

Agnieszka Nowakowska¹, Dorota Draczyńska²

STAWANIE SIĘ SOBĄ — ANALIZA EGZYSTENCJALNA W PSYCHOTERAPII OSOBY Z TRAUMĄ RELACYJNĄ

BECOMING MYSELF — EXISTENTIAL ANALYSIS IN PSYCHOTHERAPY OF A PERSON WITH RELATIONAL TRAUMA

¹Szpital Nowowiejski, Oddział Dzienny XX

²Instytut Psychiatrii i Neurologii, Pierwsza Klinika Psychiatryczna

*I'm not sure what I'm looking for anymore
I just know that I'm harder to console
I don't see who I'm trying to be instead of me
But the key is a question of control*

Martin Gore, *A Pain That I'm Used To*,
Santa Barbara, California, 12.12.2005

existential analysis
relational trauma
4FM

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie procesu psychoterapii indywidualnej w nurcie analizy egzystencjalnej i paradygmacie czterech fundamentalnych motywacji (4FM) oraz wskazanie przemian, jakie nastąpiły w każdej z nich u pacjentki, pani K. 25-letniej kobiety, starszej siostry, która po trzech latach mieszkania za granicą i zakończeniu związku powróciła do domu rodziców. Chciała się poczuć bezpiecznie, a tak się nie stało. Nie rozumiała swoich reakcji, tłumila złość, nie potrafiła postawić granic. W relacji z rodzicami czuła się „jak kiedyś”. W konsekwencji pojawiały się objawy lękowe (deficyty bezpieczeństwa w 1FM) oraz depresyjne (2FM — relacja do życia). Czując rozpacz, uruchamiała wewnętrzną, krytyczną narrację (3FM — brak rozumienia siebie, brak zgody na bycie sobą). W konsekwencji nie odnajdywała sensu w swoim aktualnym życiu, pojawiały się myśli rezygnacyjne i zwiewne myśli samobójcze (trudności w obszarze czwartej 4FM, czyli poszukiwania sensu życia oraz w trzech poprzednich). W trakcie terapii stopniowo poznawała siebie, swoje objawy, nauczyła się samoregulacji. Zbudowała swoją autonomię. Dom rodziców stał się portem, z którego wypłynęła w świat. Za sterem stanęła pani K. akceptująca swoją rodzinę pochodzenia i to, jaki rodzina miała na nią wpływ. Nauczyła się budować dystans do swoich myśli (1FM), rozumieć swoje emocje, wyrażać je i regulować (2FM) oraz stawiać granice (3FM). Poznała siebie i uznała, że ma prawo do swoich granic, przekonań i potrzeb (3FM), odnalazła sens (4FM), nie czekając, aż rzeczywistość będzie zgodna z jej oczekiwaniami, co — jak wie — nie jest możliwe. W codzienności odnajduje swoje „tak” dla życia.

Summary

The aim of the article is to present the process of individual psychotherapy according to existential analysis, in the paradigm of four fundamental motivations (4FM), and to indicate the changes that occurred in each of the 4FM in a patient, Mrs. K., a 25-year-old woman, an only child, who after living abroad for three years and ending a relationship returned to her parents' home. She wanted to feel safe, but this did not happen. She did not understand her reactions, suppressed anger, and was unable to set boundaries. In the relationship with her parents, she felt "like she used to". As a result, anxiety symptoms appeared (security deficits in 1FM) and depression (2FM – relationship to life). Feeling despair, she activated an internal, critical narrative (3FM – lack of understanding of oneself, lack of consent to be oneself). As a result, she did not find meaning in her current life, and thoughts of resignation and fleeting suicidal thoughts appeared (difficulties in the area of the fourth 4FM, i.e., searching for the meaning of life, and in the three previous ones). During the therapy, she gradually got to know herself, her symptoms, and learned self-regulation. She built her autonomy. Her parents' home became the harbor from which she set sail into the world. At the helm stood Mrs. K., accepting her family of origin and the influence her family had on her. She learned to distance herself from her thoughts (1FM), understand her emotions, express them and regulate them (2FM) and set boundaries (3FM).

She got to know herself and recognized that she has the right to her own boundaries, beliefs and needs (3FM), and she found meaning (4FM), without waiting for reality to be in line with her expectations, which — as she knows — is not possible. In everyday life she finds her "yes" to life.

Wprowadzenie

Założenia teoretyczne

Alfried Längle, uczeń Viktora Frankla, twórca analizy egzystencjalnej (AE) wskazuje jej główne cele: wspieranie człowieka w pełnym, poznawczym i emocjonalnym doświadczaniu siebie i świata, uczenie podejmowania decyzji w zgodzie ze sobą oraz brania odpowiedzialności za swoje życie. Zakłada osłabienie blokad uniemożliwiających działanie, w wyniku czego, człowiek ma możliwość odkrywania unikalnego sensu swojej egzystencji rozumianej jako specyficzny, indywidualny sposób bycia [1–4]. W myśl AE, egzystencja dokonuje się w dialogu, w osobowym spotkaniu z drugim człowiekiem oraz z sobą samym. W osobowym spotkaniu dostrzegamy indywidualność jednostki oraz swoją własną. Wymaga to zachowania postawy fenomenologicznej i gotowości na emocjonalne poruszenie.

Spotkanie osobowe jest ważnym konceptem analizy egzystencjalnej określanym jako personalna analiza egzystencjalna (niem: *Persönliche Existenzanalyse* — PEA) [5, 6]. PEA w połączeniu z modelem 4FM (czterech fundamentalnych motywacji) oraz rozpoznaniem sklasyfikowanymi w systemach diagnostycznych ICD/DSM, tworzy schemat diagnostyczno-terapeutyczny [4]. Uwzględnia konceptualizację traumy relacyjnej jako „emocjonalnego zamrożenia” w obszarze czterech fundamentalnych motywacji (4FM) na skutek doświadczonej przemocy i/lub zaniedbania, rozumianej jako brak wewnętrznej zgody na każdej z 4FM [7].

Cel i metoda

Psychoterapia pani K. w oparciu o paradygmat AE wskazuje na proces zmian zachodzących w każdej z 4FM, który doprowadził do zintegrowania doświadczeń traumy relacyjnej, poprawy objawowej, odblokowania zdolności realizowania własnych celów życiowych i podjęcie życia w zgodzie ze sobą, w określonych warunkach rzeczywistości, z poszanowaniem znaczenia osobistych przekonań dotyczących wartości, jakimi w życiu kieruje się człowiek [6], w tym wypadku pani K.

Pani K. weszła do gabinetu jako osoba z doświadczeniem traumy relacyjnej, u której pojawiły się objawy depresyjno-lękowe i trudności osobowościowe wynikające z przeżywanego lęku i cierpienia. „Nie umiem”, „nie wiem, czy mi wolno”, „jak stawiam granicę, kiedy coś mi nie odpowiada, ludzie są na mnie źli”, „nie chcę ranić ludzi”, „albo oni, albo ja”. Czuła się bezradna i uruchamiała wypracowane sposoby radzenia sobie z rzeczywistością. Wycofywała się z relacji: „ludzie mnie przerażają”, mówiła. Tłumiła emocje i nieustannie próbowała kontrolować rzeczywistość i siebie. Perfekcjonizm utrudniał jej codzienne funkcjonowanie. Nadmierne wątpliwości dotyczące własnych wyborów i dalszego życia utrudniały podejmowanie decyzji. Brak kontaktu z własnymi emocjami był fasadą dla przeżywanego niechęci i złości, wyrażanej w negatywnych narracjach dotyczących siebie. W konsekwencji pojawiał się lęk, niepewność i poczucie winy. We wspomnieniach i snach powracało do niej wiele sytuacji urazowych z dzieciństwa. Pojawiały się reakcje „jak wtedy”. Powracał obraz agresywnego, budzącego grozę ojca, który krytykował, straszył i stosował niesprawiedliwe, często okrutne kary. Pani K. była delegowana do uspokajania go w celu ochrony młodszej siostry i matki. „Tylko ja potrafiłam zarządzić jego gniewem”, mówiła.

Matka pani K. zabraniała komukolwiek mówić o sytuacji domowej. Oboje rodzice, po studiach medycznych, piastowali wysokie stanowiska i na zewnątrz tworzyli obraz szczęśliwej, dobrze funkcjonującej rodziny.

W momencie rozpoczęcia terapii objawy pacjentki składały się w obraz rozpoznania complex PTSD wg ICD-11. Ponowne doświadczanie, unikanie, poczucie zagrożenia (wiązka PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, obszar zaburzeń stresu pourazowego) z towarzyszącymi objawami w zakresie dysregulacji afektu, negatywnego obrazu siebie i zaburzeń w relacjach (wiązka DSO, Disturbances in Self Organisation, obszar organizacji osobowości). Dwa lata później wyszła z gabinetu kobieta świadoma siebie, akceptująca rzeczywistość i odnajdująca sens w codzienności.

Kryterium poprawy objawowej i perspektywa egzystencjalna są względem siebie komplementarne i mają swój udział w odpowiedzi na psychoterapię. W prezentowanym opisie procesu psychoterapii kładzie się nacisk na prymat kryterium — wolności — odpowiedzialności — decyzyjności.

Czynniki leczące w analizie egzystencjalnej

Analiza egzystencjalna koncentruje się na ćwiczeniu umiejętności zajmowania stanowiska wobec rzeczywistości: dawaniu lub nie wewnętrznej zgody, rozwijaniu własnej zdolności do decydowania. Stoją za tym następujące czynniki leczące:

- fenomenologiczna otwartość psychoterapeuty, który kieruje pacjenta ku subiektywnemu ujmowaniu wartości i emocji, pomaga się z nimi zapoznać i naświetlić je w określonym kontekście, by stało się jasne nie tylko to, *co* pacjent poczuł, ale i *dłaczego* tak poczuł w określonej sytuacji,
- zatrzymanie się, bycie przy pacjencie, konfrontowanie, praca z paradoksami, które wzmacniają pacjenta w kształtowaniu opinii, rozpoznawaniu związków między własnymi doświadczeniami a wymaganiami danej sytuacji, przyjmowaniu nowych postaw, zajmowaniu stanowiska w zgodzie ze sobą i w konsekwencji — rozumieniu siebie samego,
- pozostawanie w akceptującej relacji — umożliwia wyrażanie siebie, wchodzenie w kontakt z zewnętrznymi lub uwewnętrznionymi wartościami i odbudowywanie połączenia z życiem.

Cztery fundamentalne motywacje

Zajmowanie postawy wobec rzeczywistości osadzone jest na czterech fundamentach (4FM), które niejako trzymają naszą egzystencję [6] i wraz ze stawianymi pytaniami pomagają w poszukiwaniu indywidualnych odpowiedzi. Określone warunki, jeśli są spełnione, są elementem wewnętrznej zgody i akceptacji rzeczywistości. Jej negowanie z kolei związane jest z przeżywaniem przez pacjentów cierpienia, które blokuje zdolność akceptacji rzeczywistości, rozumianej jako uznanie warunków, co nasila objawy psychopatologiczne. Warunkiem spełnionej egzystencji jest odnalezienie własnych „tak” dla życia w każdym z czterech obszarów 4FM: rzeczywistości, relacji, siebie i poczucia sensu. Kluczowe pytania 4FM przedstawione są na ryc. 1 wraz z warunkami, które są niezbędne do odnajdywania swojego „tak” dla życia na różnych etapach własnej egzystencji. Na kolejnej rycinie (ryc. 2) narysowany jest rozkład akceptacji dla każdej FM pani K. na początku terapii i na jej zakończeniu.

MOGĘ BYĆ, ISTNIEĆ, ŻYĆ	LUBIĘ ŻYĆ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jestem zdrowy/a? 2. Mam co jeść? 3. Mam gdzie spać? 4. Mam miejsce, w którym czuję się bezpiecznie? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daję sobie czas? 2. Czuję się lubiany/a? 3. Czuję się kochany/a? 4. Rozumiem swoje emocje? 5. Moje życie jest dobre i wartościowe? 6. Mam równowagę w dawaniu i braniu?
Warunki: przestrzeń, ochrona, wsparcie	Warunki: czas relacje, bliskość

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

JESTEM SOBĄ	MOJE ŻYCIE MA SENS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Doceniam siebie? 2. Lubię siebie? 3. Wspieram siebie? 4. Widzę siebie? 5. Szanuję siebie? 6. Dobrze o sobie mówię sobie? <p>Warunki: poważanie, akceptacja, docenianie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Co dobrego wynika z tego, że żyję? 2. Co mogę dziś zrobić, aby moje życie stanowiło sensowną całość? 3. Czy podejmuję działania, które mają sens? 4. Czy mam wartości, którymi kieruję się w życiu? <p>Warunki: wszystkie trzy poprzednie, indywidualny sens</p>

Ryc. 1 Kluczowe pytania i warunki 4FM; opracowanie własne auterek

Diagnoza i analiza procesu

Na początku psychoterapii reakcje i przeżycia wewnętrzne 25-letniej pani K. nie były dla niej zrozumiałe. Nie łączyła przeżywanego lęku i napięcia w ciele ani z urazowymi doświadczeniami i wyuczonymi reakcjami w dzieciństwie, ani z powrotem do domu rodzinnego. Nie miała kontroli nad nasileniem objawów, a adekwatne przeżywanie terażniejszości stanowiło dla niej problem. Jako dorosła osoba czuła się bezbronna wobec nakazów i zakazów, krzyku i ubliżania rodziców jej i sobie nawzajem oraz siostrze. W wielu nieplanowanych sytuacjach doświadczała aktywowania stanu emocjonalnego pochodzącego z okresu dzieciństwa, związanego z urazowymi doświadczeniami w relacji z rodzicami. Opisywane przez nią objawy były spójne z trudnościami w regulowaniu afektu u większości osób z traumą relacyjną. W tym, co pacjentka relacjonowała, dominowały opisy bycia na co dzień w stanie ciągłej gotowości i czujności, lub alternatywnie — zamrożenia i odcięcia emocjonalnego. Profilaktycznie wolała zachowywać dystans od ludzi, przeżywając siebie jako gorszą i bezwartościową.

W toku psychoterapii pani K., budując bezpieczną więź z psychoterapeutką, mogła stworzyć ciągłość doświadczenia i spójność wewnątrz siebie, odnaleźć bezpieczny grunt w aktualnej rzeczywistości. Innymi słowy mogła powrócić do siebie na poziomie emocjonalnym i poznawczym. Jednocześnie budowała i umacniała relację z samą sobą oraz ze światem zewnętrznym. Zaakceptowała rzeczywistość, co nie musi wiązać się ze zgodą, a może być uznaniem, w obszarze każdej z 4FM. Odnalazła własny sens i cel w życiu. Uznała swoją biografię. Zintegrowała urazowe doświadczenia z domu rodzinnego ze swoim doświadczeniem.

Czas trwania terapii to 60 godzin sesji, 15 w gabinecie, 45 online, w związku z przeprowadzką pacjentki do innego miasta. Z czasem i postęпами psychoterapii, spotkania cotygodniowe zostały zmienione na sesje co dwa tygodnie.

Początek psychoterapii — diagnoza, plan terapii i cele

Pani K. w chwili rozpoczęcia psychoterapii miała 25 lat. Zakończyła 3-letnią relację z partnerem i wróciła do Polski, gdzie ponownie zamieszkała w domu rodzinnym. Choć problem, który zgłaszała, dotyczył umiejętności stawiania granic i budowania zaufania do własnych wyborów, na pierwszym planie widoczne było wyraźne napięcie w jej ciele. Pani K. siedziała na brzegu fotela, praktycznie nie ruszając się. Mówiła szybko, nie robiąc pauz. Często, nieświadomie sprawdzała, czy wyłączyła telefon. Nie zdawała sobie sprawy z połączenia ciało–emocje oraz myśli–emocje i zachowania.

Konceptualizacja trudności zgłaszanych przez panią K. kształtowała się na etapie diagnozy i aktualizowała wraz z realizowanym planem terapii. Proces diagnozy i psychoterapii był dynamiczny i pozostawał we wzajemnej zależności. Psychoterapeutka AE poszukiwała i rozumiała wewnętrzne zahamowania, blokady i zasoby pani K. oraz własne. Zbliżała się do subiektywnego świata przeżyć pacjentki i aktualizowała diagnozę i plan terapii, aby efektywnie przewidywać wyniki leczenia.

Plan terapii na pierwszym etapie zakładał wspieranie pani K. w związku z ponownym zamieszkaniem u rodziców, ponownym przeżywaniem doświadczeń urazowych i radzeniem sobie ze stratą wcześniejszego życia. Stanowiło to wyzwanie podobne do psychoterapii osób nieletnich, nie odseparowanych od rodziny pochodzenia. Rodzice nie przestrzegali granic pani K., w tym fizycznych, np. granicy drzwi pokoju, a pani K. nie potrafiła tych granic wyznaczyć. Weszła w regres i musiała poradzić sobie z utratą wolności, jakiej doświadczyła po wyprowadzeniu się kilka lat wcześniej z domu rodzinnego. Rodzice żądali informowania o tym, z kim pani K. się spotyka i gdzie. Na próby stawiania granic oraz wyrażany przez panią K. sprzeciw i bunt wobec tych praktyk, reagowali agresją słowną.

W trakcie trwania psychoterapii pani K. podjęła decyzję o kontynuowaniu studiów, wyprowadzce z domu i rozpoczęciu pracy zawodowej. Założone cele mobilizowały ją do działania w myśl idei Frankla — kto wie po co żyć, znajdzie sposób, jak żyć [8].

Po wyprowadzce pani K. do innego miasta w celu podjęcia studiów, psychoterapia przyjęła mniej interwencyjny charakter. Zaktualizowano cele terapii. Skupiono się na:

- budowaniu zaufania do rzeczywistości, odróżnianiu rzeczy, zjawisk, sytuacji, na które pani K. ma wpływ, od tych, na które go nie ma oraz na nauce odróżniania myśli od emocji,
- poznawaniu znaczenia emocji, łączenia ich z reakcjami ciała,
- modyfikacji dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami,
- objawach zamrażania, odcinania, przeżywania urazowych wydarzeń w terażniejszości, czyli reagowaniu „jak tam i wtedy”.

Pani K. poznawała rolę granic i uczyła się je stawiać. Cele terapii były dynamiczne i zmieniały się w zależności od kontekstów życiowych pani K. Jest to zgodne z podejściem fenomenologicznym: zaczynamy od tego, „co jest dane”, podążając za pacjentem. Rolą psychoterapeuty AE jest rozumienie aktualnego, całościowego obrazu pacjenta ze specyficznym układem zasobów i deficytów w ramach 4FM i czuwanie nad tym, aby na bieżąco aktualizować konceptualizację z tym, co pacjent wnosi [7]. Osią, nadrzędnym celem, do którego często wracano, było zdobycie przez pacjentkę autonomii, odzwierciedlanie,

odkrywanie i akceptowanie siebie oraz wzmacnianie pozytywnego dialogu wewnętrznego w kontrze do krytykującego monologu. Słowem, skupiano się na budowaniu dobrej, opiekuńczej, rozumiejącej relacji pani K. z samą sobą.

Praca z 4FM — zmagania w trakcie psychoterapii

Tematem wysuwającym się na pierwszy plan był lęk — praca w obszarze 1FM. W przeżyciach pani K. dominowały lęki wokół odrzucania jej osoby, lęki przed kompromitacją, ale też lęk jako stan, w którym całe ciało jest spięte, w gotowości: pacjentka relacjonowała, że cały czas musi być w stanie czuwania. Rzecz jasna, miało to rację bytu — patrząc z perspektywy rozwojowej — nieprzewidywalny, agresywny ojciec i matka wypatrująca na każdym kroku i w każdej osobie zagrożenia, izolująca rodzinę, w myśl zasady, że o tym, co w domu nie można mówić. Pojawiał się również niekontrolowany natłok myśli o charakterze katastroficznym. Dla pani K. sam fakt przyjścia na psychoterapię i mówienia o doświadczeniach z domu rodzinnego był przeżyciem intensywnym, destabilizującym, okupionym wątpliwościami. Stopniowo pacjentka przyjmowała informacje zwrotne psychoterapeutki. Uczyla się nazywać to, co się działo w jej domu, próbowała zrozumieć, jaki to miało na nią wpływ. Upewniała się, że może czuć to, co czuje i że to, co czuje jest adekwatne do sytuacji.

Po opracowaniu tematów związanych z lękiem i nabyciu przez panią K. umiejętności radzenia sobie z nim ujawnił się temat 2FM, czyli relacji i stosunku do życia. Pani K. mówiła o potrzebie kontrolowania relacji i zarządzania nimi, prezentując dużą sztywność przekonań na temat tego, że ludźmi trzeba zarządzać tak, aby nie stanowili dla niej zagrożenia. W dalszym ciągu powracał temat poczucia bezpieczeństwa, w tym fizycznego — mieszkanie, które po wyprowadzce od rodziców zajmowała, nie było wystarczająco bezpieczne. Sprawdzała zamki w drzwiach, wychodząc z domu, upewniając się, czy są zamknięte, a będąc w pracy rozmyślała o tym. Nie pozwalała sobie na zachowanie równowagi w dawaniu i braniu, wychodząc z założenia, że to ona jest coś winna ludziom, za to, że w ogóle chcą mieć z nią do czynienia. Okresowo relacjonowała brak energii i duże zapotrzebowanie na sen.

Pojawiły się objawy z obszaru 2FM: depresja, poczucie bycia wyczerpaną, przy jednoczesnym obwinianiu siebie za ten stan. Dla pani K. utrzymywanie relacji było trudne. Cały czas pojawiały się myśli, że robi coś źle. W relacji z psychoterapeutką przez kilka pierwszych miesięcy była bardzo drobiazgowa. Chciała jak najlepiej opisywać to, czego doświadczała, przekonana, że nie można popełnić błędu, bo jest to zagrażające dla trwania relacji.

W obszarze 3FM pani K. odkryła, że ma w sobie złość. Dowiedziała się, że ta emocja pełni określone funkcje. Połączenie funkcji złości pojawiającej się w określonych sytuacjach z jej życia było dla pani K. trudne. Wiązało się z przekonaniem, że stawiając granice, zrani innych, co będzie oznaczało, że jest złym człowiekiem, a taka nie chciała być.

Należy wskazać, że w procesie terapeutycznym AE — terapeuta również analizuje własne zasoby i blokady w paradygmacie 4FM [7]. W początkowej fazie psychoterapii pani K., blokadę psychoterapeutki powodowała niechęć pacjentki do zalecanej konsultacji psychiatrycznej, celem włączenia farmakoterapii, związanej z nasileniem objawów lęku

i depresji, destabilizujących jej funkcjonowanie. Zdeterminowanie i upór pacjentki oraz odrzucanie możliwości uzyskania w miarę szybkiej pomocy, był dla psychoterapeutki niezrozumiały. To, co pomogło psychoterapeutce złapać grunt to ustalenie z panią K., że będzie ona monitorować objawy i wrócić do tematu włączenia farmakoterapii, jeśli ich nasilenie, tj. natłok myśli o charakterze katastroficznym, trudnych do zatrzymania; trudności z zasypianiem, wybudzaniem, pogorszenie nastroju będzie nadal niepokojące. Lęk o pacjentkę i czucie się odpowiedzialną za jej możliwość bycia (1FM) było lękiem z obszaru 3FM psychoterapeutki: „czy ja dam radę pomóc”, „czy będąc sobą, taką jaką jestem — jestem kompetentną terapeutką”. Kluczowe było oddawanie decyzyjności i uznanie, skądinąd należytej i będącej tematem pracy terapeutycznej, autonomii pani K. — jej samej (3FM), w połączeniu z obserwacją objawów i poprawą, która powoli następowała. Nieocenionym wsparciem dla psychoterapeutki była superwizja i to, że superwizor pracuje w podobnej modalności, w duchu szacunku, zrozumienia i akceptacji (3FM).

W ramach 4FM — poznawczo i deklaratywnie — pani K. czuła się najmocniej ze wszystkich motywacji. Jest to zgodne ze specyfiką tej motywacji, która nie odnosi się do człowieka, ale do egzystencji. Zakłada dystans, w którym osoba przeżywająca stany dysocyjacyjne może się odnaleźć — skupić na pracy, nauce, tym, gdzie odnosi sukcesy i tam budować sens i plan na przyszłość. Po stronie psychoterapeutki od pierwszego spotkania 4FM była zaspokojona. Miała ona poczucie, że towarzyszenie pacjentce w tym procesie psychoterapii ma sens. Poczucie sensu i ważności relacji uwidaczniało się także w tym, że pani K. i psychoterapeutka nie opuściły ani jednej wspólnej sesji.

Rezultaty

Praca z paradygmatem 4FM — zmiany w trakcie psychoterapii

Na ostatniej sesji pani K. podsumowała swój proces terapii i swoją zmianę, mówiąc, że to, co w niej zapadło najgłębiej, to wielokrotnie powtarzane twierdzenie psychoterapeutki „zawsze masz wybór” (4FM). Wybór oznaczał uznanie prawa do podejmowania własnych decyzji w zgodzie ze sobą — np. powiedzenia ojcu, że jeżeli będzie na nią krzyczał, to ona kończy rozmowę, albo że w swoim nowym miejscu zamieszkania nie chce gościć rodziców, ale może się z nimi „spotkać na kawie, w miejscu publicznym”. Pani K. doświadczyła, że posiadanie wyboru oznacza dawanie sobie prawa do swoich emocji i potrzeb, nawet jeśli nie wszystkim to będzie odpowiadało. „Mam prawo nie być w relacjach, ale też być w nich na swoich warunkach”, mówiła. Finalnie, zgodnie z perspektywą egzystencjalną, wybór oznacza to, jak człowiek ustosunkowuje się do sytuacji i jaką postawę zajmuje wobec sytuacji, w której jest.

Mimo że w wielu sytuacjach lęk powracał w przeżyciach pacjentki, to umiała radzić sobie z nim, w rozumieniu — koić stan, rozumieć, dlaczego się pojawił i łączyć z napięciem w ciele (1FM i 2FM). Pani K. nauczyła się samoregulacji emocjonalnej, prowadząc wspierający dialog wewnętrzny. Nabyła umiejętności pracy z myślami, bycia w ciele i powrotu do siebie (1FM — zdolność budowania dystansu do swoich myśli, 3FM — znajomość własnych granic i czucie siebie). Włączyła ćwiczenia samoregulacji do stałych technik

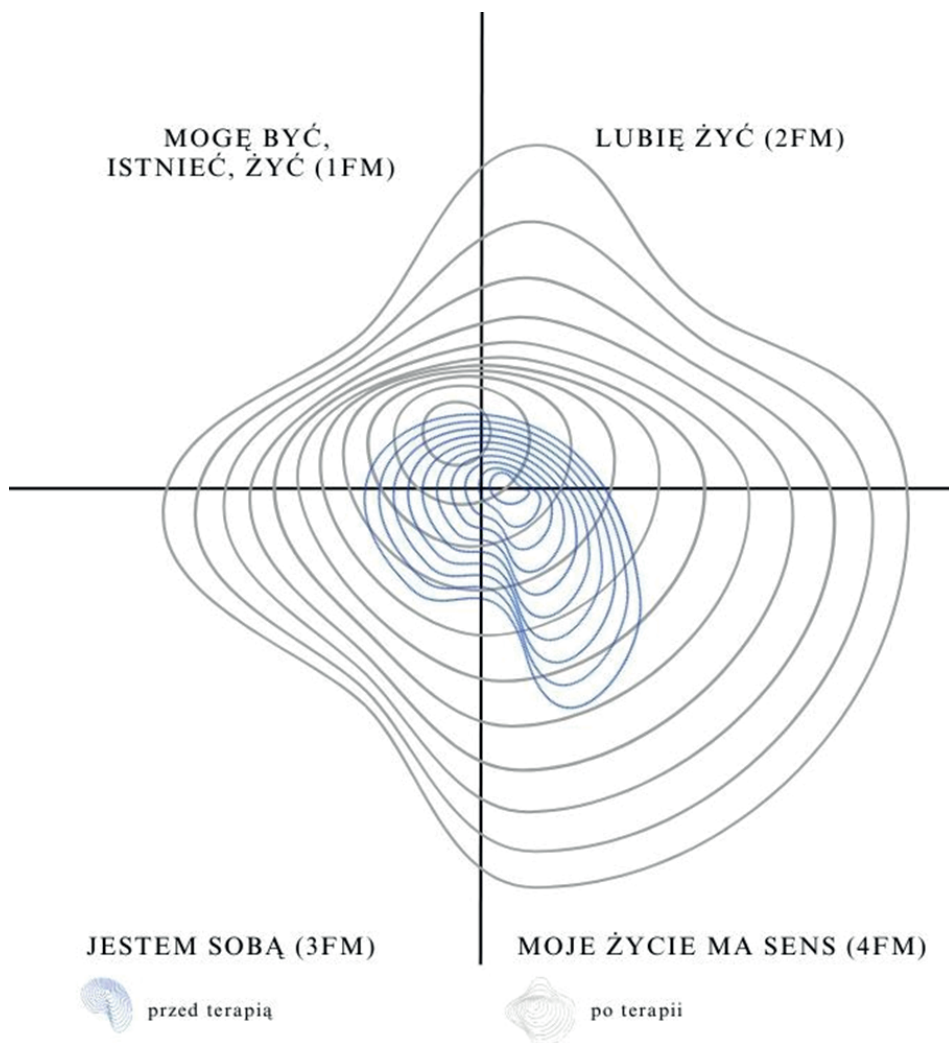
ułatwiających odnajdywanie bezpieczeństwa i gruntu (1FM). Pani K. zaakceptowała rzeczywistość, nauczyła się regulować emocje i być w budujących relacjach, pozwoliła sobie być sobą i odnalazła sens. Realizuje swoje cele i podejmuje wyzwania zawodowe. Ukończyła z sukcesem studia, sprawdzała się w roli liderki grup. Przestała czekać, aż życie będzie idealnie pasować do jej oczekiwań (1FM — grunt, 4FM — sens, szerszy kontekst, 2FM — dbałość o własne zasoby energetyczne, dawanie sobie prawa do odpoczynku, akceptacja niezadowolenia innych w relacji, doświadczanie radości ze sportów wodnych). Również w ramach 2FM nastąpiło zrozumienie, że jeśli nie czuje, odcina się, być może gubi ważne informacje o sytuacji i kontekście.

Dużą zmianą było uznanie, że uprawomocnione uczucia nie muszą być racjonalne, w rozumieniu, że nie wszystko musi mieć racjonalizację. Uznanie, że niezadowolenie innych w relacjach jest do przyjęcia, a ludzie nie domyślają się, co pani K. czuje, zatem ma prawo komunikować się (3FM). W ramach 3FM odkrywcze dla pani K. było dopuszczenie złości, emocji tłumionej, budzącej lęk. Połączyła je z okresem dzieciństwa i tematem czucia się sobą oraz stawianiem granic, co wcześniej nie było możliwe. W przeszłości analizowała poznawczo, co powinna mówić. Teraz rozpoznaje emocje (2FM) i umie je właściwie adresować, co owocuje uczuciem połączenia (2FM), zdolnością do decydowania i bycia sobą (3FM).

Rycina 2 przedstawia rozkład akceptacji pani K. dla każdej FM na początku i na zakończenie terapii. Zwraca uwagę, że mimo relatywnie najmniejszej poprawy w 1FM (powracał lęk oraz poczucie braku bezpieczeństwa, które wymagały świadomej pracy pani K. i samoregulacji), obszary 2FM, 3FM, 4FM zostały znacznie poszerzone. Radość z życia, smakowanie go, szacunek i uznanie dla siebie, umiejętność stawiania granic, nadawanie sensu swojemu życiu. Jest to spójne z tym, czego oczekuje się po psychoterapii egzystencjalnej, objawy nie blokują człowieka przed życiem pełnią [9].

Korzyści płynące z tego studium

Studia przypadków w znaczącym stopniu przyczyniają się do „wglądu w proces psychoterapii” [10, s. 42]. Taki zamysł przyświecał także temu opisowi: przybliżenie sposobu pracy psychoterapeuty w modalności AE oraz w paradygmacie 4FM. Z punktu widzenia procesu psychoterapii istotny jest fakt, iż objawy lękowe nie zniknęły całkowicie z życia pani K. Lęk nadal w wielu sytuacjach się pojawiał. Przestał natomiast ściągać jej uwagę i nie stał na przeszkodzie do życia pełnią życia. Analiza egzystencjalna wskazuje, że istota lęku często przejawia się w głębokim poczuciu, że nie żyło się „naprawdę” [9]. Implikacją takiego podejścia dla psychoterapii jest to, że jej celem nie jest redukcja objawów sama w sobie, ale pomoc pacjentowi w byciu sobą w sytuacji, w której się znalazł. W takiej sytuacji spadek nasilenia objawów staje się niejako efektem ubocznym [9]. W przypadku traumy relacyjnej, wielokrotnie powtarzające się sytuacje przemocy czy zaniedbania czynią jednostkę bezradną, przerażoną [11]. Pozbawiają zaufania do świata i generują lęk (1FM). Człowiek w obliczu traumy przeżywa wszechogarniającą utratę zaufania do siebie, ludzi i do świata, nie mając możliwości poznawczego ustosunkowania się do sytuacji. W toku psychoterapii pani K. mogła stopniowo odbudowywać zdolność ustosunkowywania się do



Ryc. 2. Rozkład dla każdej FM pani K. na początku terapii i na jej zakończenie 4FM.
Opracowanie własne autorek

rzeczywistości, zaczynając od uznania własnego prawa do odnoszenia się do niej w zgodzie ze sobą, z poszanowaniem jej warunków i innych. Pomagało w tym odbudowane poczucie sprawczości i własnej wartości, a poprzez to doświadczane poczucie bezpieczeństwa. Pani K. zrozumiała, że nie jest to stały stan, zatem w różnych destabilizujących sytuacjach (trudnych, zaskakujących, kryzysowych) lęk może wracać, ale nie jest już wrogiem. Zgodnie ze słowami Längle w kontekście lęku: „wg Freuda: sny są królewską drogą do nieświadomości, w AE lęk jest królewską drogą do głębi egzystencji, do istoty życia” [12].

Zatem lęk może wskazywać na to, co powinno być odkryte i zrozumiane. W opisywanym przypadku dla pani K. była to podróż do dzieciństwa i odkrycie, że lęk matki towarzyszył jej prawdopodobnie już w życiu płodowym, na co nie miała wpływu. Ma wpływ jednak na to, jak ona sama dziś może dbać o swoją przestrzeń, dawać ochronę i wsparcie sobie, kreować warunki, aby po prostu móc tu być i żyć.

Nadal mało jest znanych opisów przypadków psychoterapii AE na gruncie polskim — choć w tej metodzie można się szkolić od prawie 18 lat. Ten opis procesu psychoterapii analizy egzystencjalnej jest trzecim, jaki pojawia się na łamach Psychoterapii. Pierwszym był tekst Längle „Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania samego siebie” opublikowany w 2003 [6], stanowiący zapis fragmentu psychoterapii wraz ze wstępem teoretycznym. Drugim, a zarazem pierwszym opisem prowadzenia psychoterapii AE w polskich warunkach jest opis psychoterapii pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych, w warunkach więziennych [13]. O ile w przypadku pracy Karaś [13] wiadomo, że efekty psychoterapii utrzymywały się w czasie (siedem lat od zakończenia psychoterapii pacjent utrzymywał abstynencję, zawarł związek małżeński i wiódł spełnione życie zawodowe i rodzinne), o tyle w opisanym przez nas przypadku wiadomo jedynie, że na ustalonej wizycie kontrolnej po miesiącu od ukończenia psychoterapii efekty utrzymywały się.

Podsumowanie

Analiza egzystencjalna za cel psychoterapii stawia wyposazenie 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 [1–4]. Celem artykułu było przedstawienie, jak może wyglądać w praktyce postulowany [7] model diagnostyczno-terapeutyczny AE w leczeniu traumy relacyjnej. Eksplorowanie tematów związanych z 4FM — poznawczo i doświadczeniowo, zarówno w „tu i teraz”, jak i w pracy z biografią wydaje się dobrze dopasowanym oddziaływaniem w terapii traumy relacyjnej. Zachęca do integracji doświadczeń, powoduje odzyskanie naturalnych dyspozycji jednostki do bycia i działania, czucia i wchodzenia w relacje, pozostawania w harmonii ze sobą i światem zewnętrznym, a także nadawania celu i sensu własnemu życiu.

Piśmiennictwo

1. Längle A. Analiza egzystencjalna — poszukiwanie zgody na życie. *Psychoter.* 2003, 2(125): 33–46.
2. von Kirchbach G. General introduction to logotherapy and existential analysis. *Europ. Psychother.* 2003; 4(1): 33–46.
3. Opczyńska M. Psychologia egzystencjalna a podstawowe zagadnienia psychoterapii. W: Opczyńska M, red. *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 193–210.

4. 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.
5. Längle S. Voraussetzungen zu erfüllttem Sinnerleben. Elemente der existentiellen Haltung. *Existenzanalyse* 2000, 17(2): 28–32.
6. Längle A. Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania samego siebie. *Psychoter.* 2003; 11(24): 41–54.
7. Nowakowska A, Draczyńska D, Anczewska M. Analiza egzystencjalna jako metoda pracy z pacjentami z doświadczeniem traumy relacyjnej. *Psychoter.* 2023, 3(206): 41–54.
8. Frankl VE. Człowiek w poszukiwaniu sensu. Warszawa: Czarna Owca; 2009.
9. Längle A. Existenzanalyse. W: Längle A, Holzhey-Kunz A, red. Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wiedeń: Wydawnictwo UTB; 2008, s. 29–180.
10. Janusz B, Czapkiewicz K, Wolska M, Bierzyński K, Müldner-Nieckowski Ł, Furgał M. Zasady konstrukcji klinicznego studium przypadku w psychoterapii. *Psychoter.* 2019, 191(4): 41–56.
11. Draczyńska, D. (2024). Trauma relacyjna. *Psychiatria Polska*, 58(3): 529–539. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/156722>.
12. Längle A. Informacja ustna w trakcie seminarium szkoleniowego. Warszawa, 2011.
13. Karaś A. „Coś było puste i się wypełniło” — psychoterapia indywidualna pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych prowadzona w ujęciu egzystencjalnym w warunkach izolacji więziennej. *Psychoter.* 2018; 184(1): 51–63.

Adres: ddraczyńska@ipin.edu.pl