Zdrowie regulacyjne: dynamiczne ujęcie zdrowia psychicznego w kontekście książki Your Normal Mind Johna Hannana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł redefiniuje zdrowie psychiczne, odchodząc od prostego utożsamiania go z brakiem diagnozy klinicznej. Autor analizuje napięcie między ewolucyjnie adaptacyjnymi reakcjami a ich późniejszym kosztem biologicznym i społecznym. Przywołując definicje WHO oraz koncepcję Hubera, tekst przesuwa akcent z postulowanego „pełnego dobrostanu" na zdolność do samoregulacji i zarządzania sobą w obliczu stresorów (self-management). Kluczowym elementem analizy jest rozróżnienie między krótkoterminową adaptacją a długofalowym zdrowiem systemu, co wyjaśnia mechanizm allostazy. Tekst ostrzega przed pułapką traktowania funkcjonalnego przystosowania do patologicznego środowiska jako dowodu zdrowia, wskazując, że prawdziwa rezyliencja wymaga uwzględnienia czynników strukturalnych i biologicznych kosztów kompensacji.

The article redefines mental health, moving away from simply equating it with the absence of a clinical diagnosis. The author analyzes the tension between evolutionarily adaptive reactions and their subsequent biological and social costs. Drawing on WHO definitions and Huber's concept, the text shifts the focus from a postulated 'complete well-being' to the capacity for self-regulation and self-management in the face of stressors. A key element of the analysis is the distinction between short-term adaptation and long-term system health, which explains the mechanism of allostasis. The text warns against the trap of treating functional adaptation to a pathological environment as evidence of health, pointing out that true resilience requires consideration of structural factors and the biological costs of compensation.

Artykuł rzuca wyzwanie tradycyjnemu rozumieniu zdrowia psychicznego, odrzucając uproszczony dychotomiczny podział na „zdrowie” jako brak diagnozy oraz „chorobę” jako obecność symptomów. Autor stawia tezę, że prawdziwe zdrowie nie jest statycznym stanem dobrostanu ani brakiem cierpienia, lecz dynamiczną zdolnością systemu biologiczno-psychologiczno-społecznego do elastycznej regulacji. Zdrowie przejawia się w umiejętności adekwatnego dopasowania reakcji do kontekstu, aktualizowania strategii na podstawie doświadczeń oraz odzyskiwania funkcjonalności po kryzysach (rezyliencja), nawet jeśli w systemie pozostają trwałe deficyty lub objawy. Kluczowym elementem tej perspektywy jest rozszerzenie architektury regulacyjnej o czynniki zewnętrzne – relacje międzyludzkie oraz technologie AI (tzw. „zewnętrzny Mahout”). Tekst argumentuje, że autonomia nie polega na całkowitej samowystarczalności, lecz na sprawstwie nad tym, jak te zewnętrzne wsporniki są wykorzystywane. W efekcie zdrowie zostaje zdefiniowane jako korygowalność i elastyczność systemu w zarządzaniu zmianą, a nie jako maksymalna wydajność czy konformizm wobec norm statystycznych.

SŁOWA KLUCZOWE

zdrowie regulacyjne | elastyczność regulacyjna | obciążenie allostatyczne | personal recovery | model Mahouta | psychological flexibility | współregulacja | neurodywergencja | metaregulacja zewnętrzna | functional recovery | rezyliencja jako proces | architektura regulacyjna | interocepcja | model CHIME

Zdrowie psychiczne to więcej niż brak diagnozy

Zdrowie psychiczne jako zdolność regulacji: między dobrostanem, funkcjonowaniem, adaptacją, rezyliencją a autonomią

W świetle przeprowadzonej analizy nie można już utrzymać prostego utożsamienia zdrowia psychicznego z brakiem diagnozy psychiatrycznej. Nie sposób jednak przyjąć również odwrotnego założenia, jakoby każde cierpienie psychiczne było wyłącznie prawidłową, ewolucyjnie uporządkowaną reakcją zdrowego organizmu. Materiał źródłowy konsekwentnie sprzeciwia się traktowaniu bolesnych emocji jako automatycznego dowodu "uszkodzenia" umysłu, przypominając

zarazem, że naturalne czy adaptacyjne pochodzenie reakcji nie czyni jej moralnie dobrą ani pożądaną. To rozróżnienie jest konieczne, lecz wymaga poszerzenia.

Reakcja może mieć ewolucyjnie zrozumiałą genezę i zostać prawidłowo wyzwolona przez pierwotne zdarzenie, by następnie utrwalić się w sposób generujący ogromny koszt i stać się klinicznie zaburzoną wskutek dynamiki uczenia, generalizacji, biologicznego przeciążenia lub niekorzystnego sprzężenia ze środowiskiem. Pojęcia takie jak „adaptacyjne", „zrozumiałe", „normalne", „zdrowe" i „korzystne" nie są synonimami; problem definicyjny jest tu znacznie głębszy, niż sugerowałaby codzienna praktyka językowa. W medycynie somatycznej nie dysponujemy jedną, prostą granicą oddzielającą zdrowie od choroby, jednak w psychiatrii sytuację komplikuje fakt, że przedmiotem oceny są równocześnie: subiektywne cierpienie, funkcjonowanie społeczne, sprawczość, zachowania odbiegające od normy, dobrostan, ryzyko szkody oraz biologiczne mechanizmy regulacyjne. Osoba może doświadczać silnego cierpienia, a mimo to zachowywać wysoką kompetencję zawodową i społeczną. Może nie spełniać kryteriów żadnego zaburzenia, a jednocześnie przeżywać głęboki brak sensu, izolację i ograniczenie możliwości działania. Z kolei ktoś może funkcjonować zawodowo mimo ciężkiego zaburzenia psychicznego, tak jak może być bezrobotny z przyczyn społecznych, ekonomicznych lub somatycznych przy pełnym zdrowiu psychicznym.

Każda definicja utożsamiająca jeden z tych wymiarów z całym zdrowiem musi zatem pomijać znaczną część zjawiska. Współczesna definicja WHO zmierza właśnie do wyjścia poza negatywne rozumienie zdrowia jako braku zaburzenia. Według charakterystyki z 2025 roku zdrowie psychiczne to stan dobrostanu umożliwiający radzenie sobie ze stresami życia, realizowanie zdolności, uczenie się, pracę i uczestniczenie we wspólnocie. WHO zaznacza przy tym explicite, że zdrowie psychiczne znajduje się na złożonym kontinuum i jest współkształtowane przez czynniki indywidualne, rodzinne, wspólnotowe oraz strukturalne. Jest to zasadniczy postęp względem rozumienia zdrowia jedynie jako nieobecności choroby, gdyż do opisu włączono możliwości działania, uczestnictwo społeczne i środowiskowe warunki zdrowia. Definicja WHO nie jest jednak neutralnym opisem biologicznym – zawiera komponent normatywny.

Formuły dotyczące uczenia się, pracy i wkładu we wspólnotę opisują wartościowe aspekty funkcjonowania, lecz nie powinny być traktowane jako test moralnej wartości człowieka ani konieczne kryteria zdrowia. Osoba ciężko niepełnosprawna, czasowo niezdolna do pracy, osoba starsza czy pacjent wymagający znacznej pomocy mogą zachować kluczowe komponenty zdrowia psychicznego. Również „radzenie sobie" może zostać niebezpiecznie zinterpretowane, jeśli odpowiedzialność za adaptację przeniesie się wyłącznie na jednostkę funkcjonującą w środowisku przemocy, ubóstwa, wyzysku lub dyskryminacji. WHO sama podkreśla znaczenie czynników

strukturalnych dla ryzyka zaburzeń psychicznych. Właśnie z powodu tych ograniczeń od dawna proponuje się definiowanie zdrowia jako zdolności do adaptowania się i samoregulacji w obliczu zmiennych wymagań. Huber i współpracownicy zaproponowali przesunięcie akcentu z postulowanego przez klasyczną definicję WHO „pełnego dobrostanu" na zdolność do adaptacji i self-management. Argumentowali, że idea kompletnego dobrostanu czyniłaby znaczną część społeczeństwa „niezdrową" przez większość życia, szczególnie w świecie chorób przewlekłych i starzenia. Ich koncepcja wiązała zdrowie fizyczne między innymi z allostazą, a psychiczne – ze zdolnością zachowania lub odzyskiwania funkcjonowania w obliczu obciążeń.

Koncepcja adaptacji niesie jednak własne ryzyko. System może doskonale przystosować się do środowiska, które samo w sobie jest patologiczne z perspektywy dobrostanu lub praw człowieka. Nadmierna czujność bywa funkcjonalna w dzielnicy dotkniętej wysoką przemocą, emocjonalne odrętwienie umożliwia przeżycie w chronicznym zagrożeniu, a podporządkowanie może zmniejszać ryzyko w relacji z agresywnym partnerem.

Pracownik może rozwinąć zdolność wieloletniego funkcjonowania w warunkach nadmiernego obciążenia, kompensując je kosztem snu, relacji, metabolizmu i zdrowia somatycznego. Adaptacja krótkoterminowa nie dowodzi zatem zdrowia całego systemu. Allostaza pozwala zrozumieć tę różnicę: organizm nie utrzymuje stałości poprzez niezmienność, lecz przewiduje wymagania i zmienia parametry regulacji. W zdrowym zakresie takie dostosowanie umożliwia funkcjonowanie w różnych warunkach. Jeżeli jednak aktywacja pozostaje przewlekła albo jest uruchamiana zbyt często, koszt regulacji może kumulować się jako obciążenie allostatyczne.

Współczesne modele psychiatryczne łączą allostazę z interocepcją i wieloukładową regulacją obejmującą układ autonomiczny, immunologiczny, metaboliczny i neuroendokrynny. Systematyczny przegląd i metaanaliza opublikowane w 2026 roku wskazują, że podwyższone obciążenie allostatyczne obserwuje się w części populacji psychiatrycznych, choć siła danych różni się zależnie od rozpoznania i konstrukcji wskaźników biologicznych.

Zdrowie to elastyczność regulacyjna, a nie maksymalna wydajność

Z perspektywy modelu Mahouta wynika, że zdrowie nie może być utożsamiane z maksymalną zdolnością do wytrzymywania bodźców. Organizm, który „radzi sobie" ze wszystkim kosztem przewlekłego pobudzenia, może funkcjonować na wysokim poziomie w krótkim terminie, jednocześnie generując rosnący koszt fizjologiczny. Analogiczny problem dostrzegamy w

psychologii pracy: wysoka produktywność nie wyklucza wypalenia, zaburzeń snu, nadużywania substancji czy rozpadu relacji. Efektywność działania jest jednym z wyników regulacji, lecz nie może być tożsama ze zdrowiem regulatora.

W tym kontekście bardziej użytecznym pojęciem staje się elastyczność regulacyjna. Nie polega ona na posiadaniu jednej „zdrowej" strategii, lecz na zdolności rozpoznania warunków, dysponowaniu odpowiednim repertuarem reakcji oraz modyfikowaniu działań na podstawie informacji zwrotnej. Najnowsze badania nad emotion regulation flexibility opisują właśnie trzy takie elementy: wrażliwość na kontekst, dostępność repertuaru i responsywność na feedback. Analizy codziennego funkcjonowania osób po ekspozycji traumatycznej wskazują, że większa elastyczność w tych wymiarach wiąże się z mniejszym nasileniem chwilowych objawów, nawet u osób z PTSD. Jednocześnie inne prace ostrzegają, że „więcej elastyczności" nie musi być bezwarunkowo korzystne dla każdego aspektu dobrostanu, a samo pojęcie wymaga precyzyjniejszej operacjonalizacji. Ta ostatnia uwaga jest szczególnie istotna.

Psychologia ma bowiem skłonność do przekształcania użytecznych procesów w nowe uniwersalne cnoty. Najpierw była nią samoocena, potem rezyliencja, mindfulness, grit, a obecnie elastyczność. Tymczasem każda strategia posiada warunki graniczne. Upór może być szkodliwy w jednym środowisku, a w drugim – konieczny do ukończenia długotrwałego projektu.

Zdrowie jako elastyczność i precyzja regulacji

Tłumienie ekspresji emocjonalnej może komplikować bliskie relacje, lecz bywa użyteczne w sytuacjach nagłych, wymagających zachowania kontroli. Z kolei ponowna ocena poznawcza pomaga w obliczu zdarzeń niezmienialnych, ale może stać się formą racjonalizacji tam, gdzie właściwą reakcją powinno być działanie. Metaanaliza 249 badań z 37 krajów i regionów wykazała, że korelacje najczęściej badanych strategii regulacji emocji ze zdrowiem psychicznym zależą od uwarunkowań kulturowych; nie istnieje jeden uniwersalny ranking strategii, który byłby całkowicie niezależny od środowiska.

Koncepcja psychological flexibility, rozwinięta w tradycji ACT, jest pokrewna, lecz nie identyczna. Obejmuje ona zdolność pozostawania w kontakcie z aktualnym doświadczeniem przy jednoczesnym podejmowaniu działań zgodnych z wartościami, mimo obecności trudnych myśli, uczuć i doznań. Przegląd opublikowany w 2026 roku syntetyzuje obszerną literaturę wskazującą na transdiagnostyczne znaczenie tego konstruktu oraz małe do umiarkowanych efekty interwencji ukierunkowanych na jego komponenty w wielu obszarach klinicznych. Należy jednak pamiętać, że psychological flexibility wywodzi się z konkretnej tradycji teoretycznej i jest mierzona za pomocą

dedykowanych jej narzędzi. Może być bardzo użytecznym elementem modelu zdrowia, lecz nie należy utożsamiać go bezpośrednio z całym zdrowiem psychicznym. Podobnej ostrożności wymaga rezyliencja.

W języku potocznym coraz częściej rozumiana jest ona jako charakterologiczna "odporność psychiczna", którą jednostka albo posiada, albo której jej brakuje. Literatura badawcza jest znacznie mniej jednoznaczna. Systematyczny przegląd 193 badań podłużnych, obejmujących ponad 805 tysięcy osób, wykazał ogromną heterogeniczność definicyjną. Tylko 32% prac explicite definiowało rezyliencję jako cechę, wynik lub proces; pozostałe 68% nie przedstawiło jednoznacznej definicji. Autorzy wskazują jednak na rosnący konsensus: w badaniach podłużnych najbardziej produktywne jest traktowanie rezyliencji jako dynamicznego, wielosystemowego procesu zachodzącego między przeciwnością, zasobami ochronnymi a późniejszą adaptacją. Taki model jest niemal dokładnym przeciwieństwem moralizującego hasła "musisz być bardziej odporny".

Jeśli rezyliencja jest procesem wielosystemowym, jej źródłem są nie tylko dyspozycje jednostki, lecz także rodzina, zasoby materialne, edukacja, wspólnota, dostęp do opieki, bezpieczeństwo i instytucje. Przegląd w Nature Medicine z 2025 roku przedstawia rezyliencję mózgu i funkcjonowania w perspektywie całego życia jako efekt interakcji procesów biologicznych, psychologicznych i społecznych, zwracając uwagę, że środowiska naznaczone nierównościami, chorobami i ograniczonym dostępem do opieki tworzą odmienne trajektorie adaptacyjne. Człowiek nie powinien więc być oceniany jako psychicznie "niewystarczająco odporny", jeśli źródłem utrzymującego się cierpienia jest wciąż aktualne zagrożenie. W tym punkcie pojawia się istotna różnica między rezyliencją a niewrażliwością. Zdrowy system alarmowy powinien reagować na rzeczywiste niebezpieczeństwo. Brak reakcji na stratę, przemoc czy zagrożenie nie jest automatycznie dowodem większego zdrowia. Organizm, który nie generuje lęku w warunkach realnego ryzyka, może być gorzej przystosowany niż ten, który reaguje silnie. Jednocześnie organizm utrzymujący pełną reakcję alarmową wiele lat po ustąpieniu zagrożenia ponosi koszt utrwalonej nadgeneralizacji. Kryterium zdrowia nie jest zatem ani niski, ani wysoki poziom emocji, lecz jakość ich powiązania z sytuacją oraz zdolność do aktualizacji.

To ujęcie wymaga odrzucenia kolejnego uproszczenia. Stwierdzenie, że objaw jest "uporządkowaną odpowiedzią zdrowego mechanizmu", może być trafne w niektórych przypadkach, ale nie powinno funkcjonować jako uniwersalna alternatywa dla diagnozy. Źródło proponuje takie rozróżnienie zwłaszcza przy PTSD i lęku, przeciwstawiając je "usterkom" strukturalnym. Tymczasem mechanizm może być uporządkowany na jednym poziomie, a jednocześnie dysfunkcjonalny na innym.

Lęk sam w sobie jest zdolnością adaptacyjną, lecz układ wyzwalający napady paniki przy braku zagrożenia może być źle skalibrowany. Układ odpowiedzialny za pamięć zagrożenia jest niezbędny,

jednak nadmierna generalizacja wspomnień traumatycznych może ograniczać całe życie. Zdolność do utrzymywania wysokiej motywacji jest użyteczna, ale mania może przekroczyć zakres, w którym zachowanie pozostaje bezpieczne i korygowalne. Z tego wynika bardziej precyzyjne pojęcie zdrowia regulacyjnego. Zdrowy system powinien posiadać wystarczającą czułość, aby wykrywać istotne zmiany, oraz wystarczającą swoistość, by nie traktować licznych neutralnych sygnałów jako alarmów. Powinien reagować z siłą w relacji do znaczenia sytuacji, choć zależność ta nigdy nie będzie mechanicznie proporcjonalna. Musi potrafić zakończyć mobilizację, gdy warunki się zmieniają, i aktualizować własne przewidywania na podstawie nowych doświadczeń. Wymaga to zachowania dostatecznie szerokiego repertuaru strategii, aby nie odpowiadać zawsze ucieczką, atakiem, tłumieniem, ruminacją czy poszukiwaniem natychmiastowej walidacji.

W takim modelu podstawową własnością zdrowia nie jest stan równowagi utrzymywany bez zakłóceń, lecz zdolność przechodzenia pomiędzy stanami bez utknięcia w jednym z nich. Zdrowy człowiek może doświadczać lęku, rozpaczy, gniewu, wstydu, zazdrości i okresowego wycofania. Problem pojawia się wtedy, gdy dany stan staje się nadmiernie trwały, generalizuje się na sytuacje niewymagające takiej reakcji, przestaje reagować na informację korygującą lub powoduje nieproporcjonalną utratę funkcjonowania.

Takie rozumienie współgra z dwuczynnikowymi modelami zdrowia psychicznego. Zakładają one, że nasilenie psychopatologii i pozytywne zdrowie psychiczne są powiązanymi, lecz częściowo odrębnymi wymiarami. Systematyczny przegląd 85 badań dostarczył silnego wsparcia psychometrycznego dla takiego dwuwymiarowego ujęcia.

Zdrowie to funkcjonalność i sens, a nie tylko brak objawów

Brak zaburzenia nie gwarantuje wysokiego dobrostanu, podobnie jak jego obecność nie wyklucza możliwości odnalezienia sensu, budowania więzi, rozwijania kompetencji czy czerpania satysfakcji z życia. Ma to kluczowe konsekwencje kliniczne: jeśli objawy i pozytywne zdrowie nie stanowią jednego kontinuum, leczenie nie powinno kończyć się automatycznie w momencie, gdy wynik skali objawów spadnie poniżej progu. Pacjent może osiągnąć remisję objawową, a mimo to pozostać samotnym, bezrobotnym i pozbawionym poczucia sprawstwa. Z drugiej strony, może nadal doświadczać części symptomów, a jednocześnie odbudować relacje, wrócić do pracy, odzyskać autonomię i prowadzić wartościowe życie. Właśnie dlatego współczesna literatura coraz wyraźniej rozróżnia symptom improvement, functional recovery oraz personal recovery.

Obszerne opracowanie World Psychiatry z 2025 roku podkreśla, że ocena skuteczności leczenia zaburzeń psychicznych powinna wykraczać poza redukcję objawów i obejmować funkcjonowanie, jakość życia, dobrostan oraz personal recovery. Functional recovery odnosi się do obserwowalnego funkcjonowania w obszarach samoopieki, relacji społecznych, edukacji i pracy. Personal recovery oznacza natomiast subiektywną zdolność do prowadzenia znaczącego życia – nawet wtedy, gdy część objawów pozostaje lub gdy okresowo niezbędne jest wsparcie.

Jest to istotna korekta zarówno wobec klasycznego modelu medycznego, jak i niektórych radykalnych nurtów jego krytyki. Redukcja objawów jest ważna, lecz nie wyczerpuje pojęcia poprawy; jednocześnie subiektywne poczucie sensu nie znosi konieczności leczenia symptomów zagrażających życiu lub poważnie ograniczających funkcjonowanie. Z tego samego środowiska badawczego wyrósł model CHIME. Systematyczna synteza literatury dotyczącej personal recovery wyodrębniła pięć szerokich procesów: connectedness, hope and optimism, identity, meaning oraz empowerment. Późniejszy przegląd potwierdził transdiagnostyczne i interdyscyplinarne zastosowanie tego modelu.

Znaczenie CHIME dla koncepcji Mahouta jest zasadnicze, ponieważ zdrowienie nie zostaje w nim zredukowane do powrotu organizmu do wcześniej określonej „normy". Może ono oznaczać wypracowanie nowego sposobu życia z trwałą podatnością, niepełnosprawnością lub okresowymi objawami. W tym miejscu ujawnia się różnica między zdrowiem a normalnością statystyczną. Rzadkość cechy nie jest dowodem choroby, a powszechność zachowania nie dowodzi jego zdrowotności. W społeczeństwie chronicznie pozbawionym snu niedobór odpoczynku może być statystycznie normalny. W kulturze wysokiej presji powszechna może być samokrytyka, a w środowisku przemocy – hiperwigilancja.

Diagnoza musi zatem rozróżniać częstość od funkcji oraz normę statystyczną od normy klinicznej i normatywnej. Jest to szczególnie istotne w kontekście neurodywergencji. Hannan sugeruje, że różnorodność typów umysłów mogła pełnić funkcję dywersyfikacji ryzyka w grupie, a osoby szczególnie wrażliwe mogły działać jako wcześni detektorzy zagrożeń. To interesująca hipoteza ewolucyjna, której nie należy jednak przekształcać w kolejne uproszczenie, jakoby każda cecha neuroatypowa była ukrytą adaptacyjną przewagą. Neurodywergencja może wiązać się zarówno z zasobami, jak i poważnymi ograniczeniami, zależnie od profilu osoby i środowiska. Model zdrowia musi uwzględniać oba te fakty bez redukowania odmienności do patologii i bez romantyzowania realnej niepełnosprawności. Zdrowie psychiczne jest ponadto nierozerwalnie związane ze zdrowiem społecznym. WHO definiuje social health poprzez ilość i jakość relacji wystarczających do zaspokojenia potrzeby znaczącego ludzkiego połączenia, odróżniając obiektywną izolację społeczną

od subiektywnej samotności. Zwraca przy tym uwagę, że relacje wpływają na zdrowie psychiczne, fizyczne i mózgowe przez cały cykl życia.

Zdrowie jako relacyjna i rozszerzona architektura regulacyjna

W naszym modelu relacje nie są jedynie dodatkowym „czynnikiem ochronnym" dopisanym do biologii. Uczestniczą one bezpośrednio w regulacji pobudzenia, walidacji, interpretacji rzeczywistości i poczuciu sprawstwa. Zdrowie psychiczne nie powinno zatem być utożsamiane z psychiczną samowystarczalnością; człowiek potrzebujący innych nie jest z tego powodu mniej dojrzały. Współregulacja, konsultowanie decyzji czy korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego to fundamentalne elementy ludzkiego funkcjonowania. Autonomia w tym ujęciu ma charakter relacyjny: nie polega na eliminacji zależności, lecz na zachowaniu zdolności do refleksji, sprzeciwu i współdecydowania o tym, w jaki sposób zewnętrzne wpływy uczestniczą w naszym działaniu.

Wątek ten prowadzi bezpośrednio do pojęcia „Mahouta zewnętrznego". Jeśli człowiek powierza część pamięci, organizacji, interpretacji czy podejmowania decyzji innym osobom, instytucjom lub systemom AI, zdrowie całego układu nie może być mierzone wyłącznie właściwościami mózgu jednostki. Konieczna staje się analiza jakości architektury regulacyjnej. „Mahout zewnętrzny" może zwiększać kompetencję, ale może ją również wypierać; może wspierać autonomię, lecz równie dobrze optymalizować cudzy interes. Może korygować błędy poznawcze albo wzmacniać je poprzez nadmiernie przytakującą personalizację. Może łagodzić samotność, a może stać się funkcjonalnym substytutem kontaktów, których człowiek boi się podejmować.

Dlatego zdrowie w układzie człowiek-AI wymaga kryteriów innych niż chwilowa satysfakcja użytkownika. System, który zawsze uspokaja, może wzmacniać reassurance seeking; ten, który zawsze potwierdza, może niszczyć zdolność tolerowania korekty. Z kolei system maksymalizujący zaangażowanie może podtrzymywać pobudzenie, mimo że użytkownik subiektywnie ceni długoterminowy spokój. Właściwy „Mahout zewnętrzny" powinien pomagać w rozpoznawaniu celów, a nie potajemnie zastępować je własną funkcją celu. Powinien być korygowalny, możliwy do opuszczenia i transparentny na poziomie istotnym dla podejmowania decyzji. Jeśli pełni funkcję edukacyjną lub terapeutyczną, winien zwiększać kompetencje człowieka tam, gdzie samodzielność jest realistycznym celem, zamiast tworzyć zbędną zależność.

Nie oznacza to jednak, że każda zależność jest patologią. Osoba korzystająca przez całe życie z aparatu słuchowego nie jest mniej zdrowa z powodu zależności od urządzenia, podobnie jak osoba

stale przyjmująca leki może prowadzić dobre życie dzięki trwałemu wsparciu farmakologicznemu. Analogicznie przyszły zewnętrzny system poznawczy może być wartościową protezą bez konieczności jego stopniowego odstawiania. Kryterium jest tutaj to, czy zależność ta jest świadoma, stabilna, bezpieczna, proporcjonalna do korzyści oraz zgodna z wartościami i interesami osoby.

Taki model pozwala uniknąć moralizacji pojęcia zdrowia. Zdrowy człowiek to nie ten, który jest zawsze produktywny, pogodny, odporny, lubiany i niezależny. Taka definicja przekształciłaby normę kliniczną w normę klasowo-kulturową.

Zdrowie psychiczne musi pozostawiać miejsce na żałobę, protest, gniew, samotność z wyboru, niepełnosprawność, zależność od pomocy i okresową niezdolność do działania. Musi dopuszczać zachowania niezgodne z oczekiwaniami dominującej grupy. Historia psychiatrii dostarcza wystarczająco wielu przykładów, w których odstępstwo od norm społecznych mylono z patologią, by współczesna definicja zdrowia wymagała szczególnej ostrożności wobec kryterium konformizmu. Jednocześnie nie można z tego wywieść wniosku, że ocena zaburzenia jest zawsze arbitralnym aktem społecznym. Psychoza niszcząca orientację w rzeczywistości, ciężka depresja z ryzykiem samobójczym, mania prowadząca do skrajnych ryzyk, nasilone OCD pochłaniające większość dnia czy uzależnienie powodujące utratę kontroli nie stają się neutralnymi „odmiennościami” tylko dlatego, że normy społeczne są zmienne. Perspektywa konstrukcjonistyczna słusznie przypomina o społecznym komponencie kategorii; perspektywa kliniczna – o realności cierpienia i dysfunkcji. Dojrzała teoria musi mieścić oba poziomy.

Właśnie dlatego zdrowie psychiczne należy opisywać wielowymiarowo. Redukcja objawów informuje o jednym wymiarze, funkcjonowanie o drugim, dobrostan o trzecim, a personal recovery o czwartym. Kolejne wymiary dodają jakość więzi, zdolność samoregulacji, poczucie sprawstwa, elastyczność, bezpieczeństwo i możliwość uczestnictwa społecznego. Nie wszystkie te sfery zmieniają się równolegle: poprawa kliniczna może poprzedzać zawodową, a odzyskanie sensu życia może nastąpić, zanim całkowicie znikną objawy.

Zdrowie psychiczne jako dynamiczna zdolność do regulacji i korygowalności

Z punktu widzenia metodologii badawczej oznacza to, że pojedynczy wynik skali depresji lub lęku nie może być traktowany jako kompletny miernik zdrowienia. Aktualne opracowanie World Psychiatry postuluje właśnie dlatego rozszerzenie badań i praktyki klinicznej o analizę funkcjonowania, jakości życia, satysfakcji oraz personal recovery. Dla przyszłego modelu Mahouta

niezbędne byłyby dodatkowo miary dynamiki: tempo powrotu systemu do sprawności po obciążeniu, zdolność zmiany strategii po niepowodzeniu, wykorzystanie informacji zwrotnej, umiejętność odróżnienia realnego zagrożenia od generalizacji oraz biologiczny i społeczny koszt utrzymywania stabilności. Takie podejście premiuje badania podłużne, ecological momentary assessment, analizę trajektorii i modele N-of-1 ponad jednorazowe pomiary. Jest to zbieżne z krytyką badań nad rezyliencją, w których niejednoznaczne definicje i pomiary przekrojowe często okazują się niewystarczające do odtworzenia dynamicznych procesów adaptacyjnych. Zdrowie regulacyjne jest właściwością ujawniającą się przede wszystkim w zmianie warunków – podobnie jak wydolności układu sterowania nie da się w pełni poznać, obserwując go wyłącznie w stanie spoczynku.

Z tej perspektywy można zaproponować syntetyczne, robocze ujęcie zdrowia psychicznego rozwijane na potrzeby niniejszego artykułu. Nie jest ono oficjalną definicją ani propozycją zastąpienia klasyfikacji klinicznych, lecz wnioskiem wynikającym z zestawienia psychiatrii ewolucyjnej, psychopatologii rozwojowej, teorii sieci i systemów dynamicznych, allostazy, modeli elastyczności regulacyjnej, personal recovery, teorii przywiązania oraz rozproszonego poznania. Zdrowie psychiczne można w tym ujęciu rozumieć jako dynamiczną zdolność biologiczno-psychologiczno-społecznego systemu osoby do wykrywania istotnych wymagań środowiska, proporcjonalnego mobilizowania odpowiedzi, aktualizowania własnych modeli na podstawie doświadczenia, zmieniania strategii wraz ze zmianą kontekstu, odzyskiwania funkcjonalnej organizacji po zakłóceniu, utrzymywania znaczących relacji i wystarczającego sprawstwa oraz korzystania z zewnętrznych regulatorów w sposób, który nie pozbawia osoby możliwości rewizji własnych celów i warunków delegowania kontroli. Definicja ta celowo nie uznaje szczęścia za stan obowiązkowy. Nie zakłada braku lęku ani cierpienia, nie utożsamia zdrowia z produktywnością zawodową i nie wymaga samowystarczalności. Nie czyni także adaptacji wartością absolutną, ponieważ system może adaptować się do środowiska destrukcyjnego kosztem długoterminowego zdrowia.

Wprowadza natomiast cztery zasadnicze klasy właściwości: kalibrację reakcji, elastyczność i uczenie, zdolność funkcjonowania i relacji oraz sprawstwo nad architekturą własnej regulacji. W tym miejscu istotna staje się różnica między kontrolą a korygowalnością. Człowiek nie musi kontrolować wszystkich procesów psychicznych, aby pozostawać zdrowy; nikt nie panuje nad momentem pojawienia się większości myśli, emocji i bodźców interoceptywnych. Znacznie ważniejsze jest to, czy system może później zostać skorygowany przez nowe doświadczenie. Napad strachu sam w sobie nie dowodzi patologii. Znacznie bardziej problematyczny jest system, który pomimo dziesiątek przeciwnych doświadczeń nie potrafi aktualizować przewidywania zagrożenia. Smutek nie jest zaburzeniem dlatego, że boli; problemem może być utrwalenie całej sieci procesów

uniemożliwiającej powrót do aktywności mimo zmiany warunków. Podobnie zmienia się sposób rozumienia dojrzałości.

Dojrzały Mahout nie jest człowiekiem o maksymalnie silnym Jeźdźcu, który skutecznie podporządkował Słonia. Taka metafora promowałaby nadmierną kontrolę, tłumienie i iluzję racjonalnego suwerena. Dojrzałość regulacyjna polega raczej na rozpoznaniu, że emocje dostarczają informacji, ale nie są nieomylnymi reprezentacjami rzeczywistości; że refleksja pozwala korygować reakcję, ale sama jest podatna na racjonalizację; że inni ludzie są źródłami współregulacji i informacji, ale mogą również transmitować błędne modele; oraz że AI może rozszerzać metapoznanie, ale nie powinno uzyskać monopolistycznej pozycji arbitra własnego Ja.

Zdrowie jako kontekstowe zarządzanie kompromisami i metaregulacja

Tę strukturę dobrze obrazuje rozróżnienie między stabilnością a sztywnością. Zdrowy system może opierać się na stabilnych wartościach i relacjach, zachowując jednocześnie zdolność do zmiany zachowania w nowych warunkach. System sztywny powiela ten sam wzorzec, gdyż nie potrafi aktualizować swoich odpowiedzi. Z drugiej strony całkowita zmienność również nie jest oznaką zdrowia. Człowiek, którego przekonania, cele i emocje zmieniają się wyłącznie pod wpływem ostatniego bodźca, nie wykazuje większej elastyczności; może być raczej pozbawiony wystarczającej stabilności organizacyjnej. Elastyczność wymaga zatem zarówno zdolności do zmiany, jak i zachowania ciągłości tam, gdzie zmiana nie jest uzasadniona.

Właśnie dlatego zdrowie nie może polegać na maksymalizacji pojedynczego parametru. Maksymalna czujność prowadziłaby do przeciążenia alarmem, podczas gdy minimalna zwiększałaby ryzyko przeoczenia realnego zagrożenia. Maksymalna otwartość społeczna naraża na eksploatację, lecz całkowity brak zaufania niszczy współpracę. Maksymalna samokrytyka prowadzi do wstydu i defensywności, natomiast brak krytycznej autorefleksji utrudnia branie odpowiedzialności. Maksymalna niezależność pozbawia wsparcia, a całkowita zależność ogranicza sprawstwo.

Zdrowie regulacyjne polega na kontekstowym zarządzaniu kompromisami. Współczesne badania nad rezyliencją wspierają ten wielowymiarowy model. Największy z ostatnich przeglądów badań podłużnych wskazuje, że czynniki ochronne występują równocześnie na poziomie jednostki, rodziny i wspólnoty, a procesy różnią się zależnie od typu przeciwności oraz wyniku uznanego za pozytywną adaptację. Z tego powodu nie można stworzyć jednej uniwersalnej skali "mocy

Mahouta". Kompetencja regulacyjna jest częściowo domenowo specyficzna: ktoś może doskonale zarządzać stresem zawodowym, mając jednocześnie bardzo ograniczoną zdolność regulacji w bliskiej relacji; inny może świetnie tolerować emocje, lecz pozostawać podatny na impulsywne decyzje finansowe.

W przyszłości AI dodatkowo wzmocni potrzebę takiej domenowej analizy. Człowiek może zachować wysoką autonomię emocjonalną, a jednocześnie całkowicie delegować orientację informacyjną algorytmowi. Może samodzielnie podejmować decyzje osobiste, nie posiadając kompetencji do oceny modeli używanych w pracy zawodowej. Mahout zewnętrzny nie jest bowiem jednym bytem.

Jest on zbiorem regulatorów o odmiennych funkcjach i strukturach interesów. Dlatego zdrowie w środowisku cyfrowym wymaga pojęcia metaregulacji zewnętrznych regulatorów. Osoba nie musi samodzielnie wykonywać każdej operacji poznawczej, ale powinna – w możliwym dla niej zakresie – rozumieć, które funkcje deleguje, dlaczego to robi, jakie ryzyka wynikają z błędu systemu oraz w jaki sposób może tę delegację cofnąć lub zmodyfikować. Jest to cyfrowy odpowiednik świadomej zgody i kontroli nad leczeniem. Im większa asymetria wiedzy i możliwości między użytkownikiem a zewnętrznym Mahoutem, tym istotniejsze stają się zabezpieczenia instytucjonalne. Właśnie tutaj zdrowie psychiczne przestaje być wyłącznie problemem jednostki i staje się częściowo problemem ustroju środowiska regulacyjnego.

Prawo, polityka platform, własność danych, model biznesowy, projekt interfejsu oraz możliwość migracji między systemami mogą wpływać na autonomię równie realnie jak indywidualna samokontrola. W świecie, w którym zewnętrzny Mahout uczestniczy w wyborze treści, interpretacji doświadczeń i tworzeniu rekomendacji, ochrona zdrowia psychicznego obejmuje również ochronę pluralizmu informacji, korygowalności systemów i możliwości wyjścia z zależności technologicznej. Proponowany model różni się zatem zarówno od radykalnego indywidualizmu psychologicznego, jak i od determinizmu środowiskowego. Człowiek nie jest samotnym suwerenem odpowiedzialnym za pełną regulację własnego mózgu, ale nie jest również biernym produktem środowiska. Jego sprawstwo jest rzeczywiste, choć stopniowalne; relacyjne, choć nie redukowalne do relacji; wspomagane zewnętrznie, choć nie powinno być całkowicie przejmowane przez zewnętrzny system. Tak rozumiane zdrowie pozwala inaczej spojrzeć na samą diagnozę. Diagnoza nie mówi, kim człowiek jest. Nie określa również, czy jego życie może mieć sens ani jakie zasoby posiada.

Zdrowie jako dynamiczna zdolność systemu do zarządzania zmianą

Diagnoza informuje o określonym wzorcu problemów, który może być klinicznie istotny i wymagać interwencji. Personal recovery przypomina natomiast, że wynik leczenia obejmuje więcej niż zmianę diagnozy czy redukcję symptomów. Właśnie połączenie obu perspektyw chroni przed dwoma błędami: medykalizacją całej osoby i romantyzacją objawu. Hannan sugerował, aby samo zrozumienie przez pacjenta, że cierpienie może być logiczną reakcją organizmu, traktować jako istotny element terapii. Po przeprowadzeniu analiz można tę tezę zachować, jednak w wersji bardziej precyzyjnej: wyjaśnienie mechanizmu może zmniejszyć wstyd i katastroficzną interpretację zdarzeń, lecz nie dowodzi, że aktualny stan jest zdrowy, niegroźny lub niewymagający leczenia. Zrozumiałość etiologiczna i potrzeba klinicznej interwencji mogą współistnieć.

Ostatecznie najtrafniejszym przeciwieństwem zdrowia psychicznego nie wydaje się ani „choroba", ani „cierpienie", ani nawet „diagnoza". Na poziomie regulacyjnym najbardziej problematyczne są trwałe konfiguracje, w których system traci zdolność adekwatnego różnicowania sytuacji, aktualizowania modeli, zmiany strategii albo odzyskiwania funkcjonowania bez ponoszenia nieproporcjonalnych kosztów. Stan ten może być rezultatem procesów biologicznych, uczenia się, relacji, uwarunkowań społecznych lub ich sprzężenia. Z kolei zdrowie nie jest brakiem zakłóceń, lecz zdolnością systemu do podtrzymywania i odzyskiwania organizacji przy zachowaniu możliwości dalszego rozwoju. W tym punkcie spotykają się allostaza, rezyliencja, regulatory flexibility, recovery model, psychologia rozwojowa i teoria Mahouta. Każda z tych tradycji posługuje się innym językiem, lecz wspólnym przedmiotem staje się nie idealna równowaga, lecz dynamiczne zarządzanie zmianą.

Przewaga modelu Mahouta nad modelem Jeźdźca jest zatem teoretyczna, a nie stylistyczna. Model Jeźdźca organizuje uwagę wokół pytania o kontrolę zachowania; model Mahouta przenosi ją ku kwestii długoterminowej jakości regulacji. Uwzględnia on historię, uczenie, różnice osobnicze, relacje, starzenie, kontekst, instytucje oraz możliwość istnienia regulatora poza jednostką. Pozwala również pogodzić sprzeczne na pozór prawdy: że człowiek jest jednocześnie uwarunkowany i sprawczy; psychika biologiczna i społeczna; cierpienie funkcjonalne i patologiczne; diagnoza użyteczna i niepełna. Dopuszcza, że zależność może zwiększać autonomię, a samodzielność czasem ją ograniczać; że technologia może kompensować deficyt, a równocześnie tworzyć nową podatność. Takie sprzeczności nie są wadą modelu, lecz właściwością przedmiotu badań. Człowiek nie jest pojedynczym mechanizmem realizującym jeden cel, lecz wielopoziomowym układem regulacyjnym, którego komponenty mogą pełnić częściowo konfliktowe funkcje w różnych horyzontach

czasowych. Nauka o zdrowiu psychicznym zyskuje na precyzji nie wtedy, gdy usuwa te napięcia za pomocą jednego sloganu, ale gdy potrafi wskazać, w jakich warunkach każda z konkurencyjnych tez jest prawdziwa i gdzie przebiegają jej granice empiryczne.

> Ostatecznie, przeciwieństwem zdrowia nie jest diagnoza czy ból, lecz sztywność – stan, w którym system przestaje uczyć się z doświadczeń i utyka w jednej konfiguracji. Prawdziwa dojrzałość regulacyjna nie polega na iluzji absolutnej kontroli nad własnym umysłem, lecz na umiejętności nawigowania między stabilnością a zmianą. Czy zatem w świecie coraz silniejszej zależności od algorytmów i systemów zewnętrznych, miarą naszego zdrowia pozostanie nasza wewnętrzna odporność, czy raczej zdolność do świadomego projektowania architektury, która nas wspiera?

Inspiracje

[1] **"Your Normal Mind"** John Hannan

John Hannan jest australijskim psychologiem, klinicystą i autorem specjalizującym się w traumie, urazach moralnych i psychologii ewolucyjnej. Zanim rozpoczął praktykę kliniczną, przez ponad dekadę pracował w turystyce przygodowej w Azji i Australii. Później zajął się psychologią, koncentrując się głównie na środowiskach o wysokich potrzebach i rekonwalescencji po traumie. Hannan przez ponad dekadę pracował w Royal Flying Doctor Service, zapewniając przywództwo kliniczne, terapię psychologiczną i reagowanie kryzysowe w odległych społecznościach rdzennych na Półwyspie Cape York. Pracował również w australijskim Departamencie Obrony i świadczył usługi reagowania na incydenty związane ze zdrowiem psychicznym w przemyśle ciężkim i sektorze korporacyjnym. W swojej pracy Hannan integruje teorię ewolucji z praktyką kliniczną, konceptualizując cierpienie emocjonalne nie jako patologię czy uszkodzenie, ale jako funkcjonalne adaptacje biologiczne ukształtowane dla przetrwania przodków. Posiada również tytuł magistra administracji biznesowej.

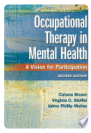
John Hannan *is an Australian psychologist, clinician, and author specializing in trauma, moral injury, and evolutionary psychology. Before entering clinical practice, he worked for over a decade in adventure tourism throughout Asia and Australia. He later transitioned into psychology, focusing extensively on high-needs environments and trauma recovery. Hannan served for more than a decade with the Royal Flying Doctor Service, delivering clinical leadership, psychological therapy, and crisis response to remote Indigenous communities across the Cape York Peninsula. He has also worked within the Australian Department of Defence and provided critical incident mental health response services to heavy industry and corporate sectors. In his work, Hannan integrates evolutionary theory with clinical practice, conceptualizing emotional distress not as pathology or brokenness, but as functional biological adaptations shaped for ancestral survival. He also holds a Master of Business Administration.*

Royal Flying Doctor Service

Literatura uzupełniająca

Książki

Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[1] "Occupational Therapy in Mental Health"

Catana Brown, Virginia C Stoffel, Jaime Munoz

2019 | F.A. Davis | ISBN: 9780803659292



[2] "Research on Disorders of the Mind"

United States. National Advisory Mental Health Council

1977



[3] "RESEARCH ON DISORDERS OF THE MIND: PROGRESS AND PROSPECTS"

DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE



[4] "Encyclopaedia of Occupational Health and Safety: A-K"

International Labour Office

1971

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System

Fundacja Dobre Państwo © 2026

Article ID: c71cf5c5-16ed-4e51-b4b2-4cb484e4ea74