

Agnieszka Nowakowska¹, Dorota Draczyńska², Marta Anczewska²

ANALIZA EGZYSTENCJALNA JAKO METODA PRACY Z PACJENTAMI Z DOŚWIADCZENIEM TRAUMY RELACYJNEJ

EXISTENTIAL ANALYSIS AS A METHOD OF INTERVENTION FOR PATIENTS EXPERIENCING RELATIONAL TRAUMA

¹Szpital Nowowiejski w Warszawie, Oddział Dzienny XX

²Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, I Klinika Psychiatryczna

Mimo wszystko powiedz życiu „tak”.

Viktor Frankl, O sensie życia¹.

cPTSD
relational trauma
existential analysis

Streszczenie

Analiza egzystencjalna jako podejście osobowo-fenomenologiczne wspiera poszukiwanie osobistych znaczeń i odpowiedzi na pytania dotyczące ludzkiej egzystencji. Uznając pełne osobliwości życie jednostki, prowadzi do odnajdywania odpowiedzi na cztery fundamentalne pytania: 1) „czy ja mogę tu być?”, 2) „czy ja lubię żyć”, 3) „czy ja mam prawo być takim, jakim jestem?” oraz 4) „po co żyję?”. Podstawę teoretyczną autorskiego treningu Akceptacja 4FM jako metody pracy grupowej z osobami hospitalizowanymi psychiatrycznie, z doświadczeniem traumy relacyjnej, spełniającymi kryteria rozpoznania cPTSD wg ICD-11 stanowią cztery fundamentalne motywacje. Trauma relacyjna ogranicza lub powoduje utratę naturalnych dyspozycji jednostki do bycia i działania, czucia i wchodzenia w relacje, pozostawania w harmonii ze sobą i światem zewnętrznym, a także nadawaniu celu i sensu życiu. Zakłóca procesy w obrębie wszystkich fundamentalnych motywacji (4FM). Natomiast relacja terapeutyczna uczy doświadczania własnego istnienia, rozumienia siebie, świata i innych w indywidualnym kontekście. Z głęboką troską o człowieka doświadczającego różnych trudności natury psychologicznej, umożliwia badanie złożonej rzeczywistości i poszukiwanie zgody na życie. Celem artykułu jest przegląd założeń analizy egzystencjalnej i czterech fundamentalnych motywacji Alfreda Längle, ucznia Frankla, stanowiących podstawę teoretyczną treningu Akceptacja 4FM.

Summary

Existential Analysis, as a personal-phenomenological approach, supports the search for personal meanings and answers to questions about human existence. Recognizing the uniqueness of an individual's

¹⁾ Viktor Frankl. O sensie życia. Czarna Owca, 2022.

life, it leads to finding one's own answers to four fundamental questions: 1) „can I be here?”, 2) „do I like to live?”, 3) „do I have the right to be the way I am?” and 4) “what do I live for?” The Four Fundamental Motivations constitute the theoretical basis of the original 4FM Acceptance Training as a method of group work with psychiatrically hospitalized people with experience of relational trauma who meet the criteria for the diagnosis of cPTSD according to ICD-11. Relational trauma limits or causes the loss of an individual's natural dispositions to be and act, feel and enter into relationships, remain in harmony with oneself and the outside world, and give purpose and meaning to life. It disrupts processes within all Fundamental Motivations (4FM). Hence, the therapeutic relation teaches one to experience one's own existence, understand oneself, the world and others in relation to the individual context. With deep concern for people experiencing various psychological difficulties, it enables the exploration of complex reality and the search for consent to life. The aim of the article is to review the assumptions of Existential Analysis and the four Fundamental Motivations of Alfred Längle, Frankl's student, which constitute the theoretical basis of the 4FM Acceptance Training.

Nurt egzystencjalny w psychoterapii

Psychoterapia egzystencjalna, uwzględniając czynniki terapeutyczne wspólne dla innych podejść, w sposób szczególny skupia się i respektuje znaczenie osobistych przekonań dotyczących wartości, jakimi w życiu kieruje się człowiek [1–3]. Ma swoje korzenie zarówno w filozofii, jak i w psychologii egzystencjalnej [3]. Odnosi się do obszarów konstytuujących człowieka, takich jak: 1) potrzeba sensu i celu; 2) zdolność do podejmowania decyzji, możliwość wyboru i potrzeba wolności; 3) świadomość swoich ograniczeń; 4) subiektywny świat przeżyć, możliwy do odkrywania drogą fenomenologiczną; 5) potrzeba wymiany wewnętrznej ze sobą i zewnętrznej, ze światem [4]. Zachęca do poszukiwania indywidualnych odpowiedzi oraz tam, gdzie jest to możliwe, wspiera odbudowywanie naturalnych dyspozycji jednostki i wykorzystanie jej osobowego potencjału. Celem pracy psychoterapeutycznej staje się subiektywny, fenomenologiczny przepliw doświadczenia jednostki, powiązany z doświadczeniem innych ludzi i ze światem. Psychoterapia egzystencjalna traktuje każdego człowieka jako odrębną, niepowtarzalną i złożoną egzystencję, w której każdy odpowiada za swoje życie. Skupia się na człowieku, wspierając go w akceptowaniu doświadczeń często przekraczających jego zrozumienie. Uznaje, że przezwyciężając cierpienie egzystencjalne, człowiek może zmniejszyć nasilenie objawów psychopatologicznych lub im zapobiec [5].

W terapiach nurtu egzystencjalnego wyróżnia się cztery główne szkoły [4, 5]:

- Daseinsanalysis Binswängera, zapewniającą pacjentom permissywną relację terapeutyczną, w której mogą swobodnie wyrażać siebie i rozwijać większą otwartość na swój świat,
- logoterapię Frankla, mającą na celu pomoc pacjentom w ustaleniu znaczenia i celu ich życia, przy użyciu m.in. technik dydaktycznych, takich jak dialog sokratejski,
- brytyjską szkołę terapii egzystencjalnej, przyjmującą opisową, fenomenologiczną postawę, zachęcającą pacjentów do eksploracji swoich życiowych doświadczeń,
- podejście egzystencjalno-humanistyczne, opierające się na oddziaływaniach wspierających, wykorzystujące nurt psychodynamiczno-interpretacyjny, aby pomóc pacjentom w rozwoju i zaspokajaniu swoich potrzeb z odwołaniem się do takich pojęć, jak wolność, izolacja, brak sensu, śmiertelność.

W Polsce reprezentantem nurtu egzystencjalnego w psychiatrii był Antoni Kępiński, uznawany za twórcę psychiatrii aksjologicznej [6], która szacunek i miłość do drugiego człowieka traktuje jako powinność moralną. Postulował zasadę dialogiczności w relacjach międzyludzkich. Opowiadał się za poziomą płaszczyzną kontaktu terapeutycznego opartą o zasadę partnerskiej równości uczestników dialogu.

Kępiński wiele uwagi poświęcił wartościom i wartościowaniu, twierdząc, że choroba może zaburzać hierarchię wartości. Uważał, że terapia winna prowadzić do nowego przeżywania i rozumienia wartości przez pacjenta [6]. Wskazywał na znaczenie otwartości i przyjmowanie postawy fenomenologicznej: „wydaje się, że przede wszystkim terapeuta sam powinien być otwarty na wartości, otwarty na przyjęcie wszystkiego co się zdarzy [...]”. Rozpoczynając sesję psychoterapeutyczną, zarówno pacjent, jak i psychoterapeuta nie wiedzą, do czego ona doprowadzi” [7, str. 137]. Podobnie myślał Viktor Frankl, austriacki psychiatra i psychoterapeuta [1, 2], zaś Irvin Yalom [8] podkreślał, że większość doświadczonych psychoterapeutów, bez względu na przynależność do określonej szkoły terapii, stosuje oddziaływania egzystencjalne. Przykładem tego może być zmieniające perspektywę, uświadamianie pacjentom ich skończoności, „uruchamianie woli”, która pomaga w podejmowaniu decyzji, oraz faktu, że to, co łączy większość pacjentów, to cierpienie z powodu braku sensu w ich codziennym życiu.

Alfried Längle, przedstawiciel analizy egzystencjalnej, uczeń Frankla, postuluje poszukiwanie zgody na życie w dialogu ze swoim wewnętrznym światem, w którym wola sensu jest główną motywacją [1]. Zachęca do brania odpowiedzialności za swoje życie i w konsekwencji lepsze radzenie sobie z nim [1, 2, 9]. Wspiera człowieka w pełnym, zarówno poznawczym, jak i emocjonalnym doświadczaniu siebie i świata, w zgodzie z treściami, celami i wartościami naprawdę dla niego ważnymi [1].

Analiza egzystencjalna oraz logoterapia są metodami uznanymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, Amerykańskie Towarzystwo Medyczne oraz WHO. Europejskie Towarzystwo Psychoterapii w Wiedniu uznało naukową wartość i terapeutyczną zasadność logoterapii i analizy egzystencjalnej, przyznając akredytację Międzynarodowemu Stowarzyszeniu Analizy Egzystencjalnej i Logoterapii — GLE International, w ramach europejskiego certyfikatu psychoterapii [5, 10].

Perspektywa badawcza w psychoterapii egzystencjalnej

Orlinsky [11] uważa, że dominujący w badaniach paradygmat zawęża sposób widzenia fenomenu psychoterapii do tego stopnia, że obiektem leczenia staje się zaburzenie, a nie człowiek. Poprawa objawowa jako kryterium skutecznej psychoterapii nie uwzględnia złożoności psychicznego funkcjonowania człowieka, redukując go do rozpoznania i stwierdzenia nasilenia symptomatologii w wymiarze psychicznym i cielesnym, bez uwzględnienia wymiaru osobowego. Zdaniem innych autorów, powodem ograniczającym liczbę badań na temat psychoterapii egzystencjalnej jest różnorodność struktury stosowanych oddziaływań terapeutycznych [12] oraz trudności metodologiczne towarzyszące badaniom w tej dziedzinie [13, 14]. Potwierdza to obszerna metaanaliza [4] oceniająca skuteczność różnych form psychoterapii egzystencjalnych, poczynwszy od 1970 roku do 2014 roku.

W pierwszym etapie wyodrębniono 1046 doniesień. W dwóch kolejnych wyłączono z analizy te prace, w których brakowało opisu oddziaływań egzystencjalnych lub jakichkolwiek innych czy ich opisu, nie podano wyników lub z innych przyczyn metodologicznych. Ostatecznie do analizy obejmującej prace z czterdziestu czterech lat włączono 15 randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (RCT) przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych ($n = 7$), w Kanadzie ($n = 4$), w Holandii ($n = 2$) i w Australii ($n = 2$). Autorzy [4] wskazują, że większość badań opisywała skuteczność terapii znaczeń (*meaning therapy*) lub terapii wspierająco-ekspresyjnej (*supportive-expressive*) u pacjentów blisko pięćdziesięcioletnich z rozpoznaniem choroby nowotworowej lub innych chorób somatycznych. Większe korzyści odnosili badani uczestniczący w grupowej terapii znaczeń, w porównaniu do udziału w procesie o charakterze wsparcia społecznego, znajdowania się na liście oczekujących lub otrzymywania terapii standardowej (TAU). Autorzy [4] wykazali, że uczestnicy grupowej terapii znaczeń w większym stopniu odnajdywali sens życia lub jego cel. Poziom doświadczanej psychopatologii zmniejszał się w sposób umiarkowany, a poczucie własnej skuteczności wzmacniało się. Terapie wspierająco-ekspresyjne i empiryczno-egzystencjalne (*experiential-existential*) w niewielkim, ale istotnym statystycznie stopniu redukowały psychopatologię w porównaniu z grupą kontrolną. W polskiej literaturze przedmiotu brak ustalonego tłumaczenia nazw wymienionych nurtów. Wydaje się zatem, że taki rodzaj oddziaływań nie jest praktykowany.

W przeglądzie literatury [15] autorzy wykazali, że psychoterapie w nurcie humanistycznym są skuteczne w przypadku problemów interpersonalnych, traumy relacyjnej, pomocne w depresji, psychozie, również u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami i nawykowymi działaniami autodestrukcyjnymi. Dla zaburzeń lękowych wydają się mniej skuteczne niż CBT. Efekt terapeutyczny utrzymuje się do 18 miesięcy od zakończenia leczenia. Wykazano również [15] skuteczność procesu terapeutycznego w podejściu humanistycznym, ukierunkowanym na akceptację, uważność (*mindfulness*) oraz redukcję stresu, jednakże były to badania bez grupy kontrolnej. Planując oddziaływania terapeutyczne i badając ich skuteczność należy pamiętać, iż doświadczenia traumy relacyjnej często pozostawiają trwałe ślady, a wysiłki na rzecz przekształcenia jej w formę, która nie odnawia rany, trwają niekiedy całe życie.

Perspektywa badawcza w logoterapii

Opublikowana w 1959 roku praca Kocourka i współpracowników to pierwszy raport dotyczący logoterapii i analizy egzystencjalnej, opisujący studia przypadków i analizy statystyczne skuteczności analizy egzystencjalnej i logoterapii w poliklinice w Wiedniu [16]. Autorzy dokonali przeglądu piśmiennictwa z trzech obszarów badawczych: narzędzi operacjonalizujących teoretyczne podstawy logoterapii, wpływu poczucia sensu i celu życia na patogenezę zaburzeń oraz kliniczną skuteczność logoterapii. Badanie skuteczności 6-tygodniowej logo-autobiografii [17, 18] wykazało, że w grupie leczonej, w porównaniu z grupą kontrolną, ocena po leczeniu, jak i po czterech tygodniach, wykazała niższe nasilenie objawów depresyjnych i wyższe wyniki dotyczące celu życiowego. Podobnie skuteczność 10-tygodniowej grupowej logoterapii potwierdzono w randomizowanym badaniu *pre-*

-*post-follow-up* [19]. Logoterapia grupowa 12 sesji w ciągu 3 miesięcy w istotny sposób zmniejszyła dystres w grupie badanych kobiet w porównaniu z grupą kontrolną [20].

Analiza egzystencjalna Alfreda Längle

Trójwymiarowa koncepcja człowieka Frankla jest podwaliną rozumienia człowieka w analizie egzystencjalnej Alfreda Längle, ucznia i przyjaciela Viktora Frankla [1, 5]. Frankl postrzegał człowieka w kategoriach wolności, duchowości i odpowiedzialności. Do dwóch istniejących wymiarów: cielesnego i psychicznego, Frankl dołączył trzeci wymiar — osobowy, który odnosi się do sfery wolnych wyborów, przeżywania wartości i poczucia sensu życia. Wymiary „ustosunkowują się do siebie”, a nie „składają się” na człowieka [21]. W każdym z nich można doświadczać braków, przy jednoczesnym spełnieniu w pozostałych [21]. Analiza egzystencjalna jako psychoterapia fenomenologiczno- (tzn. kierowana wypowiedziami pacjenta, polegająca na zrozumieniu, a nie na wyjaśnianiu) -dialogowa (tzn. związana z wprowadzaniem pacjenta w aktywny kontakt z jego światem) skupia się na towarzyszeniu jednostce w osiąganiu przeżywania naznaczonego wolnością, dokonywaniu autentycznych wyborów i samodzielnym, odpowiedzialnym podejściu do własnego życia i świata. W jej centrum jest pojęcie egzystencji, która oznacza życie sensowne, ukształtowane w wolności i odpowiedzialności, w łączności ze światem, z którym pozostaje się we wzajemnych relacjach. Osią procesu terapeutycznego jest empatyczne uczestnictwo terapeuty, a centrum doświadczenia — emocje. W łączącym terapeuta i pacjenta dialogu podejmowana jest próba zrozumienia jego wewnętrznego świata. Analiza egzystencjalna ujmuje człowieka jako osobę nierozzerwalnie związaną ze swoją sytuacją życiową. Zakłada, że człowiek jest zrozumiały tylko poprzez swoje zależności i można go wyleczyć w nawiązaniu do jego międzyludzkich stosunków i odniesień do świata.

Praktyczne zadanie analizy egzystencjalnej to wyjaśnianie (rozjaśnienie) sytuacji życiowych jako ważnych i wartościowych możliwości, których realizację nazywa się egzystencją. Próba zrozumienia, jak doszło do kryzysu egzystencjalnego. Przyglądanie się, co ujawnia dana forma istnienia, formułująca się i reformująca w miejscu traumy. Ze specyficznego rozumienia egzystencjalnej rzeczywistości człowieka wynika możliwość innego spojrzenia na własne postawy wobec życia i dokonywane rozstrzygnięcia, stając się stopniowo zdolnym do kierowania się w życiu treściami, celami i wartościami, które są dla niego autentycznie ważne [1].

Diagnoza w analizie egzystencjalnej

Główne składowe diagnozy w analizie egzystencjalnej wg Alfreda Längle to: model strukturalny — cztery fundamentalne motywacje, model procesualny — personalna analiza egzystencjalna oraz rozumienie psychopatologii w oparciu o przyjęte systemy diagnostyczne — ICD/DSM [22]. Celem diagnozy jest proces dochodzenia do zrozumienia tego, co stanowi źródło cierpienia pacjenta [1]. Diagnoza zakłada współpracę z innymi specjalistami, łączy badanie podmiotowe z podejściem fenomenologicznym. Proces diagnostyczny jest cyrkularny i składa się z pięciu etapów. Porządek ich występowania jest elastyczny, czas

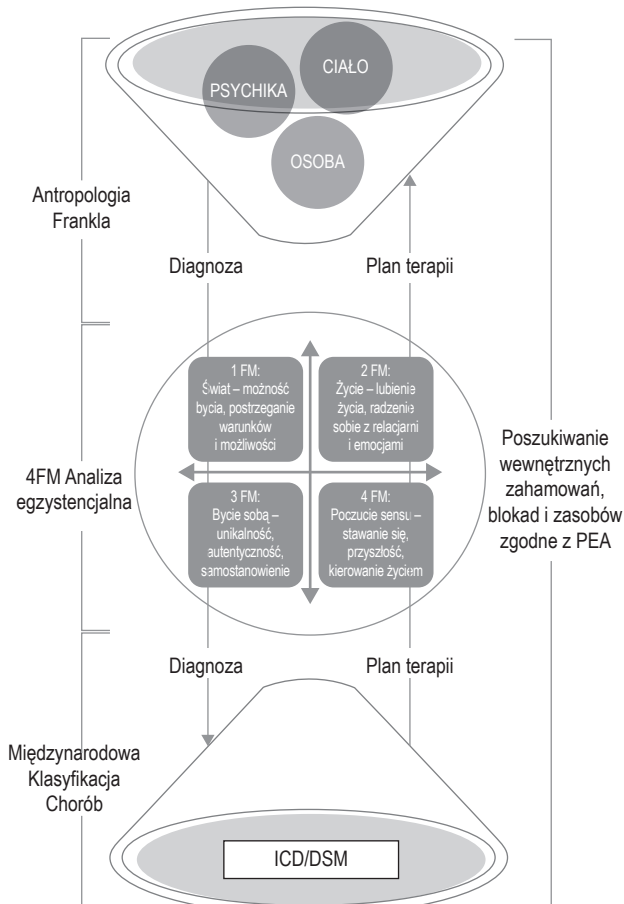
trwania obejmuje kilka sesji, a uzyskanie obrazu problemów pacjenta wymaga przejścia przez każdy z etapów przynajmniej raz. Proces diagnozy daje odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy analiza egzystencjalna jest w danym przypadku wskazaną metodą leczenia, czy wskazana jest także konsultacja psychiatryczna?
2. Czy wskazane jest zastosowanie elementów innych podejść terapeutycznych (terapii systemowej, terapii par, techniki logoterapii, pracy z ciałem, psychodramy etc.) i w którym momencie ewentualnie je włączyć?
3. Jakimi zasobami dysponuje pacjent (wewnętrznymi: zdolnościami poznawczymi, zdolnością do autorefleksji; zewnętrznymi: wsparciem rodziny, przyjaciół etc.) umożliwiającymi podjęcie terapii?
4. Jakie potencjalne trudności należy wziąć pod uwagę, jeśli chodzi o powodzenie pracy terapeutycznej, zarówno u pacjenta, jak i u terapeuty?
5. Jaki jest realistyczny cel, zakres i czas pracy?

Ważne jest, aby proces diagnozy oraz proces terapeutyczny uwzględniały holistyczne podejście do pacjenta. Psychoterapeuta powinien patrzeć na wymiary zdefiniowane przez Frankla, rozszerzać je o motywacje zdefiniowane przez analizę egzystencjalną i odnosić się do wielowymiarowej konceptualizacji problemów pacjenta zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami ICD/DSM. Konceptualizacja kształtuje się na etapie diagnozy i aktualizuje wraz z realizowanym planem terapii, a proces diagnozy i psychoterapii jest dynamiczny i pozostaje we wzajemnej zależności. Psychoterapeuta, zgodnie z personalną analizą egzystencjalną, winien poszukiwać i rozumieć wewnętrzne zahamowania, blokady i zasoby pacjenta oraz własne. Zbliżyć się do subiektywnego świata przeżyć pacjenta, aktualizować diagnozę i plan terapii, aby efektywnie przewidywać wyniki leczenia. Etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego stanowią zintegrowany system oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych, które są ze sobą w ciągłej wymianie i dialogu.

Ilustracją zintegrowanych oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych jest Schemat 1. Poszczególne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego dotyczą:

1. Poszukiwania wewnętrznych zahamowań, blokad i zasobów pacjenta w wymiarze cielesnym, psychicznym i osobowym.
2. Poszukiwania wewnętrznych zahamowań, blokad i zasobów pacjenta w odniesieniu do 4 fundamentalnych motywacji (rozbudowa obszaru osobowego). Badanie otwartości na dialog (PEA) oraz występujących zakłóceń w przebiegu procesu przyjmowania, przetwarzania i reagowania, ujawniających się w relacji terapeutycznej.
3. Odnoszenia konceptualizacji (sposobu rozumienia zahamowań, blokad i zasobów) w nurcie egzystencjalnym do klasyfikacji ICD-11/DSM-V. Oceny nasilenia trudności lub psychopatologii wraz z rozumieniem genezy oraz przyczyn, dla których pacjent szuka pomocy — zrozumienie motywacji pacjenta do podjęcia leczenia.
4. Opracowania planu terapii.
5. Ciągłej aktualizacji konceptualizacji w procesie terapeutycznym, w oparciu o PEA oraz nabywania i/lub wzmacniania zasobów pacjenta w procesie terapii.



Rysunek 1. Schemat diagnostyczno-terapeutyczny (opracowanie własne, za zgodą autora, na podstawie [22])

Cztery fundamentalne motywacje (4FM)

Frankl uważał wolę sensu za najgłębszą motywację człowieka. Współczesna analiza egzystencjalna zwraca uwagę na jeszcze trzy podstawowe siły (motywy), które równie głęboko poruszają człowieka i stanowią warunki wstępne do poszukiwania sensu. Wszystkie razem tworzą cztery osobowo-egzystencjalne motywacje podstawowe, cztery fundamentalne motywacje (4FM). Pierwsze trzy motywacje (osobowe) odnoszą się do człowieka, natomiast czwarta (egzystencjalna) do jego życia. Każda związana jest z konkretnym podstawowym pytaniem egzystencjalnym. **P i e r s z e** dotyczy egzystencji, możliwości bycia. **D r u g i e** życia jako takiego, jego wartości. **T r z e c i e** pacjenta jako osoby, możliwości bycia sobą. **C z w a r t e** — poczucie sensu egzystencji [1]. Z fundamentalnymi motywacjami wiąże się pojęcie akceptacji, oznaczającej uznanie, ustosunkowanie się, przyjęcie rzeczywistości z jej

określonymi warunkami. W myśl założeń analizy egzystencjalnej, człowiek — niezależnie od sytuacji, w jakiej się znalazł — staje przed wyborem akceptacji rzeczywistości [23]. Ustosunkowując się do niej, daje swoją wewnętrzną zgodę, rozumianą jako uznanie danych warunków rzeczywistości (co nie musi oznaczać ich aprobaty, dotyczy przyjęcia rzeczywistości taką, jaka ona jest, bez iluzji i zniekształceń). Przy braku wewnętrznej zgody życie pełnią staje się niemożliwe, w rezultacie czego pojawić się mogą objawy zaburzeń psychicznych.

Pierwsza fundamentalna motywacja (1FM) odnosi się do możliwości istnienia w określonych warunkach rzeczywistości. Pytanie egzystencjalne leżące u podłoża tej motywacji brzmi: *jestem, ale czy mogę tutaj być?* Akceptując rzeczywistość wraz z doświadczeniami wyniesionymi z systemu rodzinnego, bolesnymi przeżyciami, błędami, porażkami, słabościami, krytyką, nieuniknionym cierpieniem — człowiek konfrontuje się z tym, co jest dane, buduje egzystencję w oparciu o prawdę, a nie iluzję. Tym, co wspiera możliwość bycia, jest poczucie bezpieczeństwa, dostatecznej ochrony i wsparcia. Efektem spełnionej pierwszej fundamentalnej motywacji jest poczucie mocy i możliwość działania. Zaburzenia w zakresie tej motywacji są najczęściej wynikiem niedostatecznego wsparcia ze strony rzeczywistości. Są to przeważnie zaburzenia lękowe oraz zaburzenia psychotyczne.

Druga fundamentalna motywacja (2FM) odnosi się do indywidualnego, emocjonalnego stosunku do życia. Poprzez budowanie emocjonalnej relacji odnajdywane są wartości, dla których człowiek chce żyć, które go poruszają. Pytanie egzystencjalne tej motywacji to: *żyję, ale czy lubię moje życie?* Aby móc lubić życie potrzebne są: bliskość, tworzenie relacji z sobą i z innymi oraz czas. Efektem spełnionej drugiej fundamentalnej motywacji jest poczucie połączenia ze swoim życiem, budowanie więzi. Kiedy człowiek doświadcza trudności w przeżywaniu wartości, odbiera życie jako jałowe i pozbawione treści. Zaburzeniem związanym z zablokowaniem zdolności przeżywania wartości życia jest depresja.

Trzecia fundamentalna motywacja (3FM) dotyczy przeżywania siebie samego jako indywidualności. Pytanie egzystencjalne tej motywacji brzmi: *jestem, ale czy mam prawo być takim, jakim jestem?* Odnosi się do odczuwania własnej wartości, czyli wewnętrznego przekonania, do bycia takimi, jakimi jesteśmy. Poczucie własnej wartości kształtuje się dwutorowo: z zewnątrz, dzięki innym ludziom poprzez doświadczenie bycia akceptowanym, uznawanym, widzianym, traktowanym serio i od wewnątrz przez siebie, poprzez uznawanie własnej odrębności i podejmowanie odpowiedzialności za siebie samego. Najbardziej typowymi zaburzeniami wiążącymi się z brakiem poczucia wewnętrznej autentyczności i indywidualności są zaburzenia osobowości.

Czwarta fundamentalna motywacja (4FM) odnosi się do sensu życia, własnej egzystencji, również w dalszej perspektywie, w przyszłości. Pytanie egzystencjalne tej motywacji brzmi: *jestem tu, ale po co?* Wola sensu stanowi uzupełnienie i łączy pozostałe motywacje. Dla odczuwania sensu potrzebne jest osobiste zaangażowanie, poczucie, że obszar, w którym się działa, ma wartość. Widzieć sens oznacza dostrzegać siebie, swoje przeżycia i działania w ich powiązaniu z wartościami. Człowiek doświadcza sensu, realizując zadania i wartości, przynależąc do większych struktur, rozwijając samego siebie, także poprzez religię. Te doświadczenia ułatwiają mu bycie w zgodzie z własnym światem i odnajdywanie w nim w każdej chwili życia indywidualnego sensu, możliwego do realizacji [2]. Kiedy człowiek odczuwa bezsens swojego życia albo nie może wyrazić

sensu w działaniu, wtedy egzystencja zostaje zablokowana. W ramach tej motywacji mogą występować zaburzenia związane z poprzednimi motywacjami, jednak najsilniej związane z wolą sensu są uzależnienia i samobójstwa.

Personalna analiza egzystencjalna (Personal Existential Analysis, PEA)

Modelem odnoszącym się do procesów zachodzących w psychoterapii i relacji między terapeutą a pacjentem jest personalna analiza egzystencjalna [9], która kładzie nacisk na zdolności do budowania dialogu. U jej podstaw leży fenomenologia i łączenie doświadczenia pacjenta z „tu i teraz” jego świata wewnętrznego i zewnętrznego. Personalna analiza egzystencjalna opiera się na teorii Frankla, ale metodologicznie wykracza poza logoterapię. Zakłada zwrot w kierunku wewnętrznego doświadczenia pacjenta, a zatem oddala się od obecnej w logoterapii koncentracji na zewnętrznym świecie powinności i możliwości [2, 9].

Metoda skupia się na dialogu, na fenomenie spotkania terapeuty i pacjenta, byciu w terażniejszości, w ciągłej wymianie zmierzającej do wzajemnego poznawania. Uczy otwartości na dialog, bada występujące zakłócenia w przebiegu procesu przyjmowania, przetwarzania i reagowania, ujawniające się w relacji terapeutycznej. W personalnej analizie egzystencjalnej wyróżnia się cztery etapy:

1. Fazę opisową: Co pacjent mówi? Jak to mówi? Dlaczego mówi? Dlaczego mówi to mnie? Dlaczego teraz? Jak ja to przyjmuję? Celem dokładnego zebrania opisu jest powstanie wrażenia.
2. Analizę fenomenologiczną wrażenia, połączenie z emocjami.
3. Analizę wewnętrznego ustosunkowania, odnajdywanie postawy wobec sytuacji.
4. Wyrażenie ustosunkowania do świata, wraz z wzięciem odpowiedzialności, podjęciem działania.

Rozumienie traumy w analizie egzystencjalnej

Trauma, ze względu na swój charakter, jest doświadczeniem wykraczającym poza zwykle doświadczenia człowieka [24, 25]. W przypadku traumy relacyjnej, wielokrotnie powtarzające się sytuacje przemocy czy zaniedbania czynią jednostkę bezradną, przerażoną. Pozbawiają zaufania do świata (1FM), ludzi (2FM), siebie (3FM). Odbierają sens istnieniu, rozbijają egzystencjalną spójność osadzoną w 4FM. Jedną z cech charakterystycznych doświadczenia traumy, poza paraliżującym doświadczeniem przerażenia, jest doświadczenie (percepcja) druzgocącej niezrozumiałości rzeczywistości, która nie ma sobie równych [26], gdyż narusza ontologiczny sens istnienia. Człowiek w obliczu traumy przeżywa wszechogarniającą utratę zaufania do siebie, ludzi i do świata, nie mając możliwości poznawczego ustosunkowania się do sytuacji. Trauma narusza egzystencję na wszystkich poziomach motywacji: zdolności do bycia (istnienia), poczucia sensu i wartości istnienia, zdolności do życia w związku, integralności osobowości — rujnuje obraz siebie i poczucie własnej wartości. Pozbawia wiary w przyszłość, w rozwój, w którym własne życie i działania mogłyby przynosić satysfakcję i być rozwijające. Osoba pozbawiona strukturalnych elementów egzystencji (fundamentalnych motywacji) traci dostęp do swoich osobistych

zasobów: postrzegania siebie (tworzenia granic jako podstawy dialogu), samooceny poprzez swobodne definiowanie siebie, poczucia własnej wartości.

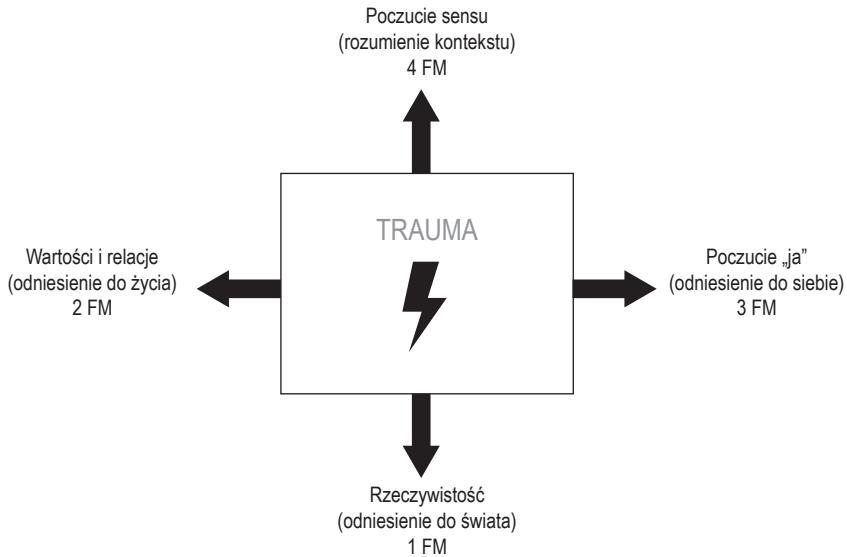
Doświadczenie traumy wprowadza w stan cierpienia, stały stan niebędący procesem, w którym doświadczenie pozostaje na zewnątrz bez możliwości zinternalizowania [26]. Egzystencja zostaje zablokowana: świat przestaje być bezpieczny, życie staje się nieatrakcyjne, obce, traci się dostęp do siebie, przyszłość nie jest konstruktywna, nie ma w niej sensownego stawania się i wzrastania [26]. Zaburzony zostaje autentyczny kontakt ze sobą, ludźmi, światem, naruszone podstawowe zaufanie. Osoba z doświadczeniem traumy złożonej znajduje się w stanie „przedłużającego się paraliżu przetwarzania”. Zamiast przetwarzania, wzbudzane są stare obrazy, które pojawiają się na tle pierwotnych emocji. Wkrótce zastępują uczucie pozbawionego emocji odrętwienia i pojawia się anhedonia. Aktywność zostaje przesunięta na poziom reakcji i dominuje zachowanie unikowe [26].

W świetle badań nad traumą relacyjną (rozpoznanie cPTSD wg ICD-11) osoby z tym doświadczeniem charakteryzują się deficytami w obszarze regulowania afektu. Ich przeżycia nie są dla nich w pełni zrozumiałe, nie mają kontroli nad ich nasileniem, mają trudności w adekwatnym przeżywaniu terażniejszości [27]. Rozumienie traumy relacyjnej jako „emocjonalnego zamrożenia” na skutek przemocy i/lub zaniedbania koresponduje z definicją patologii proponowaną przez analizę egzystencjalną i może wskazywać na brak wewnętrznej zgody na każdej z fundamentalnych motywacji Alfreda Längle: 1FM — wrogi, podejrzliwy stosunek do świata (odniesienie do świata), 2FM — wycofanie z kontaktów społecznych (odniesienie do życia), 3FM — poczucie pustki (odniesienie do siebie), 4FM — beznadzieja, przewlekły stan napięcia (nadawanie znaczenia, rozumienie kontekstu). Objawy zarówno PTSD, jak i cPTSD, według ICD-11, z perspektywy czterech fundamentalnych motywacji, korespondują z każdą z 4FM [24, 26]:

- 1FM — z osłabieniem możliwości bycia, poczucia swojej fizyczności — zaburzeniami snu, wzbudzeniem wegetatywnym, drżeniami, nadmierną reakcją motoryczną na nagłe bodźce, utratą wagi — naruszoną przestrzenią, brakiem ochrony i bezpieczeństwa, poczuciem zagrożenia — uderzeniem w fundamentalne zaufanie, wg ICD-11: ponownym doświadczaniem urazowego wydarzenia w terażniejszości, aktualnym poczuciem zagrożenia.
- 2FM — z zaburzeniami w wymianie emocjonalnej ze światem, brakiem połączenia z wartościami — „odrętwieniem emocjonalnym”, drażliwością, obniżeniem nastroju, trudnościami w regulowaniu emocji, poczuciem bycia zalewanym przez emocje związane z nawracającym przeżywaniem sytuacji/doświadczeń traumatycznych, unikaniem sytuacji/osób podobnych do urazowych, ciągłym przetwarzaniem wydarzeń traumatycznych — pojawiającymi się żywymi wspomnieniami lub snami, wg ICD-11: unikaniem, dysregulacją afektu, zaburzeniami w relacjach.
- 3FM — z zaburzeniami w obszarze siebie, obniżeniem poczucia własnej wartości, brakiem poczucia spójności — potrzebą trzymania urazowego doświadczenia niejako „z daleka od siebie” — co powoduje jeszcze większe oddalenie się od siebie, rozszczepienie — ja i trauma, wg ICD-11: negatywnym obrazem siebie.
- 4FM — z zaburzeniami w percepcji przyszłości, brakiem horyzontu, urwaniem „linii życia”, wizja świata, w którym wszystko co cenne, może zostać w dowol-

nym momencie zniszczone wg ICD-11: aktualnym poczuciem zagrożenia, upośledzeniem funkcjonowania dla PTSD oraz DSO.

Deficyty w obrębie wszystkich wymiarów istnienia (zobrazowane na rysunku nr 2), strukturalne osłabienie podstawowych motywacji i zatrzymanie egzystencjalnego spełnienia człowieka wyjaśniają współwystępowanie PTSD/cPTSD wg ICD-11 z lękiem, depresją, dysocjacją, somatyzacją i uzależnieniami [26, 30].



Rysunek 2: Trauma rozumiana jako masywne zakłócenia w obrębie 4FM (opracowanie własne, za zgodą autora, na podstawie [25])

Zakłócenia w obrębie 4FM mają odniesienie do pracy terapeutycznej. Wskazują na konkretne obszary pracy zgodnie z modelem strukturalnym analizy egzystencjalnej i fundamentalnych motywacji dotkniętych traumą. Określają kolejność etapów terapii:

- 1FM: rzeczywistość (odniesienie do świata) — praca nad akceptacją tego, co jest dane, restrukturyzacja założeń dotyczących rzeczywistości.
- 2FM: wartości i relacje (odniesienie do życia) — relacja z terapeutą i stopniowe włączanie emocji do relacji terapeutycznej, empatyczne towarzyszenie.
- 3FM: restrukturyzacja „ja” (odniesienie do siebie) — stopniowa praca nad odzyskiwaniem własnej historii, przetwarzanie doświadczeń traumatycznych i budowanie (restrukturyzacja) obrazu siebie jako osoby.
- 4FM: rozumienie kontekstu (nadawanie znaczenia) — restrukturyzacja, poszukiwanie sensu, nadawanie znaczenia, integracja doświadczeń i zasobów, a poprzez to wzrost potraumatyczny.

Terapia w modelu personalnej analizy egzystencjalnej umożliwia zatrzymanie i obserwację doświadczenia, przeżycie go w sposób bezpieczny. Osoby mogą stworzyć ciągłość doświadczenia i spójność wewnątrz siebie. Innymi słowy, personalna analiza egzystencjalna pozwala na powrót do siebie na poziomie emocjonalnym i poznawczym.

Założenia teoretyczne treningu Akceptacja 4FM

Trening Akceptacja 4FM odnosi się do każdej z fundamentalnych motywacji. W myśl założeń analizy egzystencjalnej psychopatologia jest definiowana jako sytuacja, w której osoba czuje się zablokowana lub powstrzymana przed próbami życia takiego, jakie uznaje za odpowiednie dla siebie [1, 9]. Zaplanowane oddziaływania terapeutyczne, uwzględniając ograniczenia czasowe procesu na oddziałach dziennych, skupiają się na uczeniu akceptacji rozumianej jako przyjmowanie rzeczywistości z określonymi jej warunkami na każdym z wymiarów. Trening Akceptacja 4FM zakłada wyposażenie pacjenta w narzędzia związane z budowaniem lub wzmacnianiem relacji z samym sobą oraz ze światem w dialogu wewnętrznym, uczenie i wspieranie akceptacji rzeczywistości, nadawanie sensu i celu życiu wraz z uznawaniem swojej biografii. Opiera się na multimodalnych oddziaływaniach w wymiarze psychicznym, cielesnym (uziemięcie egzystencjalne), osobowym oraz egzystencjalnym. Trening wskazuje na różnice między akceptacją a aprobatą oraz możliwe konsekwencje jednej i drugiej postawy. Uczy rozumienia indywidualnego świata oraz towarzyszenia sobie i innym w osiąganiu wolnego przeżywania, dokonywaniu wyborów i samodzielnym, odpowiedzialnym podejściu do własnego życia i świata.

Podsumowanie

Przedstawiony w niniejszym artykule sposób postrzegania człowieka uwzględnia holistyczne podejście zarówno w procesie diagnostycznym, jak i w planowaniu oddziaływań terapeutycznych. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 odnosi się do wymiarów, a nie kategorii poszczególnych zaburzeń psychicznych, pozwalając tym samym zbliżyć się do subiektywnego świata przeżyć pacjenta. Proponowany schemat diagnostyczno-terapeutyczny umożliwia prowadzenie pacjenta do poznania i akceptacji siebie, świata, ludzi w oparciu o zasadę partnerskiej równości uczestników dialogu. Ułatwia restrukturyzację znaczeń uszkodzonych przez traumę na każdej fundamentalnej motywacji. Pomaga w odkrywaniu indywidualnego sensu. Podkreśla dynamiczny przebieg diagnozy i psychoterapii, które pozostają we wzajemnej zależności i wymianie. Odnosi się do wielowymiarowej konceptualizacji zaburzeń osobowości wprowadzonych w ICD-11. Wskazuje nasilenie trudności w odniesieniu do istotnych obszarów funkcjonowania człowieka. Wspiera rozumienie pacjenta przez odnoszenie się do jego subiektywnego świata przeżyć i przekonań. Umożliwia wyposażanie go w narzędzia związane ze wzmacnianiem relacji z samym sobą, ze światem, wspieranie akceptacji rzeczywistości, nadawanie sensu i celu życiu wraz z uznaniem swojej historii życia — co jest kluczowe dla skutecznego leczenia cPTSD [2, 28]. Wprowadza funkcjonalne podejście, które jest bliskie temu, na co wskazuje Aho, w swoim zbiorze esejsów na temat medycyny egzystencjalnej: „Ludzkiej egzystencji (Dasein) nie można

sprowadzić do pomiarów z badań krwi, kardiografów i stetoskopów. Egzystencja jest raczej sposobem bycia, afektywną, usytuowaną i ucieleśnioną czynnością — nie »czym?« ale »jacy?« — jako ludzie jesteśmy” [29, str. 12].

Analiza egzystencjalna bierze pod uwagę życie człowieka jako całość, wychodząc z założenia, że spełnienie egzystencji może być dokonane w sytuacji łączności i współdziałania wszystkich wymiarów człowieka. Podkreśla wagę oddziaływań zmierzających do wspierania człowieka w pełnym, zarówno poznawczym, jak i emocjonalnym doświadczaniu siebie i świata. Kładzie nacisk na takie dyspozycje jednostki, jak podejmowanie decyzji w zgodzie ze sobą oraz branie odpowiedzialności za swoje życie, co w konsekwencji umożliwi lepsze radzenie sobie z nim [1, 5]. Rozwija te zdolności, które zostały zablokowane w wyniku doświadczania traumy relacyjnej: możliwości życia pełnią życia (ujawniające się jako „zamrożenie” lub nadaktywność), poczucie sensu, akceptacja rzeczywistości (zamiast unikania, przeżywania uczucia zagrożenia), bycie sobą, akceptacja siebie, budowanie satysfakcjonujących relacji ze sobą i innymi [24]. Trening Akceptacja 4FM zakłada oddziaływania terapeutyczne wyposażające pacjentów w narzędzia inspirujące do lepszego rozumienia i akceptowania świata, życia, siebie, i ukierunkowuje ich na poszukiwania indywidualnego sensu.

Piśmiennictwo

1. Längle A. Analiza egzystencjalna — poszukiwanie zgody na życie. *Psychoterapia* 2003, 2(125): 33–46.
2. Längle A. Von der sinnzentrierten Behandlung zur existenzanalytischen Psychotherapie. Markierungen zum Unterschied von Logotherapie nach Frankl und der modernen Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 2022; 39(1): 73–78.
3. Opoczyńska M. Psychologia egzystencjalna a podstawowe zagadnienia psychoterapii. W: Opoczyńska M, red. *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 193–210.
4. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2014; 83(1): 15–128.
5. Längle A. The history of logotherapy and existential analysis. W: van Deurzen E, Craig E, Längle A, Schneider KJ, Tantam D, du Ploek S. *The Wiley world handbook of existential therapy*. John Wiley & Sons Ltd.; 2019, s. 309–323.
6. Jakubik A. Psychiatria aksjologiczna. W: Jakubik A. Antoni Kępiński — człowiek i dzieło. Warszawa: PZWL; 1981, s. 358–364.
7. Kokoszka A. Rozumieć, aby leczyć i „podnosić na duchu” Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1996, s. 137.
8. Yalom ID. *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: IPZ, 2008.
9. Längle A. Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania samego siebie. *Psychoterapia* 2003; 11(24): 41–54.
10. European Association for Psychotherapy [Internet]. Logotherapy — European Association for Psychotherapy. Dostępny w: <https://www.europsyche.org/approaches/logotherapy/>
11. Orlinsky D. Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *IFP Newsletter* 2007; 1(7): 11–14.

12. Correia EA, Cooper M, Berdondini L, Correia K. Characteristic practices of existential psychotherapy: A worldwide survey of practitioners' perspectives. *Human. Psychol.* 2017; 45(3): 217–237.
13. Freire ES. Randomized controlled clinical trial in psychotherapy research: an epistemological controversy. *J. Human. Psychol.* 2006; 46(3): 323–335.
14. Rayner M, Vitali D. Existential therapy scores GOALS! Attitudes and possible solutions for the problem of measurement in existential psychotherapy. *Existential Analysis* 2014; 25(2): 296–313.
15. Angus L, Watson JC, Elliott R, Schneider K, Timulak L. Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychother. Res.* 2014; 25, 1–18. DOI: 10.1080/10503307.2014.989290.
16. Thir M, Batthyány A. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. W: Batthyány A, red. *Logotherapy and existential analysis. Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna*, vol 1. Springer; 2016, s. 53–74.
17. Bernstein KS, Cho S, Cho S, Roh S. Logo-autobiography and its effectiveness on depressed Korean immigrant women: A replication study. *J. Nurs. Educ. Pract.* 2012; 3(6): 51–60.
18. Cho S, Bernstein KS, Roh S, Chen DC. Logo-autobiography and its effectiveness on depressed Korean immigrant women. *J. Transcult. Nurs.* 2013; 24(1): 33–42.
19. Robtamili S, Sohrabi F, Sharak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. (2015). The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of Iran students. *Int. J. Adv. Couns.* 2015; 37: 54–52.
20. Mosalanejad L, Koolee AK. Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: The effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. *Int. J. Fertility Sterility* 2013; 6(4): 224–231.
21. von Kirchbach G. General introduction to logotherapy and existential analysis. *Europ. Psychother.* 2003; 4(1): 33–46.
22. Längle A. The process of diagnosis in existential analysis. W: Bartuska H, Buchsbaumer M, Mehta G, Pawlowsky G, Wiesnagrotzki S, red. *Psychotherapeutic diagnosis. Guidelines for the new standard.* New York: Springer; 2008, s. 83–90.
23. Längle A. *Informacja ustna w trakcie seminarium szkoleniowego.* Warszawa, 2010.
24. Siwak-Kobayashi M. Psychoterapia egzystencjalna osób z zaburzeniami nerwicowymi i związanymi ze stresem. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. *Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki.* Warszawa: Wydawnictwo Eneteia; 2011, s. 85–104.
25. Längle A. Trauma und Existenz. *Psychotherapie Forum* 2007; 15(3): 109–116.
26. Angermayr M. Existenztanalyse mit dem Körper — Ereignis und Anverwandlung. *Existenzielles Grounding als existenzanalytisch-körperpsychotherapeutischer Zugang.* *Existenzanalyse* 2002; 1: 4–13.
27. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet* 2022; 400(10345): 60–72. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00821-2. PMID: 35780794.
28. Cloitre M. The „one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *Eur. J. Psychotraumatol.* 2015 (19)6: 27344. DOI: 10.3402/ejpt.v6.27344.
29. Aho K. *Existential Medicine: Essays on Health and Illness*, W: Lanham, MD: Rowman & Littlefield International, (s. xii), 2018.
30. Vermetten E, Charney DS, Bremner JD. Posttraumatische Belastungsstörung. W: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N, red. *Psychiatrie der Gegenwart*, tom 6: Erlebens — und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer; 2000; s. 59–136.

Adres: ddraczynska@ipin.edu.pl