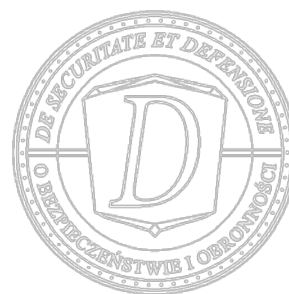


*Agnieszka FLORCZAK*<sup>1</sup>

*Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach*

*Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa*

*agnieszkaflorczak@gmail.com*



---

## **MECHANIZMY I PROBLEMY PSYCHOSFERY I SOMATOSFERY BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO**

---

**ABSTRAKT:** Artykuł podejmuje tematykę mechanizmów i problemów somatosfery i psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego. Na początku rozważań wyjaśnione zostało pojęcie zdrowia oraz jego klasyczny podział. Zdrowie jest to nie tylko brak choroby, ale również stan fizycznego, społecznego i umysłowego dobrostanu. Stąd zdrowie możemy podzielić na fizyczne (somatyczne) i psychiczne. Zdrowie i bezpieczeństwo są uważane za najważniejsze wartości dla człowieka. Czynniki wpływającymi na bezpieczeństwo zdrowotne są przede wszystkim czynniki psychiczne, fizyczne i środowiskowe. W niniejszym artykule przeanalizowane są dwa pierwsze. Czynniki somatyczne odnoszą się do czysto biologicznych aspektów życia organizmu, psychologiczne do zdolności adaptacyjnych i społecznych. Somatosfera i psychosfera z jednej strony kształtują bezpieczeństwo zdrowotne poprzez odpowiednie mechanizmy, ale z drugiej mechanizmy te w niektórych interakcjach mogą stać się problemami, które szerzej wyjaśnione zostały w ostatniej części pracy.

**SŁOWA KLUCZOWE:** bezpieczeństwo zdrowotne, psychosfera, somatosfera

---

## **MECHANISMS AND PROBLEMS OF SOMATOSPHERE AND PSYCHOSPHERE OF HEALTH SAFETY**

**ABSTRACT:** The article raises a subject of mechanisms and problems of somatosphere and psychosphere of health safety. At the beginning of deliberations a term of health with its classic division was introduced. Health is not merely the absence of disease but also a state of physical, social and mental welfare. Hence, health can be divided into physical (somatic) and psychological. Health and safety are considered the most important value for human. Factors affecting health safety are primarily mental, physical and environmental. The article

---

<sup>1</sup> Mgr Agnieszka Florczak – tytuł magistra zarządzania uzyskała w 2013 r. w Szkole Głównej Handlowej, obecnie doktorantka w dziedzinie nauk o bezpieczeństwie na Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach. Zajmuje stanowisko Referenta administracyjnego w Akademii Obrony Narodowej. Obecnie zainteresowania naukowe koncentruje na antropologii bezpieczeństwa zdrowotnego.

examines the first two. Somatic factors relate to purely biological aspects of life of an organism, while psychological to adaptability and societal. Through appropriate mechanisms somatosphere and psychosphere form health safety on the one hand, but on the other the mechanisms in some interactions can pose problems that are explained more extensively in the last part of the work.

**KEY WORDS:** health safety, psychosphere, somatosphere

## WPROWADZENIE

Refleksja nad pojęciem bezpieczeństwa i zdrowia uzmysławia podobieństwo ich sensu, stopnia złożoności i wartości. Oba te pojęcia mają charakter fenomenu trudnego do uchwycenia w badaniach naukowych – przenikają różne sfery, a to implikuje uzasadnioną potrzebę podejścia holistycznego<sup>2</sup>.

Zdrowie od zarania dziejów było przedmiotem zainteresowań człowieka, a współcześnie, ze względu na intensywny rozwój narzędzi diagnostycznych związanych z postępowaniem technologii oraz odrodzenie zainteresowania naukami humanistycznymi, staje się jedną z najważniejszych wartości w życiu. W najogólniejszym znaczeniu „zdrowie” oznacza brak choroby i tę intuicyjną definicję rozwinęła Światowa Organizacja Zdrowia sformułowaniem „zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu”<sup>3</sup>. Podana definicja przyjęta została w 1946 roku i do chwili obecnej jest obowiązująca a jedyną zmianą jest zaniechanie użycia terminu „kalectwo” na rzecz terminu „niepełnosprawność”. Uznaje się, że dobrostan fizyczny to zdrowie somatyczne, umysłowy – to zdrowie psychiczne, a społeczny to zdrowie emocjonalne oraz pełnia zdolności do utrzymania prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz pełnieniem ról społecznych. Nawiązując zatem do przytoczonej definicji można rozróżnić:

- Zdrowie fizyczne, czyli somatyczne, odnosi się do niezaburzonego funkcjonowania całego organizmu, jak również wszystkich jego narządów i układów;
- Zdrowie psychiczne jest określone relacjami prawidłowego kierowania zdolnościami przystosowawczymi oraz utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi.

Przytaczana wcześniej definicja Światowej Organizacji Zdrowia ma charakter otwarty, co oznacza, że ulega zmianom zgodnie ze stanem rozwoju wiedzy medycznej. Dla wielu społeczeństw definicja WHO jest nie do przyjęcia ze względu na to, że dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny jest celem ich dążenia, a niespotykaną rzeczywistością<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> J. Stańczyk, *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, [w:] Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce, M. Cieślarczyk, A. Filipek, A. Świdorski, J. Ważniewska (red.), Siedlce 2011.

<sup>3</sup> Vide. [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/) (30.06.2015)

<sup>4</sup> Vide A. Słężak, *Koncepcje, kategorie i paradygmaty zdrowia i choroby*, [w:] Biomedyczne problemy zdrowia publicznego, A. Słężak, J. Jasik-Słężak, (red.), Częstochowa 2008, s. 9-10.

## CZYM JEST ZDROWIE W UJĘCIU HISTORYCZNYM?

Analiza ewolucji pojmowania zdrowia, poczynając od koncepcji Hipokratesa a kończąc na dniu dzisiejszym, wskazuje na tendencję do stopniowego poszerzenia zakresu tego pojęcia. Hipokrates uważał zdrowie za ogólne dobre samopoczucie – stan przeciwny chorobie i wszelkim dolegliwościom. Wydawać by się mogło, że teoria Hipokratesa jest podwaliną obecnie obowiązującej definicji zdrowia, jednak należy zwrócić uwagę na fakt, że „dobre samopoczucie” jest jedynie subiektywnym odczuciem człowieka i może nie świadczyć o braku stanów chorobowych w organizmie z punktu widzenia diagnostyki medycznej. Koncepcja „dobrego samopoczucia” ustanowiona przez Hipokratesa wyraża subiektywizm indywidualnego odczuwania i zawiera odniesienie do ważności zachowania równowagi między człowiekiem a otaczającym go światem, a to daje przesłanki obiektywizmu, który współcześnie wyraża trend powrotu do medycyny holistycznej.

XVIII w. przyniósł bardziej mechaniczne spojrzenie na człowieka i otaczający go świat. Teoria Hipokratesa została wyparta przez filozofię Kartezjusza. Zaczęto pojmować zdrowie jako wynik, tylko i wyłącznie, biochemicznych zależności. Był to czas dynamicznego rozkwitu medycyny i badań nad skomplikowanym funkcjonowaniu organizmu, ale bez całościowego spojrzenia nań.

Połączenie obydwu teorii dało odzwierciedlenie w filozofii neopozytywistycznej, której wyrazem było przyjęcie przez Światową Organizację Zdrowia wcześniej przytaczanej definicji. Definicja ta ma tak wielu zwolenników, jak i przeciwników – pierwsi uważają ją za zwięzłą i pełną, a drudzy za nazbyt lakoniczną czy wręcz utopijną.

## UWARUNKOWANIA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO CZŁOWIEKA

Trudno jest podać jedną uniwersalną i odpowiednią definicję bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo, podobnie jak zdrowie, jest wynikiem pewnych konstrukcji społecznych, związanych z równością, stabilnością i pewnością. Bezpieczeństwo jest, ogólnie ujmując, stanem gwarantującym człowiekowi poczucie pewności istnienia i gwarancją na jego zachowanie i doskonalenie. Z punktu widzenia człowieka bezpieczeństwo oznacza brak możliwości utraty czegoś, co jest dla niego ważne (zdrowie, dobra materialne, szacunek, itd.). Wspominając przytaczane wcześniej pojęcia dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, nawiązać można do współczesnego definiowania bezpieczeństwa, które wyróżnia zasadnicze trzy jego składowe: fizyczne przetrwanie, jakość życia i zdolności rozwojowe. W tym miejscu warto dodać, że zarówno nauki o zdrowiu, jak i nauki o bezpieczeństwie, mogą przyjmować charakter interdyscyplinarny. Biorąc pod uwagę obydwie definicje można stwierdzić, że jednostka ludzka osiąga stan bezpieczeństwa wtedy, kiedy zachowuje poczucie kontroli nad zmianami – ma przeświadczenie przewidywalności i możliwości zapobieżenia chorobom, nieszczęśliwym wypadkom,

pogorszeniu sytuacji życiowej pod tymi względami, które uznaje za najważniejsze<sup>5</sup>. Oznacza to takie funkcjonowanie społeczeństwa i jednostki, które pozwala na myślenie o przyszłości ze spokojem, troskę o siebie i bliskich, kształtowania twórczych relacji oraz twórczego wykorzystania swoich szans życiowych.

Jak stwierdził G. Stolarski:

*szanse i zagrożenia osoby ludzkiej odnoszą się najpierw do sfery biologicznej związanej z istnieniem i organicznym funkcjonowaniem. Szansą w tej perspektywie może być wszystko to, co przyczynia się do rozwoju emocjonalnego np. właściwe warunki rodzinne i społeczne. W perspektywie duchowej szansą jest wszystko to, co przyczynia się do pełnego duchowego rozwoju, od możliwości dostępu do wiedzy, po instytucje gwarantujące rozwój kulturalny<sup>6</sup>.*

Z podanego stwierdzenia wynika, że szanse i zagrożenia osoby ludzkiej odnoszą się najpierw do sfery biologicznej, której ważnym aspektem jest bezpieczeństwo zdrowotne, co z kolei wskazuje na silne zależności z pozostałymi sferami – emocjonalną i duchową<sup>7</sup>. Prowadząc badania nad szansami i zagrożeniami dla bezpieczeństwa zdrowotnego należy wziąć pod szczególną uwagę wszystkie elementy, mogące pośrednio lub bezpośrednio wpłynąć na zdrowie człowieka. Można te elementy podzielić na somatyczne, czyli bezpośrednio związane z funkcjonowaniem organizmu, oraz psychologiczno-społeczne.

Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka jest podstawowym elementem subiektywnie odczuwanego poczucia bezpieczeństwa - bez tej podstawy człowiek traci poczucie kontroli, utrudnia lub uniemożliwia realizację wyznaczonych celów i ról społecznych<sup>8</sup>. Bezpieczeństwo zdrowotne należy do przedmiotowych kategorii bezpieczeństwa i kryje za sobą, wcześniej wspomniany, psychosomatyczny fenomen.

Jak wcześniej ustalono, zdrowie człowieka determinowane jest przez wiele czynników. Najważniejszymi z nich są:

- czynniki somatyczne – prawidłowe funkcjonowanie organizmu z wszystkimi jego czynnościami i organami;
- czynniki psychiczne – wszelkie zdolności adaptacyjne i społeczne;
- czynniki środowiskowe – czynniki zewnętrzne wpływające na stan zdrowia.

<sup>5</sup> J. Supińska, *Dylematy polityki społecznej*, Warszawa 1991, s. 81.

<sup>6</sup> G. Stolarski, *Ontologiczne podstawy filozofii bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo człowieka a transdyscyplinarność*, E. Jarmoch, A.W. Świderski, I.A. Trzpil, (red.), Siedlce 2009, s. 11.

<sup>7</sup> A. Trzpil, *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, M. Cieślarczyk, A. Filipek, A. Świderski, J. Ważniewska (red.), Siedlce 2011, s. 36.

<sup>8</sup> *Vide* S. Jarmoszko, *O bezpieczeństwie zdrowotnym z perspektywy antropologii bezpieczeństwa*, nieopublikowany jeszcze referat wygłoszony na konferencji: „Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce – uwarunkowania personalne i strukturalne”, UPH, Siedlce 2014.

Do głównych paradygmatów zdrowia można zaliczyć również czynniki socjoekonomiczne, administracyjne czy środowiskowe, jednak nie one będą przedmiotem niniejszych rozważań.

Bezpieczeństwo jest pojęciem mocno zdywersyfikowanym – człowiek w pragnieniu poczucia bezpieczeństwa celowo konstruuje określone sfery bezpieczeństwa, tworząc tym samym swoistą tarczę przed różnymi rodzajami zagrożeń<sup>9</sup>.

Płaszczyzna przedmiotowo-merytoryczna bezpieczeństwa prezentuje wieloaspektowość i fizyczną wielkość merytorycznych sfer bezpieczeństwa, a wymiar przedmiotowo-merytoryczny ukazuje za pomocą jakich środków i w jakich przestrzeniach realizuje ono swoją obronną misję. W tym momencie pojawia się zasadnicza i najważniejsza rola bezpieczeństwa zdrowotnego, którą jest skuteczna ochrona zdrowia, profilaktyka i promocja zdrowego trybu życia. Wszystkie sfery bezpieczeństwa determinują bezpieczeństwo zdrowotne, co w przedmiotowo-merytorycznym wymiarze oznacza, że wszystko usytuować można w określonym środowisku (biosfera), utworzonym przez trzy nadrzędne systemy – naturę, społeczeństwo i kulturę, z czego sama natura reguluje bezpieczeństwo zdrowotne na dwóch płaszczyznach – somatycznej i psychicznej.

## **SOMATOSFERA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO**

Natura tak ukształtowała organizm człowieka, żeby był w stanie samoistnie obronić się przed zagrożeniami środowiskowymi, dając jednocześnie szansę na przetrwanie gatunkowe i jednostkowe. Te systemy obrony organizmu, od strony czysto biologicznej, mogą być utożsamione z bezpieczeństwem zdrowotnym człowieka. Systemy swoiste i nieswoiste ochrony organizmu można objąć wspólną nazwą somatosfery bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że cały mechanizm przetrwania ewaluował, dostosowując się do zagrożeń, i jego wszelkie działania somatyczne mają charakter nieświadomy i biologicznie naturalny.

Całościowo patrząc na układ odpornościowy organizmu człowieka w jego skład wchodzi:

- narządy limfoidalne;
- naczynia chłonne;
- komórki uczestniczące w reakcjach immunologicznych;
- cytokiny, przeciwciała itd.<sup>10</sup>.

Powyższe elementy mają na celu ochronę organizmu przed chorobami poprzez szybką identyfikację i likwidację komórek nowotworowych i patogenów.

<sup>9</sup> Vide S. Jarmoszko, *O bezpieczeństwie zdrowotnym... op.cit.*

<sup>10</sup> J. Gołąb, M. Jakóbiński, W. Lasek, T. Stokłosa, *Immunologia*, Warszawa 2007, s. 6.

Wszystkie te mechanizmy służą wykrywaniu czynników chorobotwórczych. Ze względu na to, że patogeny dostosowując się do danych warunków, zmieniając metody działania, a co za tym idzie, skuteczniają atak na organizm, samo ich wykrycie staje się skomplikowanym procesem biologicznym. Mechanizmy obronne człowieka, dostosowując się do mutujących patogenów, ulegały ciągłym zmianom. Układ odpornościowy jest systemem reagowania różnych białek, tkanek, narządów i komórek na czynniki potencjalnie chorobotwórcze, który od wieków ewoluuje adekwatnie do zmieniającej się rzeczywistości, w efekcie prowadząc do skuteczniejszego rozpoznawania patogenów. W wyniku procesu adaptacji powstaje pamięć immunologiczna, dzięki której organizm potrafi szybciej zareagować podczas wtórnego wniknięcia danego patogenu do organizmu.

Układ immunologiczny ochrania organizm człowieka na dwóch liniach obrony: nieswoistej oraz swoistej – obydwa rodzaje odporności polegają na zdolności układu odpornościowego do rozróżniania własnych i niewłasnych molekuł. W immunologii własne molekuły są tymi elementami organizmu ciała, które mogą być rozróżniane wśród obcych substancji przez układ immunologiczny<sup>11</sup>. Odwrotnie jest z niewłasnymi molekułami, które rozpoznawane są jako obce. Jedną z grup niewłasnych molekuł nazwano antygenami, czyli inaczej generatorami przeciwciał, i są definiowane jako substancje przywiązane do specjalnych receptorów odpornościowych, wywołujących odpowiedź odpornościową<sup>12</sup>.

Odporność nieswoista, nazywana również odpornością wrodzoną<sup>13</sup>, jest pierwszą linią obrony organizmu przed zagrożeniami. Mechanizmy nieswoiste to przede wszystkim skóra, która dzięki swojej zwartej strukturze i kwaśnemu odczynowi stanowi doskonałą barierę mechaniczną dla bakterii. Błony śluzowe, ślina, łzy zawierają enzym o nazwie lizozym, który również jest nieswoistym zabezpieczeniem, umożliwiającym rozkład drobnoustrojów przed wniknięciem ich do organizmu. Do odporności wrodzonej należą również wszelkie komórki żerne, bakterie symbiotyczne oraz odruchy bezwarunkowe organizmu, które oczyszczają drogi oddechowe i pokarmowe w sposób mechaniczny (kichanie, kaszel).

Odporność swoista jest nabyta i stanowi drugą linię obrony organizmu przed chorobą. Polega na nabytej zdolności organizmu do zwalczania patogenu dzięki pamięci immunologicznej.

Mechanizmu odporności swoistej i nieswoistej są ze sobą nierozzerwalnie powiązane i są jednym z najważniejszych składowych somatosfery bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. W kontekście przedmiotu niniejszych rozważań nie ma potrzeby rozpatrywania powyższych pojęć jako odrębnych.

<sup>11</sup> A.D. Smith, *Oxford dictionary of biochemistry and molecular biology*, Oxford 2007.

<sup>12</sup> B. Alberts, A. Johnson, J. Lewis, M. Raff, K. Roberts, P. Walters, *Molecular biology of the Cell*, Londyn 2002.

<sup>13</sup> M. Popielarska-Konieczna, *Słownik szkolny: biologia*, Kraków 2003, s. 343.

Mechanizmy odporności nieswoistej można podzielić na bariery mechaniczne, biologiczne i chemiczne. Te pierwsze to przede wszystkim włosy i skóra, które mają za zadanie chronić organizm przed infekcjami. Bariery biologiczne to cała flora drogi pokarmowej i moczowo-płciowej, natomiast chemiczne – to wszelkie enzymy wydzielane przez organizm człowieka w celu zwalczania infekcji<sup>14</sup>.

Do elementów somatosfery bezpieczeństwa zdrowotnego należy również zjawisko bólu, interwencyjna aktywność mózgu oraz system hormonalny. Ból można rozpatrywać w dwojaki sposób: jako zjawisko związane z emocjonalnym i zmysłowym odczuwaniem, i w takim przypadku należy go sklasyfikować jako element psychosfery, oraz jako wynik potencjalnego uszkodzenia tkanek, czyli klasyfikując go w granicach somatosfery. Ból jako element somatosfery staje się pierwszym swoistym sygnałem ostrzegawczym przed zagrożeniami i pozwala podjąć działania zaradcze.

Nie ma dobrej i złej definicji bólu – samo zjawisko wymaga wielokierunkowej oceny i analizy mechanizmów oraz czynników z różnych płaszczyzn. Na płaszczyźnie somatycznej wyróżnić można ból ostry i prawdziwy. Ból związany ze sferą psychiczną zostanie przeanalizowany w dalszej części rozważań.

Ból ostry, inaczej pierwotny lub receptorowy, jest nieprzyjemnym emocjonalnym i zmysłowym odczuciem wywołanym przez potencjalne lub istniejące zagrożenie uszkodzenia tkanek lub narządów przy jednoczesnej autonomicznej, emocjonalnej i behawioralnej odpowiedzi ustroju. Ból pierwotny ma dwie ważne funkcje biologiczne: obronno-zabezpieczającą oraz ostrzegająco-ochronną. Ostry ból inicjuje odpowiedź, pomagając ustrojowi utrzymać homeostazę w trakcie rozwoju procesu patologicznego. Są one określane mianem reakcji atawistycznych, a ich celem jest przygotowanie organizmu do działań typu „walka/ucieczka”<sup>15</sup>.

Drugim rodzajem bólu jest ból wtórny, nazywany również przewlekłym bądź prawdziwym, i jest spowodowany (lub zainicjonowany) uszkodzeniem układu nerwowego. Ból przewlekły traktowany jest jako odrębna jednostka chorobowa ze względu na zupełnie odmienny charakter fizjologiczny. Ból prawdziwy służyć ma stworzeniu jak najlepszych warunków samoistnego gojenia się ran lub zwalczania choroby oraz ochrony przed dalszymi urazami<sup>16</sup>.

Interwencyjna aktywność mózgu oraz system hormonalny to dwa ostatnie i mocno związane ze sobą składniki somatosfery bezpieczeństwa zdrowotnego. W sytuacji niebezpieczeństwa organizm człowieka wydziela między innymi hormon o nazwie adrenalina. Zadaniem adrenaliny jest zainicjowanie reakcji przez ośrodek „walki-ucieczki”, który znajduje się w okolicach podwzgórza mózgowego. Hormon wydzielany jest do

<sup>14</sup> Vide J. Gołąb, M. Jakóbisiak, W. Lasek, T. Stokłosa, *op. cit.* s. 8-12.

<sup>15</sup> J. Wordliczek, M. Kuś, *Ból ostry w praktyce lekarskiej*, [w:], Ból i jego leczenie, J. Dobrogowski i wsp. (red.), Warszawa 1996, s. 146-164.

<sup>16</sup> Vide. S. Jarmoszko, *O bezpieczeństwie zdrowotnym... op.cit.*

momentu, kiedy organizm postrzega daną sytuację jako bezpośrednie niebezpieczeństwo lub zagrożenie. Adrenalina, z biologicznego punktu widzenia, wzmacnia funkcje obronne organizmu poprzez zwiększenie przepływu krwi do serca, do dużych mięśni i płuc i dzięki temu wszystkie narządy zmysłów stają się czulsze na bodźce kierowane z otoczenia. Podczas tego procesu fale mózgowo przekazywane są szybciej, dzięki czemu reakcje i odruchy są sprawniejsze, a całe ciało zostaje przygotowane do „walki bądź ucieczki”. Kolejnym przykładem interwencyjnej funkcji mózgu jest uruchamianie poczuć zagrożenia i stresu odruch ochronny ścięgna. Proces jest automatyczny i polega na skróceniu mięśnia łydki i zablokowaniu tyłu kolana, pozostawiając ciało w idealnej pozycji do walki bądź ucieczki przed zagrożeniem. Mózg kieruje również instynktem samozachowawczym.

## **PSYCHOSFERA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO**

Każdy impuls docierający do mózgu człowieka jest swoistym bodźcem, który wywołuje określony rodzaj reakcji o charakterze czysto somatycznym bądź czysto psychologicznym. Na potrzeby niniejszego artykułu przeanalizowane zostaną bodźce związane z reakcją ochronną i obroną w zakresie psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego.

Psychosferę bezpieczeństwa tworzą przede wszystkim mechanizmy obronne o charakterze dyspozycyjnym oraz czynności zaradcze, które determinowane są sytuacyjnie. Psychologiczne mechanizmy obronne występują u każdego człowieka w większym bądź mniejszym natężeniu i często pełnią rolę nie tylko obronną i ochronną ale również przystosowawczą.

Psychologiczny mechanizm obronny (PMO) można porównać do programu antywirusowego, który blokuje informacje powodujące dysonans psychiczny lub zagrażające życiu człowieka. Prawdopodobnie, gdyby nie psychologiczne mechanizmy obronne, człowiek prehistoryczny nie przetrwałby, bowiem PMO uruchamia mechanizm walki i ucieczki oraz intuicyjnie podpowiada człowiekowi, co powinien zrobić w danej sytuacji. Najważniejszymi instrumentami psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego jest lęk lub strach, jak również wcześniej wspomniane czynności zaradcze i dyspozycyjne mechanizmy obronne.

Lęk można rozpatrywać w dwojaki sposób – jako mechanizm ochronny oraz jako wynik niepożądanego zdarzenia zagrażającego życiu lub zdrowiu. Elementem wspólnym jest to, że lęk jest wszechobecny i jest fundamentalnym i niezbywalnym elementem ludzkiej natury<sup>17</sup>, podobnie jak strach, który może stać się uprzedmiotowioną i zobiektywizowaną postacią lęku. Lęk definiowany jest jako negatywny stan emocjonalny związany z przewidywaniem nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz

<sup>17</sup> J.Z. Young, *Programy mózgu*, Warszawa 1984, s. 232.



organizmu niebezpieczeństwa, objawiający się jako niepokój, uczucie napięcia, skrępowania, zagrożenia i w odróżnieniu od strachu jest procesem wewnętrznym, niezwiązanym z bezpośrednim zagrożeniem lub bólem<sup>18</sup>. Lęk stanowi dla organizmu ludzkiego swoisty rodzaj alarmu, sygnału ostrzegawczego przed zagrożeniami. Pełni on również funkcję adaptacyjną, jednak należy zwrócić uwagę na to, że długotrwały lęk bądź strach mogą działać destrukcyjnie na organizm człowieka i prowadzić do wielu powikłań i zaburzeń zdrowotnych.

W literaturze specjalistycznej spotykamy wiele poglądów na temat struktury, podziału i kształtowania reakcji lękowych. Należą do nich m.in. psychoanalityczna teoria lęku Z. Freuda, neopsychoanalityczna koncepcja K. Horney, koncepcja J. Konorskiego i inne<sup>19</sup>. W większości z tych koncepcji lęk określany jest poprzez zestawienie z pokrewną mu emocją, strachem<sup>20</sup>.

Według Freuda strach powstaje w sytuacji pojawienia się określonego i realnego czynnika zagrażającego, lęk natomiast jest bezprzedmiotowy, nie wiąże się z realnym i konkretnym zagrożeniem. Lęk jest odczuciem subiektywnym, reakcją na nieznaną niebezpieczeństwo, którego źródłem jest sama jednostka. Stanowi on zagrożenie dla całej osobowości jednostki, dla systemu jej wartości, a jego źródłem są wewnętrzne frustracje i konflikty. Ponieważ lęku nie wywołują czynniki realne, nie może być ani racjonalny, ani celowy<sup>21</sup>.

W XXI w. lęk stał się również największym inicjatorem problemów psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego, które to zagadnienie przeanalizowane zostanie w dalszym ciągu rozważań. Samo uczucie lęku skłania człowieka do podjęcia konkretnych działań zmierzających do przezwyciężenia potencjalnych zagrożeń. Działania te mają dwojaki charakter. Mogą to być czynności skupiające się na rozwiązaniu określonego problemu (działania ukierunkowane zewnętrznie) bądź zorientowane na regulację emocji (działania ukierunkowane wewnętrznie). Pierwsze z nich to przede wszystkim faktyczne usunięcie problemu i konfrontacja, drugie to obronne usuwanie problemu ze świadomości (dystansowanie, wypieranie), samokontrola, samoobwinianie, poszukiwanie wsparcia/poparcia społecznego, walka/ucieczka itd.<sup>22</sup>. Mechanizmy obronne wraz z krótkim opisem zostały sklasyfikowane w Tabeli 1.

<sup>18</sup> R. Gerrig, P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Warszawa 2006.

<sup>19</sup> B. Harwas-Napierała, *Czynniki społeczno-rodzinne w kształtowaniu się lęku u młodzieży*, Poznań 1987, s. 28.

<sup>20</sup> R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk 2003, s. 953.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 955.

<sup>22</sup> Vide S. Jarmoszko, *Biopsychiczne mechanizmy antroposfery bezpieczeństwa*, [w:] *Współczesne bezpieczeństwo jednostkowe*, M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), Warszawa-Siedlce 2013, s. 61-78.

MECHANIZM OBRONNY	DEFINICJA
<b>Wyparcie</b>	Usunięcie ze świadomości lub utrzymywanie poza świadomością myśli, wyobrażeń i wspomnień, które są bolesne.
<b>Zaprzeczenie</b>	Udawanie, że sytuacja naprawdę zagrażająca lub wzbudzająca lęk nie ma miejsca.
<b>Reakcja upozorowana</b>	Wyrażenie uczuć lub zachowań przeciwnych, niż rzeczywiście odczuwane po to, by prawdziwe pozostały wyparte. Zachowanie przeciwne wyrażone jest przesadnie.
<b>Projekcja</b>	Przypisanie własnego, nieakceptowanego impulsu innej osobie. Lęk neurotyczny przekształca się wówczas w obiektywny.
<b>Przemieszczenie</b>	Przeniesienie uczuć, zainteresowań itp., uznanych za nieodpowiednie, z jednej osoby na inną, z jednego przedmiotu na drugi, o mniejszym ryzyku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie, lub w większym stopniu akceptowaną społecznie – bardziej „dozwoloną”.
<b>Sublimacja</b>	Przemieszczenie celu popędowego na zgodny z akceptacją społeczną.
<b>Izolacja</b>	Oddzielenie myśli (agresywnych lub seksualnych) od towarzyszących im uczuć, które podlegają stłumieniu.
<b>Intelektualizacja</b>	Intelektualne przetworzenie impulsów agresywnych lub seksualnych, pozwalające odciąć się od nierozładowanych napięć, niezaspokojonych potrzeb seksualnych, konfliktowych myśli lub uczuć.
<b>Racjonalizacja</b>	Użycie samooszukujących się usprawiedliwień nieakceptowanego zachowania lub niepowodzenia.
<b>Anulowanie</b>	„Odczynianie” – usunięcie czynu agresywnego w rytualny sposób, poprzez odkupienie go, wynagrodzenie go komuś.
<b>Regresja</b>	Powrót, zwykle pod wpływem stresu, do zachowania charakterystycznego dla wcześniejszego okresu rozwojowego.
<b>Identyfikacja z agresorem</b>	Przejęcie zachowań lub atrybutów agresora, by zmienić się z odczuwającego strach w tego, kto budzi strach.

**Tabela 1.** Mechanizmy obronne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Koziński, *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 2000.

Warto wspomnieć w tym miejscu, że lęk można podzielić na kilka składników, które bezpośrednio mogą wiązać się zarówno ze sferą psychiczną, jak również somatyczną. Wyróżnić można cztery aspekty lęku: poznawczy, somatyczny, emocjonalny i behawioralny<sup>23</sup>. Najbardziej znacznymi i aktywnymi w obszarze psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego są aspekty poznawcze i somatyczne. Pierwsze z nich powodują wzrost uwagi i wrażliwości sensorycznej, drugie powodują reakcję alarmową ciała na grożące niebezpieczeństwo i zmiany w wyglądzie zewnętrznym (potliwość, wzrost tętna, bledność itd.). Z powyższego

<sup>23</sup> R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *op. cit.* s. 960.

wywnioskować można, że lęk i stres stanowią naturalną formę mobilizacji psychiki i organizmu do pokonywania zagrożeń. Jak zauważył S. Jarmoszko:

*zagrożenie bowiem, przeorientowuje energię i koncentrację jednostki – z naturalnej aktywności i realizacji zadań na działania ochronne, a także bezpośrednią obronę cielesności, jak i ego, co prowadzi do nasilenia reakcji samoobronnych. W konstruktywnej postaci stresu człowiek podejmuje zatem określone czynności i działania ochronne*<sup>24</sup>.

Oznacza to, że stan stresu stanowi formę mobilizacji psychiki i organizmu do przeciwstawiania się zaistniałym zagrożeniom.

### **PROBLEMY SOMATOSFERY I PSYCHOSFERY BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO**

Problemy somatosfery i psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego są silnie ze sobą powiązane, dlatego prowadząc rozważania nad problemami bezpieczeństwa zdrowotnego, dzielenie ich na somatyczne i psychiczne miałyby charakter nieco arbitralny – sztucznie zakorzeniony raczej w przyzwyczajeniach językowych i niektórych koncepcjach teoretycznych, niż w rzeczywistości.

Powyższą teorię można wyjaśnić na jednym z popularnych tematów zainteresowania psychiatrów i neurologów – depresji. Choroba sklasyfikowana jako psychiczna, ale jednak o licznych objawach somatycznych. Nie ma takiego objawu depresji, który nie pozostaje w silnym związku z sferą somatyczną<sup>25</sup>.

Podjmując próbę klasycznego podziału objawów depresji to granicę między objawami somatycznymi a psychicznymi należałoby przeprowadzić inaczej, niż to czyni się zazwyczaj. I tak do objawów somatycznych depresji powinno zaliczyć się nie tylko takie objawy jak bóle, zaparcia czy chudnięcie, ale i depresyjną zmianę nastroju podstawowego, zmianę podstawowej reaktywności emocjonalnej, związane z depresją wzmożenie ogólnego poziomu lęku i jeszcze inne objawy nieraz klasyfikowane błędnie jako „psychiczne”<sup>26</sup>.

Depresja mimo tego, że nie jest chorobą zakaźną, powinna być rozpatrywana jako zjawisko epidemiczne XXI wieku, stanowiące duże zagrożenie i problem w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego. Z roku na rok zwiększa się odsetek osób chorujących<sup>27</sup>, można zatem stwierdzić, że obronne i ochronne systemy somatosfery i psychosfery zaczynają zawodzić. Trudno jest się doszukać przyczyn takiego stanu rzeczy, ponieważ depresja jest chorobą wielopłaszczyznową, stąd można postawić kilka hipotez o złożoności

<sup>24</sup> S. Jarmoszko, *Biopsychiczne mechanizmy antroposfery bezpieczeństwa*, op. cit., s. 61-78.

<sup>25</sup> S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, UWM Vesalius, Kraków, 2007, s. 107-116.

<sup>26</sup> Vide A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 1992, s. 323-330.

<sup>27</sup> *Ibidem*, s. 325.

patomechanizmu choroby. Depresja może wynikać z zaburzeń w poziomie neuroprzekaźników, czynników genetycznych czy środowiskowych. Według K. Kroc istnieją cztery hipotezy związane z występowaniem depresji: biochemiczna, biologiczna, genetyczna i środowiskowa. Oczywiście powyższe można odnieść do wszystkich czynników zaburzających psychosferę i somatosferę bezpieczeństwa zdrowotnego.

Hipoteza biochemiczna wiąże się z zakłóceniem przekazu substancji chemicznych w mózgu (zakłócenia interwencyjnej aktywności mózgu i systemu hormonalnego), w związku z czym pojawiają się zaburzenia kontroli emocji, samokontroli, ośrodka walki/ucieczki oraz ośrodków limbicznych i siatkowych<sup>28</sup>. Druga z hipotez mówi o tym, że depresja jest wynikiem innych chorób towarzyszących, z którymi pacjent psychicznie nie może sobie poradzić, co powoduje początkowo stany obniżonego nastroju a w efekcie końcowym depresję. Hipoteza genetyczna mówi o tym, że skłonności depresyjne (lub innych chorób umysłowych) przekazywane są genetycznie<sup>29</sup>. Ostatnia teoria, najbardziej przystająca do obrazu osoby depresyjnej w ówczesnych czasach, mówi o tym, że choroby psychiczne powodowane są czynnikami zewnętrznymi (najczęściej socjoekonomicznymi – bezrobocie, rozwód, śmierć, samotność)<sup>30</sup>.

## MECHANIZM WYPARCIA

Zawodność mechanizmów obrony, lub one same ingerując wzajemnie na siebie, powodują powstanie problemów w prawidłowym funkcjonowaniu somatosfery i psychosfery bezpieczeństwa zdrowotnego. Jeśli mechanizmy zawodzą, człowiek zaczyna chorować, a gdy choruje, traci poczucie bezpieczeństwa. Dobrym przykładem jest mechanizm wyparcia (represji), przynoszący jedynie ulgę przejściową, krótkotrwałą, jednak w dłuższym okresie czasu szkodzi, gdyż chwilowo wyparte emocje, które zrodziły się podczas danego zdarzenia, pozostają w podświadomości i nadal działają, tylko poza kontrolą człowieka.

Jednak wyparcie to nie tylko obrona ego przed bolesnymi emocjami i treściami przeżyć, ale to także proces unieświadomiania impulsów popędowych, odczuć lub doświadczeń, budzących lęk lub poczucie winy<sup>31</sup>. Wyparcie powinno prowadzić do równowagi, jednak w niektórych przypadkach zdarza się, że podczas procesu zaczynają pojawiać się sprzeczne potrzeby, normy, wartości, postawy i pragnienia oraz sprzeczności między takimi pragnieniami czy potrzebami a kulturowym lub zinternalizowanym przez jednostkę zakazem zaspokajania potrzeb, między potrzebami czy pragnieniami a możliwościami, jakie stwarza realność między normami i systemami wartości przyjętymi

<sup>28</sup> Vide Ł. Świącicki, *Depresja – zwykła choroba?*, Wrocław 2010.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

<sup>31</sup> Ł. Świącicki, *op. cit.* s. 15.

przez jednostkę a realnością<sup>32</sup>. Sprzeczności te są źródłem konfliktu intrapsychnicznego, który prowadzić może do tego, że kontrola nad emocjami staje się niemożliwa. W dłuższym okresie czasu konflikt zaczyna przyjmować również formę somatyczną, poprzez zaburzenia mowy, zmęczenie, osłabienia itp.

Generalnie wszystkie spośród mechanizmów sklasyfikowanych jako neurotyczne, narcystyczne bądź niedojrzałe, działają negatywnie na organizm oraz psychikę człowieka<sup>33</sup>. Są to problemy z którymi ciężko walczyć, gdyż często zależą od wrodzonych skłonności bądź cech każdego z nas.

## ZAKOŃCZENIE

Człowiek nie jest w stanie uciec bądź ominąć mechanizmów obronnych, zarówno somatycznych, jak i psychicznych. Nie można oszukać biologii albo własnej psychiki, jednak aby nie powodować zaburzeń w ich funkcjonowaniu, należy dążyć do tego, aby w naszym funkcjonowaniu jak najmniej było mechanizmów narcystycznych, niedojrzałych czy też neurotycznych<sup>34</sup>.

Czynnikami wpływającymi na bezpieczeństwo zdrowotne są przede wszystkim czynniki psychiczne, fizyczne i środowiskowe. W niniejszym artykule przeanalizowane zostały dwa pierwsze. Czynniki somatyczne odnoszą się do czysto biologicznych aspektów życia organizmu, psychologiczne do zdolności adaptacyjnych i społecznych.

Somatosfera i psychosfera z jednej strony kształtują bezpieczeństwo zdrowotne poprzez odpowiednie mechanizmy, ale z drugiej mechanizmy te w niektórych interakcjach mogą stać się problemami, które często poprzez ukształtowania biologiczne i genowe człowieka nie są do rozwiązania.

## BIBLIOGRAFIA

- Alberts Bruce, Johnson Alexander, Lewis Julian, Raff Martin, Roberts Keith, Walter Peter. 2002. *Molecular biology of the Cell*, New York: Garland Science.
- Bilikiewicz Adam, Strzyżewski Włodzimierz. 1992. *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Carson Robert C., Butcher James N., Mineka Susan. 2003. *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gerrig Richard, Zimbardo Philip. 2006. *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Gołąb Jakub, Jakóbisiak Marek, Lasek Witold, Stokłosa Tomasz. 2007. *Immunologia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

<sup>32</sup> A. Ohman, *Fear and anxiety - Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives*, [w:] *Handbook of emotions*, M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), Nowy Jork 2000, s. 573-593.

<sup>33</sup> Ł. Świąciecki, *op. cit.*, s. 157.

<sup>34</sup> A. Ohman, *op. cit.*, s. 593

- Harwas-Napierała Barbara. 1987. Czynniki społeczno-rodzinne w kształtowaniu się lęku u młodzieży. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.
- Jarmoszko Stanisław. 2013. Biopsychiczne mechanizmy antroposfery bezpieczeństwa. W Współczesne bezpieczeństwo jednostkowe, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach : 61-78.
- Kozielecki Józef. 2000. Koncepcje psychologiczne człowieka. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Ohman Arne. 2000. Fear and anxiety – Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. W Handbook of emotions, Nowy Jork: The Guilford Press.
- Popielarska-Konieczna M 2003. *Słownik szkolny: biologii*, Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
- Puzyński Stanisław, Wciórka Jacek. 2007. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków: UWM Vesalius.
- Słężak Andrzej. 2008. Koncepcje, kategorie i paradygmaty zdrowia i choroby. W Biomedyczne problemy zdrowia publicznego, Częstochowa: WSHiT : 573-593.
- Smith Anthony. 2007. Oxford dictionary of biochemistry and molecular biology. Oxford University Press.
- Stańczyk Jerzy. 2011. Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny. W Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach : 13-33.
- Stolarski Grzegorz. 2009. Ontologiczne podstawy filozofii bezpieczeństwa. W Bezpieczeństwo człowieka a transdyscyplinarność, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach : 7-14.
- Supińska Jolanta. 1991. Dylematy polityki społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Święcicki Łukasz. 2010. Depresja – zwykła choroba?. Wrocław: Urban & Partner.
- Trzpił Aldona. 2011. Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego. W Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce, Siedlce: Wydawnictwo Akademii Podlaskiej : 35-47.
- Wordliczek Jerzy, Kuś Marian. 1996. Ból ostry w praktyce lekarskiej. W Ból i jego leczenie, Warszawa: PWN-Springer Verlag 146-164.
- Young John Zachary. 1984. Programy mózgu. Warszawa: PWN.
- [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/).