Block i Kremen, 1996) lub fakt wynoszenia psychicznych korzyści z trudności życiowych (Lechner, Tennen i Affleck, 2009). Produktywna praca i wnoszenie konstruktywnego wkładu w życie społeczności mogą być ocenione na podstawie charakterystyki funkcjonowania w rolach i przynależności do instytucji społecznych.

Zasoby psychiczne obejmują przede wszystkim korzystne cechy osobowości (Peterson i Seligman, 2004). Cechy są tu rozumiane jako mechanizmy osobowościowe, a więc utrwalone, powstałe w toku doświadczenia życiowego sekwencje procesów psychicznych różnego rodzaju współdziałających ze sobą w sposób umożliwiający osiągnięcie określonego celu (Mayer, 2005). Do zasobów zaliczane są takie cechy osobowości, których działanie jest pożyteczne dla jednostki i jej otoczenia (Snyder i McCullough, 2000). W nawiązaniu do teorii rozwoju osobowości Eriksona (1985/2002) dla zaakcentowania psychospołecznej genezy i funkcji tych cech określa się je jako cnoty. Orzekanie o tym, które cechy można uznać za cnoty, wymaga wykazania na gruncie tradycji społeczno-kulturowej oraz wiedzy psychologicznej ich korzystnego wpływu na dobrostan psychiczny, zdrowie somatyczne lub inne aspekty wysokiej jakości życia własnego oraz w wymiarze społecznym, lub też - ich wkładu w kształtowanie lub aktywizowanie określonych cech o dowiedzionej już konstruktywnej funkcji. Szczególną wagę w typowaniu cech na cnoty mają empiryczne dowody na istnienie przynajmniej niektórych spośród powyższych zależności. W różnych badaniach wykazano bardzo istotne pożytki osobiste i społeczne z posiadania takich cech, jak np. zdolność do wybaczenia, zdolność do kontrolowania przebiegu własnego życia, zdolność do samokontroli swoich stanów psychicznych i zachowań, poczucie własnej wartości, duchowość czy mądrość (Trzebińska, 2008). Najbardziej rozwiniętą kategoryzację korzystnych cech osobowości zaproponowali Peterson i Seligman (2004), którzy wyodrębnili 24 takie cechy nazwane przez nich siłami charakteru. W przeprowadzonym internetowo badaniu z udziałem kilkudziesięciu tysięcy osób z ca-

tego świata stwierdzono, że cechy te reprezentują dwa ortogonalne wymiary: „emocje – poznanie” oraz „indywidualizm – wspólnota społeczna” i rozkładają się one dość równomiernie w obszarach wyznaczonych przez te wymiary (Park i Peterson, 2009). Siły charakteru, które ludzie przypisują sobie w najwyższym stopniu, są bardziej nasycone wspólnotowością niż indywidualizmem, a te, które występują z najmniejszym nasileniem, mają raczej poznawczy niż emocjonalny charakter. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego bardzo ważne jest stwierdzenie w tym badaniu, że miłość, wdzięczność, nadzieja, ciekawość i witalność, których pozytywny związek z dobrostanem wykazano już wcześniej w licznych innych badaniach, okazały się cechami najmocniej związanymi pozytywnie z wysoką jakością życia i zdrowiem psychicznym. Wszystkie one są cechami o charakterze emocjonalnym zróżnicowanymi dość równomiernie na wymiarze „indywidualizm – wspólnota”. Biorąc pod uwagę międzynarodowy i wielokulturowy zasięg omawianego badania oraz duże zróżnicowanie próby pod względem demograficznym, wydaje się, że cechy te można traktować jako cnoty uniwersalne. Z badania tego wynika więc, że cnoty uniwersalnych warto poszukiwać przede wszystkim wśród cech emocjonalnych, i to zarówno wśród dyspozycji do przeżywania emocji społecznych jak i emocji samoświadomościowych. Jest to zgodne z danymi o równorzędnej wartości dla jakości życia zarówno więzi społecznych jak też osobistego rozwoju i autonomii (Fiske, 2008).

Zasoby społeczne obejmują dostępne jednostce środowiskowe czynniki sprzyjające osiągnięciu dobrostanu oraz budowaniu i wykorzystywaniu zasobów psychicznych. Spośród nich szczególnie istotną rolę dla zdrowia psychicznego przypisuje się wsparciu społecznemu. Wsparcie sprzyja bowiem dobrostanowi dzięki temu, że buforuje stres oraz poprawia samopoczucie (Sęk i Cieślak, 2004). Stanowi także konstruktywne doświadczenie społeczne, przez co ułatwia kształtowanie się korzystnych cech osobowości, takich np. jak wdzięczność i prospołeczność (McCullough, Kilpatrick, Emmons i Larson 2001). Otrzymywanie wsparcia społecznego jest w dużej mierze uzależnione od umiejętności nawiązywania pozytywnych relacji z innymi ludźmi oraz od zdolności dostrzegania i doceniania pomocy. Ze względu na tak istotne znaczenie własnej aktywności i nastawień w otrzymywaniu wsparcia jest ono traktowane jako najbardziej podmiotowy aspekt zasobów społecznych (Sęk i Cieślak, 2004). Istnienie rozbudowanej kategoryzacji form wsparcia społecznego oraz licznych danych o ich powiązaniach z różnymi charakterystykami osoby oraz skutkami dla jakości życia stwarza bardzo dogodne warunki do tego, aby w ramach procedur diagnostycznych ukierunkowanych na różne cele kliniczne stawiać dobrze ugruntowane w wiedzy psychologicznej hipotezy uwzględniające wsparcie oraz dokonywać jego precyzyjnego pomiaru.

Warto dodać, że osobiste zasoby nie ograniczają się do cech psychicznych i czynników środowiskowych. Są one definiowane bardzo szeroko jako wszelkiego rodzaju ele-

menty sytuacji życiowej pomagające jednostce w radzeniu sobie i realizacji zamierzeń. Poszukuje się ich więc w bardzo różnych obszarach, takich jak posiadane dobra materialne, wiedza i doświadczenie życiowe, styl życia, pozycja społeczna, stan zdrowia somatycznego, a nawet przynależność pokoleniowa (Hobfoll, 2006). Uwzględnianie w diagnozie także zasobów tego rodzaju ma istotne znaczenie dla wyjaśniania i przewidywania funkcjonowania pacjenta, a także dla planowania psychoterapii i innych oddziaływań pomocowych, ponieważ podobnie jak w przypadku zasobów psychicznych i społecznych potrzebne jest zarówno ich wykorzystanie jako czynnika sprzyjającego zmianie, jak i stymulowanie rozwoju pacjenta w kierunku ich powiększania.

DIAGNOZOWANIE DOBROSTANU I ZASOBÓW: WIEDZA I UMIEJĘTNOŚCI

W myśl definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia zdrowie psychiczne to stan optymalnej sprawności psychicznej. Spośród podanych w tej definicji sześciu kryteriów jedno tylko odnosi się do psychopatologii (jej braku), a wymienione wcześniej pozostałe pięć odnosi się do przejawów wysoce skutecznej regulacji psychicznej. Definicja ta jest powszechnie akceptowana i uwzględniana we współczesnym modelu kształcenia w zakresie psychologii klinicznej (Sęk, 2007). Praktyczna realizacja konsekwencji wynikających z niej dla psychologicznej diagnozy zdrowia psychicznego wymaga jednak specyficznych działań, a mianowicie zapewnienia w kształceniu klinicznym wiedzy o korzystnych aspektach ludzkiego funkcjonowania oraz trenowania umiejętności potrzebnych do zbierania informacji na ten temat i ich wykorzystywania.

Ogólnie biorąc, psycholog ma do dyspozycji bogatszą wiedzę o tym, co i dlaczego może źle działać w psychice człowieka, przeszkadzać mu w realizacji celów, przynosić cierpienie oraz szkody jemu samemu i jego otoczeniu, niż o skutecznym radzeniu sobie i o sposobach osiągania wysokiej jakości życia (Seligman i Cikszenmihalyi, 2000). Wyjaśnienia tego faktu należy poszukiwać m.in. w istotnej roli, jaką dla rozwoju psychologii miał medyczny model myślenia o człowieku oraz zakorzeniona w nim psychoanaliza. Ważne jest także, że problematyczne formy ludzkiego funkcjonowania są rzadsze niż prawidłowe i przez to bardziej wyraziste, a także że wzbudzają one naturalne współczucie i chęć zrozumienia, aby skutecznie je ograniczyć (Gable i Haidt, 2005). Nie bez znaczenia jest fakt, że badania naukowe i oddziaływania, które wprost odnoszą się do rozwiązywania osobistych i społecznych trudności, są chętniej finansowane ze środków publicznych niż „luksusowe” projekty badawcze i programy praktyczne dotyczące dobrostanu i zasobów (Ryff i Singer, 2002).

Obecnie czynniki ograniczające naukowe zainteresowanie dla dodatnich stron ludzkiego funkcjonowania wyraźnie tracą na znaczeniu. Mamy do czynienia z coraz szerszymi badaniami na temat dobrostanu: jego psychicznych oraz społecznych uwarunkowań, a także

mediatorów i moderatorów tych zależności tkwiących w właściwościach ludzi oraz w cechach środowiska, w jakim żyją. Jak się okazuje, skutki określonych cech i ich optymalne formy mogą się „lokalnie” różnić w zależności od obowiązujących norm i zwyczajów. Zdolność do wybaczenia na przykład w niektórych kulturach czy środowiskach jest ceniona, a w niektórych – wręcz niewybaczalna (Sandage, Hill i Vang, 2003). Skutki posiadania określonych cech mogą być modyfikowane także przez czynniki osobiste, jak wiek czy płeć (Kunzmann i Baltes, 2003; Trzebińska, 2005). Istotną rolę odgrywa środowisko wewnętrzne, w jakim działają cechy, czyli osobowość jako system. Na przykład zdolność do sprawowania kontroli nie jest cnotą w osobowości narcystycznej, ponieważ staje się narzędziem nadmiernej eksploatacji innych oraz samego siebie (Vohs i Baumeister, 2008). Optymizm natomiast okazuje się szkodliwy dla osób cechujących się obronnym pesymizmem (Norem i Chang, 2002). Konsekwencje posiadania cech zależą także od tego, w jakim kontekście społecznym dają one o sobie znać. Wykazano na przykład, że dobroć, optymizm, zdolność do wybaczenia i pozytywność emocjonalna są korzystne lub szkodliwe z punktu widzenia więzi małżeńskiej w zależności od jakości relacji między małżonkami: w małżeństwach zgodnych i przyjaznych cechy te poprawiają więź, natomiast w konfliktowych pogarszają ją (McNulty i Fincham, 2011). Tak więc nawet cechy, które – jak optymizm czy dobroć - skłonni jesteśmy na podstawie wyników badań uznawać za cnoty uniwersalne, w specyficznych warunkach mogą być niekorzystne pod jakimś względem. Trzeba zatem podkreślić, że uniwersalność cnot oznacza powszechność wynikających z nich różnego rodzaju pożytków dla różnych ludzi, ale nie oznacza, że przysparzają one dobra bezwyjątkowo. Uwzględnianie cnot w diagnozie klinicznej wymaga wobec tego rozpoznania nie tylko ich samych, ale także czynników, o których z badań wiadomo, że stanowią istotny kontekst ich wpływu na jakość życia. Teoretyczne przygotowanie do tego rodzaju zadań diagnostycznych polega na zdobyciu bogatej wiedzy na temat funkcjonalności różnych cech i innych zasobów.

Włączenie do diagnozowania treści pozytywnych wymaga także specyficznych umiejętności, potrzebne jest bowiem skuteczne przewycięzanie występującej zarówno u diagnosty jak i pacjenta koncentracji na negatywnych informacjach. Można wskazać przynajmniej dwa źródła dawania w sytuacji diagnostycznej pierwszeństwa negatywnym informacjom wobec informacji pozytywnych. Pierwsze to ograniczenia poznawcze. Diagnozowanie jest czynnością poznawczą zarówno po stronie diagnosty jak i pacjenta (Paluchowski, 2007) i dlatego jest ono narażone z obu stron na określone ukierunkowania, a nawet zniekształcenia wynikające z natury procesów poznawczych i ingerencji w ich przebieg czynników motywacyjnych. Badania pokazują występowanie u klinicystów-diagnostów wszystkich typowych zniekształceń poznawczych (Garb, 2010). Tym zniekształceniem które interesuje nas w tym miejscu przede wszystkim, jest tzw. asymetria ne-

gatywna, czyli powszechnie występująca u ludzi preferencja dla negatywnych informacji w spostrzeganiu, rozumowaniu, zapamiętywaniu i uczeniu się (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer i Vohs, 2001). Przyjmuje się, że zjawisko to wynika z ewolucyjnie wzmacnianej tendencji do przypisywania większego znaczenia informacjom negatywnym niż pozytywnym jako ważniejszym z punktu widzenia bezpieczeństwa i szans na przeżycie jednostki. Asymetrii negatywnej podlegają zarówno diagnosta jak i pacjent, co prowadzi do ich współdziałania w utrzymywaniu problematyki trudności i cierpienia jako głównej treści wymiany informacji.

Drugim źródłem koncentracji na niekorzystnych aspektach funkcjonowania pacjenta jest nieuchronnie negatywny kontekst badania klinicznego, do którego dochodzi ze względu na doświadczane przez pacjenta dolegliwości oraz problemy życiowe i które przebiega w atmosferze przeżywanego przez niego negatywnych emocji. Zarówno u diagnosty jak i u pacjenta mimowolnie pojawia się w tych warunkach negatywnie ukierunkowane torowanie afektywne w zakresie pamięci, skojarzeń i rozumowania (Wright i Lopez, 2009), a także występuje przeświadczenie, że relacjonowane przez pacjenta trudności i cierpienia powinny stanowić zagadnienie pierwszoplanowe (Snyder i in. 2003). Naturalna preferencja dla negatywnych informacji jest zatem dodatkowo w sytuacji klinicznej przez obie strony intensyfikowana.

Poruszanie i eksplorowanie korzystnych aspektów funkcjonowania pacjenta wymaga wobec tego świadomej samokontroli diagnosty w przewycięzaniu własnych nastawień poznawczych, a także umiejętności poruszania tych kwestii w sposób, który nie jest odbierany przez pacjenta jako brak empatii czy pomniejszanie wagi jego problemów. Chodzi tu o umiejętności potrzebne do płynnego i stopniowego przechodzenia od negatywnych treści do pozytywnych, takie jak przeformułowywanie, wykorzystanie ambiwalencji czy amplifikacja (Snyder i in. 2003; Rollnick, Miller i Butler, 2010). Przeformułowanie polega na eksploracji „drugiej strony” negatywnych komunikatów pacjenta, np. rozpatrywanie rozczarowania obecną pozycją zawodową z punktu widzenia zawodowych ambicji. Wykorzystanie ambiwalencji polega na wychwytywaniu i ujawnianiu pozytywnych komunikatów pacjenta uwikłanych w przekazywane przez niego jako pierwszoplanowe treści negatywne, np. zwrócenie uwagi pacjenta, że zaprzeczając możliwości rozwiązania jakiegoś problemu używa zwrotów warunkowych w rodzaju „raczej nie”, co wskazuje, że w jakichś okolicznościach dopuszcza jednak korzystny obrót sprawy. Amplifikacja natomiast to akcentowanie i rozwijanie najskromniejszych nawet pozytywnych aspektów funkcjonowania pacjenta, np. przelotnego uśmiechu, pogodnego wspomnienia lub nawet starannego ubrania czy wysławiania się.

Zwracając uwagę na potrzebę uwzględniania w diagnozowaniu czynników korzystnych, trzeba jednocześnie podkreślić istnienie pułapki ulegania „dyktaturze pozytywności”, czyli nadmiernego, jednostronnego akcentowania dodatnich elementów funkcjonowania pacjenta

(Held, 2004). Ma to zwykle źródło w ideologizowaniu nastawienia na korzystne ludzkie właściwości przez diagnostę lub pacjenta lub obie strony jednocześnie. Zjawisko takie bardzo poważnie szkodzi zarówno merytorycznej wartości diagnozy jak i jakości kontaktu klinicznego. Jako narzędzie zabezpieczające zarówno przed pomijaniem pozytywnych aspektów funkcjonowania pacjenta jak i przed przebieganiem miary pod względem koncentracji na nich Wright i Lopez (2009) proponują model czterech frontów diagnozy zdrowia psychicznego. Polega on na przyjęciu zasady, że zbierane powinny być informacje zróżnicowane pod względem przedmiotu i znaczenia. Każda z tych kategorii ma dwie wartości: przedmiotowo informacje mogą odnosić się do pacjenta jako indywidualnej osoby lub do jego środowiska, natomiast ze względu na znaczenie – do czynników korzystnych lub niekorzystnych. Skrzyżowanie obu kategorii skutkuje wyznaczeniem czterech obszarów – „frontów” – poszukiwania informacji:

- czynniki pozytywne związane z pacjentem,
- czynniki negatywne związane z pacjentem,
- czynniki pozytywne związane ze środowiskiem pacjenta,
- czynniki negatywne związane ze środowiskiem pacjenta.

Zrównoważeniu diagnozowania na wszystkich czterech frontach sprzyja przyjęcie zasady o równomiernym rozłożeniu pomiędzy nimi inicjatywy i zaangażowania diagnosty, empatii i zrozumienia dla pacjenta oraz miejsca i czasu w ramach procedur diagnostycznych. Pomocne jest także używanie do rejestracji danych formularza w postaci tabeli powstałej przez nałożenie się dwóch wymienionych kategorii, co umożliwia bezpośrednio, „naocznie” wręcz, kontrolowanie, czy zbieranie danych przebiega w sposób zbalansowany na wszystkich frontach.

KOMPLETNA DIAGNOZA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Uwzględnianie szerokiego spektrum korzystnych aspektów funkcjonowania pacjenta nie musi burzyć dotychczas stosowanych reguł diagnozowania zdrowia psychicznego skoncentrowanego na psychopatologii, wymaga jedynie ich przystosowania do tej tematyki. Snyder i wsp. (2003) proponują modyfikację 5-osiowego schematu diagnozy zdrowia psychicznego według DSM. Schemat zaleca zbieranie informacji o pacjencie, które można podzielić na pięć grup (Wciórka, 2008). Oś I przeznaczona jest do wyszczególnienia zaburzeń klinicznych, czyli takich które pojawiają w danym momencie życia jako określonego rodzaju niekorzystna zmiana funkcjonowania. Należą do nich na przykład fobie, uzależnienia, depresja, czy psychozy z grupy schizofrenii. Oś II odnosi się do trwałych zaburzeń psychicznych, czyli takich, które powstają w wyniku nieprawidłowego rozwoju psychicznego i są stałym elementem funkcjonowania. Są to przede wszystkim zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe. Oś III dotyczy problemów w zakresie zdrowia fizycznego, a oś IV - niekorzystnych czynników środowiskowych. V oś

przeznaczona jest na dokonanie ogólnej oceny poziomu funkcjonowania na 100-punktowej skali z krańcami od 0 przy skrajnie niekorzystnym funkcjonowaniu pod względem bezpieczeństwa własnego lub innych ludzi, do 100 przy funkcjonowaniu pozbawionym jakichkolwiek uprzedzonych problemów i nieprawidłowości, z relatywnie niewielkim odcinkiem skali (ok. 20%) odpowiadającym funkcjonowaniu z współwystępującymi elementami korzystnymi i niekorzystnymi. Propozycja zmian w tym schemacie dotyczy osi IV i V. Ocena czynników środowiskowych miałyby uwzględniać także czynniki korzystne. Natomiast skala ogólnej oceny funkcjonowania miałyby wartości w przedziale od -50, gdy psychopatologii nie towarzyszą żadne istotne przejawy dobrostanu, do +50 gdy przejawom dobrostanu nie towarzyszą żadne istotne problemy i objawy psychopatologiczne. Wartość 0 byłaby punktem środkowym skali odnoszącym się do stanu równowagi między korzystnymi i niekorzystnymi aspektami funkcjonowania, a więc dla możliwych odchyień od tego stanu w obu kierunkach przeznaczone byłoby tyle samo przestrzeni. Postulowane jest ponadto wprowadzenie osi VI dotyczącej zasobów psychicznych.

Bardziej zaawansowane podejście do łączenia korzystnego i niekorzystnego wizerunku funkcjonowania osoby zaproponował Keyes (2009). Przyjął on założenie, że pełna integracja oceny dobrostanu z oceną psychopatologii wymaga przyjęcia tego samego formatu definiowania obu zjawisk. Ponieważ sposób oceny psychopatologii jest już bardzo mocno ugruntowany, zasadne jest poszukiwać kompatybilnego z nim sposobu oceny dobrostanu. Obowiązujący obecnie kategoryalny system definiowania zaburzeń psychicznych wymaga więc dostosowanego do niego kategoryalnego ujęcia dobrostanu. Keyes (2009) sformułował zatem definicję dobrostanu jako jednostki nozologicznej na wzór zawartych w DSM definicji jednostek psychopatologicznych. Podobnie jak w przypadku zaburzeń psychicznych definicja dobrostanu łączy kryteria jakościowe i ilościowe: zawiera listę objawów dobrostanu oraz określa, ile z nich musi być stwierdzonych, aby przypisać osobie diagnozowanej tę kategorię zdrowia psychicznego. Objawy dobrostanu są według definicji Keyesa (2009) następujące:

1. Pozytywny afekt przez 30 ostatnich dni.
2. Przekonanie, że ma się ogólnie udane życie.
3. Pozytywne ustosunkowanie do siebie bez wyłączenia aspektów własnej osoby czy okresów historii życia.
4. Pozytywny stosunek do innych ludzi przy zdawaniu sobie sprawy z różnic między ludźmi i z niejednoznaczności ich zachowań.
5. Nastawienie na osobisty rozwój.
6. Przekonanie o postępie cywilizacji ludzkiej.
7. Poczucie sensu i celowości własnego życia.
8. Poczucie społecznego znaczenia własnego życia.
9. Umiejętność wpływania na istotne dla siebie zdarzenia.
10. Zainteresowanie życiem społecznym i rozumienie go.

11. Utrzymywanie autonomii w relacjach z innymi ludźmi w społecznie akceptowanej formie.
12. Posiadanie serdecznych relacji, zdolność do empatii i intymności.
13. Poczucie społecznej przynależności i wsparcia.

Objawy te charakteryzują dwa aspekty dobrostanu: hedonię oraz pozytywne funkcjonowanie. Oba muszą być stwierdzone, aby przypisać diagnozowanej osobie dobrostan. Do hedonii odnoszą się pozycje 1 – 2 na przyjętej liście objawów, trzeba spełniać w wysokim stopniu przynajmniej jedno z tych kryteriów. Do pozytywnego funkcjonowania odnoszą się pozycje 3 – 13, wymagane jest spełnienie w wysokim stopniu przynajmniej sześciu z nich.

Ten sam autor przedstawił także model kompletnego zdrowia psychicznego (Keyes i Lopez, 2002), jeszcze bardziej radykalną propozycję łączenia danych na temat nieprawidłowego i korzystnego funkcjonowania, która obejmuje nie tylko stan psychiczny, ale także właściwości psychiczne i warunki środowiskowe. Model stanowi próbę kompromisowej odpowiedzi na dość powszechnie formułowaną przez psychologów krytykę kategoryjnego podejścia do zdrowia psychicznego (Maddux, 2009). Niekorzystne i korzystne funkcjonowanie traktowane są tu jako ortogonalne wymiary, które wyznaczają cztery obszary reprezentujące cztery jakościowo odmienne formy zdrowia psychicznego:

- optymalny stan zdrowia psychicznego (*flourishing*) charakteryzujący się wysokim poziomem korzystnych i niskim poziomem niekorzystnych form funkcjonowania,
- słabe zdrowie psychiczne (*languishing*) w przypadku niskiego poziomu zarówno form korzystnych jak i niekorzystnych,
- niepełne zaburzenie psychiczne (*struggling*), jeśli wysokiemu poziomowi niekorzystnego funkcjonowania towarzyszy wysoki poziom funkcjonowania korzystnego,
- całkowite zaburzenie psychiczne (*floundering*), gdy występuje wysoki poziom niekorzystnych i niski poziom korzystnych form funkcjonowania.

Ocena zdrowia psychicznego polega na określeniu liczby i nasilenia wszelkich przejawów zarówno pozytywnego jak i negatywnego funkcjonowania, a następnie ulokowaniu osoby w konkretnym miejscu, które reprezentuje ich proporcję. Ulokowanie to oznacza przypisanie osobie jednej z wyróżnionych w tym modelu form zdrowia psychicznego. Tak więc dymensjonalna ocena zdrowia psychicznego prowadzi do rozpoznania kategoryjnego.

PODSUMOWANIE

Standardy diagnozy opartej na faktach obligują psychologów do tego, aby ich działania miały naukową podstawę. Dotyczy to zarówno doboru narzędzi diagnostycznych, jak i doboru treści, które diagnoza ma obejmować. Wiedza psychologiczna wskazuje, że w funkcjonowaniu

każdego człowieka, nawet najbardziej cierpiącego i zagubionego, występują także elementy korzystne, bez których rozpoznania opis stanu psychicznego osoby, wyjaśnianie jej funkcjonowania i dotyczące jej przewidywania są niepełne, a sformułowane wnioski i zalecenia – niewystarczająco uzasadnione. Pomijanie treści pozytywnych może być zatem uznane za zaniedbanie wobec merytorycznych i etycznych standardów przeprowadzania psychologicznej diagnozy zdrowia psychicznego i dlatego kształcenie w zakresie diagnostyki klinicznej powinno obejmować szeroki zakres wiedzy o korzystnych czynnikach funkcjonowania i uwarunkowaniach ich działania, praktyczne umiejętności pozyskiwania danych na ich temat w badaniu klinicznym oraz wskazówki, jak łączyć dane o czynnikach pozytywnych i negatywnych. Trzeba jednocześnie pamiętać o ograniczeniach, jakie wiążą się z diagnozowaniem dobrostanu i zasobów. Wynikają one przede wszystkim z tego, że choć zainteresowanie dobrą kondycją psychiczną człowieka było w psychologii zawsze obecne, to jednak determinacja, aby ją dokładnie rozpoznać, pojawiła się relatywnie niedawno. Po pierwsze więc, wiele spośród pojęć odnoszących się do korzystnych form funkcjonowania jest wciąż jeszcze definiowanych różnie przez różnych autorów, a co za tym idzie ich kategoryzacje i wynikające z nich wskazówki diagnostyczne różnią się w zależności od źródła wiedzy, na jakiej bazujemy. Po drugie, o ile dysponujemy bardzo licznymi, dobrze psychometrycznie opracowanymi narzędziami pomiaru zjawisk związanych z dobrostanem i zasobami, to niewiele mamy takich, które spełniają w stopniu wystarczającym wymagania stawiane procedurą diagnostycznym. Oba te problemy powinny skłaniać diagnostów do stałego poszukiwania najbardziej aktualnej wiedzy na temat korzystnych form funkcjonowania człowieka i coraz lepszych sposobów jej praktycznego wykorzystywania.

LITERATURA

- Ahmed, M., Boisvert, C.M. (2003). Multimodal Integrative Cognitive Stimulating Group Therapy: Moving beyond the reduction of psychopathology in schizophrenia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 6, 644–651.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. i Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 4, 323–370.
- Block, J., Kremen, A. M. (1996). Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 349–361.
- Diener, E., Biswas-Diener, R. (2010). *Szczęście*. Sopot: Smak Słowa.
- Erikson, E.H. (1985/2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Fava, G.A., Tomba E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 6, 1903–1934.
- Fisher, D.B. (2003). People are more important than pills in recovery from mental disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 2, 65–68.

- Fiske, S.T. (2008). Core social motivations: Views from the couch, consciousness, classroom, computers, and collectives. W: J.Y. Shah, W.L. Gardner (red.), *Handbook of motivation science* (s. 3–25). New York: The Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. (2011). *Pozytywność*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Gable, S.L., Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 2, 103–110.
- Garb, H. N. (2010). The social psychology of clinical judgment. W: J. E. Maddux i J. P. Tangney (red.), *Social psychology foundations of clinical psychology* (s. 297–311). New York: The Guilford Press.
- Held, B.S. (2004). Negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 9–46.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Keyes, C.L. (2009). Toward a science of mental health. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 89–96). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C.L.M., Lopez, S.J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis i interventions. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 26–44). New York: Oxford University Press.
- Kunzmann, U., Baltes, P.B. (2003). Wisdom-Related Knowledge: Affective, Motivational, and Interpersonal Correlates. *PSPB*, 9, 1104–1119.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. W: J.C. Norcross i M.R. Goldfried (red.) *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94–129). New York: Basic Books.
- Lechner, S.C., Tennen, H., Affleck, G. (2009). Benefit-finding and growth. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 621–632). New York: Oxford University Press.
- Maddux, J.E. (2009). Stopping the “Madness”: Positive psychology and deconstruction of the illness ideology and the DSM. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 61–88). New York: Oxford University Press.
- Mayer, J.D. (2005). A tale of two visions. Can a new view of personality help integrate psychology? *American Psychologist*, 4, 294–307.
- McCullough, M.E., Kilpatrick, S.D., Emmons, R.A., Larson, D. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127, 249–266.
- McNulty, J.K., Fincham, F.D. (2011). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0024572.
- Norem, J.K., Chang, E.C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 993–1001.
- Paluchowski, W.J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Park, N., Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 422–428.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Rakowska, J.M. (2005). Skuteczność psychoterapii. Przegląd badań. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Riskind, J.H. (2006). Links between cognitive-behavioral hope-building and positive psychology: Applications to a psychotic patient. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2, 171–182.
- Rollnick, S. Miller, W.R., Butler, C.C. (2010). *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Ryff, C.D., Singer, B. (2002). From social structure to biology. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 541–555). New York: Oxford University Press.
- Sandage, S.J., Hill, P.C., Vang, H.C. (2003). Toward a multicultural positive psychology: Indigenous forgiveness and Hmong culture. *The Counseling Psychologist*, 5, 564–592.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Sęk, H. (red.). (2007). *Psychologia kliniczna* (tom 1). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.). (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Siebert, A. (2000). How non-diagnostic listening led to a rapid „recovery” from paranoid schizophrenia: what is wrong with psychiatry? *Journal of Humanistic Psychology*, 1, 34–58.
- Snyder, C.R., McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams: “If you build it, they will come...”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 151–160.
- Snyder, C.R., Lopez, S.J., Edwards, L.M., Teramoto Pedrotti, J., Prosper, E.C., LaRue Walton, S. Vehige Spalitto, S., Ulven, J.C. (2003). Measuring and labeling the positive and the negative. W: S.J. Lopez, C.R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment* (s. 21–39). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trzebińska, E. (2005). Cechy afektywne a jakość życia. Porównanie kobiet i mężczyzn. *Kolokwia Psychologiczne. Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, 13, 15–32.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Trzebińska, E., Górka, A. (2009). Jakość życia w zaburzeniach osobowości. W: E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s. 114–143). Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS.
- Wciórka, J. (red.). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Wright, B.A., Lopez, S.J. (2009). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 71–88). New York: Oxford University Press.
- Vohs, K.D., Baumeister, R.F. (2008). Can satisfaction reinforce wanting?: A new theory about long-term changes in strength motivation. W: J. Y. Shah i W. L. Gardner (red.), *Handbook of motivation science* (s. 373–391). New York: The Guilford Press.