

„Aktualizacja” logoterapii?

Poniżej wymienione szczegóły dotyczące nowej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, która będzie obowiązywać od maja 2015 roku<sup>1</sup> zawdzięczam pani dr Katji Günther, dyrektor medycznej i lekarzowi specjalście zdrowia publicznego w Norymberdze. ICD-11 będzie się istotnie różniła od dotychczas używanej klasyfikacji ICD-10. Przyczyną tego są dostępne liczne wyniki badań naukowych z dziedziny nowoczesnej neurobiologii.

Uznane zostały za niewystarczające wcześniej przyjęte tezy, dotyczące przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych. Fakt ten wpływa na system nauczania w tradycyjnych szkołach psychoterapeutycznych, do których należy koncepcja franklowskiej logoterapii.

Najważniejszą zmianą jest stwierdzenie, że nie do utrzymania jest jednoznaczne przyporządkowanie danych psychicznych zaburzeń do konkretnych przyczyn. Najwyraźniej bowiem *wszystkie* psychiczne zaburzenia mają *wieloczynnikową* etiologię. Tym samym praktycznie wyeliminowane zostaje stare rozróżnienie na neurozy, które do te pory były uznawane za pierwotnie psychogenne i psychozy, które uważane były za pierwotnie somatogenne. Okazało się, że również u pacjentów neurotycznych można odszyfrować i zidentyfikować geny odpowiadające za podwyższone prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń lękowych, dokładnie tak samo jak na przykład u pacjentów maniakałnych. Do tej predyspozycji genetycznej (czynnik endogenny) dołącza epigenetyka (czynniki egzogenne). Zarówno szkodliwe wpływy prenatalne (np. rodzaju chemicznego), jak też nieszczęśliwe doświadczenia z dzieciństwa w budowaniu więzi czy późniejsze traumatyzujące wydarzenia życiowe zmieniają informację genetyczną. Dziś wiadomo już, jak taka zmiana przebiega. Zmiana genotypu osoby, zachodząca na skutek szkodliwych wpływów, polega głównie na demetylacji segmentów DNA, które są „wyłączane”, a więc bezpowrotnie giną. To zawęża nam spektrum, w którym możliwe są zmiany zachowania osoby. Jednocześnie jest też dowiedzione, że genów nie da się poprawić, ale za to można poprawić następczo budowę synapsy i gęstość sieci połączeń neuronowych. Jest to możliwe poprzez po pierwsze zmiany postaw, a po drugie realne jeszcze zmiany zachowań osoby, a to stanowi fizjologiczną podstawę i uzasadnienie każdej psychoterapii.

Rezygnacja z rozróżnienia na neurozy i psychozy prowadzi do dwóch odmiennych kryteriów rozróżniania, mających znaczenie dla praktycznej psychoterapii. Pierwszym jest zwrócenie większej uwagi na stopień ciężkości danego zaburzenia psychicznego, który stanowi wskaźnik do zastosowania terapii farmakologicznej. Reprezentuje się przy tym

---

<sup>1</sup> W Niemczech obowiązuje od 01.01.2022 (przyp. tłum.)

stanowisko, że przy poważnych zaburzeniach lękowych (wcześniej zwanych „neurozami”) leczenie farmakologiczne jest absolutnie konieczne, zaś przy lżejszych paranojach (wcześniej „psychozach”) wystarczy słaby neuroleptyk w mocnej dawce.

ICD-11 czyni zadość temu kryterium, gdy zamiast podziału psychicznych zaburzeń przedstawia wykaz ujętych opisowo zjawisk psychopatologicznych. Drugim kryterium rozróżniania, które dziś znajduje często zastosowanie, jest stopień intensywności zaburzeń rzeczywistości u pacjenta. Im zaburzenie jest silniejsze (wcześniej im bardziej jest „psychotyczne”), tym bardziej konieczne jest odpowiednie leczenie farmakologiczne. Wysoki stopień zaburzenia rzeczywistości zachodzi przy urojeniach i halucynacjach (dawniej „schizofrenie”), średni stopień przy zaburzeniach borderline albo potraumatycznych zaburzeniach stresowych, niski stopień przy zaburzeniach jaźni i własnej wartości, nieracjonalnych uczuciach lęku i winy. Aby stwierdzić dany stopień zaburzenia odbioru rzeczywistości u pacjenta potrzebne są dokładne anamnezy, wywiady, ewentualnie standaryzowane ankiety i inne. *Zasadniczo obowiązuje reguła:* im wyższy stopień ciężkości danego zaburzenia psychicznego albo silniejsze zaburzenie odbioru rzeczywistości, tym mniej wnioskuje się o psychoterapię jako jedyny sposób terapii, a bardziej o terapię lekarsko-farmakologiczną.

*Podsumowanie:* nieaktualne są już hipotezy o jednej przyczynie dotyczące powstawania zaburzeń psychicznych. Wszystkie zaburzenia psychiczne mają swoje korelaty fizjologiczne (= wzrost lub spadek gęstości danych receptorów dla pewnych neuroprzekaźników w określonych obszarach mózgu). To, jakie kliniczne symptomy występują u danego pacjenta zależy po pierwsze od czasu wystąpienia szkodliwego wpływu (szkody), który szczególnie niekorzystnie oddziałuje na mózg embrionu i dziecka w pierwszym roku życia; po drugie od lokalizacji szkodliwego wpływu w mózgu, który szczególnie niekorzystnie oddziałuje w układzie limbicznym albo w korze przedczołowej; oraz po trzecie od rozmiaru szkodliwego wpływu. Bez znaczenia jest fakt, czy szkoda jest chemiczna, czy też jest to psychologiczny czynnik stresogenny (np. zaniedbanie). Interesujące przy tym wszystkim jest, że dodatkowo dowiedziono, że również psychicznie chorzy ludzie mogą *różnie się odnosić do samych siebie i swoich zaburzeń*. Dlatego mogą odrobinę zmieniać siebie i swoje procesy neurologiczne. Jednakże ograniczone możliwości mają w tym wypadku osoby ze znacznymi deficytami poznawczymi, głęboko zakorzenionymi urojeniami i bardzo silnym zaburzeniem postrzegania rzeczywistości.

Spójrzmy teraz na pytanie, co oznaczają te nowe ujęcia dla nauki Frankla o nerwicach i psychozach. Po pierwsze, Frankl miał dostęp tylko do stanu wiedzy aktualnego w jego

czasach. Mimo to wyprzedzał swoje czasy w wypowiedziach o „psychofizycznym paralelizmie”, o neuronalnych korelatach w zaburzeniach neurotycznych, których istnienie już wtedy przypuszczał, o czynnikach patoplastycznych towarzyszących każdej patogenezie (wkład własny danej osoby) oraz o schorzeniach somatopsychicznych, które pojawiają się nawet w kryzysach noogennych.

Odejście od jednoznacznych opisów przyczyn do zaburzeń psychicznych dotyka logoterapię znacznie mniej niż np. psychoanalizę, której cała metoda leczenia koncentruje się na odkryciu (przypuszczalnych) przyczyn choroby. W przeciwieństwie do tego w założeniach logoterapii wykrywanie przyczyn choroby, np. w trakcie przeszukiwania historii życia pod kątem czynników ryzyka, odgrywa bardzo podrzędną rolę. Natomiast poszukiwanie czynników chroniących, w sposób charakterystyczny dla metody logoterapeutycznej, odpowiada w pełni nowoczesnym celom, by powodować poprawę psychicznego stanu pacjenta na drodze epigenetycznej. Fakt, że w międzyczasie dowiedziono, że zmiany postawy w pozytywnym kierunku mogą wywołać tego rodzaju poprawę, jest doskonałym potwierdzeniem tezy Frankla.

Nowe wyniki wymagają moim zdaniem dopasowania w ramach logoterapii tylko *jednego*. Potrzebna jest modyfikacja terminów „somatogenne”, „psychogenne” i „noogenne”. Celowo nie mówię, że należy z nich zrezygnować. Ponieważ każdy, kto dobrze zna logoterapię, wie że Frankl używając tych trzech terminów, w żadnym razie nie miał przed oczami głównie przyczynowego modelu wyjaśniania różnych wzorów zaburzeń. Pytał o głębiej sięgające przyczyny, a mianowicie o przyporządkowanie zaburzeń do wymiarów ontologicznych, w których manifestują się życiowe problemy, wymagające rozwiązania lub złagodzenia. Dla niego „somatogenne” oznaczało, że wydarzenie stało się zaraźliwe w fizycznej płaszczyźnie i należy się nim zająć w odpowiedni sposób. „Psychogenne” oznaczało, że zaburzenia zaistniały w psychicznej płaszczyźnie bytu danego człowieka i tam domagają się zaspokojenia. „Noogenne” (co poza logoterapią w ogóle nie jest diagnozowane) oznaczało dla niego, że człowiek, jako (również) duchowa istota, w poszukiwaniu sensu i wartości natrafił na problemy i potrzebuje wsparcia. Przy czym możliwe są wszelakie kombinacje i połączenia krzyżowe, co sprawia że konieczne są „terapeutyczne obcegi” (np. leczenie farmakologiczne i metody psychoterapeutyczne lub psychoterapeutyczne metody i rozmowy o poszukiwaniu sensu). Trzeba przyznać, że końcówka „genny” sugeruje związek przyczynowy, ale logoterapia nie koncentruje się na nim, ani w teorii, ani w praktyce. To, czego chce logoterapia, to potraktowanie człowieka *poważnie w jego ontologicznej różnorodności*, to zwrócenie uwagi, że człowieczeństwo nie wyczerpuje się w ogromie

procesów neuronowych oraz w zapisywaniu i przepracowywaniu wpływów psychospołecznych. Od samego Frankla pochodzi przykład z płaczem. Człowiek może płakać, bo zapach cebuli drażni jego oczy. Może płakać, bo ma niskie poczucie świadomości siebie samego i źle znosi krytykę. Może płakać, bo na skutek śmierci utracił ukochaną osobę. Gdyby zrezygnować z wszelkiego rozróżniania, trzeba by w skrócie stwierdzić, że w każdym przypadku aktywność gruczołów łzowych jest przyczyną płaczu, dlatego przydatne by było, żeby tej osobie obetrzeć łzy... przy zwiększonym płaczu po prostu większą ilością chusteczek. Prymitywność takich twierdzeń jest ewidentna. *Jeśli chce się pomóc, to trzeba rozróżniać!* Na fizjologicznym poziomie bytu rozsądnym byłoby wyeliminowanie cebuli. Na poziomie psychicznym właściwym byłoby wzmocnienie świadomości siebie i odporności na stres. Na poziomie ducha pomoże tylko pociecha, która przywoła do świadomości nieutralną wartość przeżytej relacji.

Moja propozycja w odniesieniu do dopasowania nomenklatury logoterapeutycznej idzie dlatego w kierunku *wymienienia końcówki „genny” na inną*, aby w przyszłości jasno pokazać to, co Frankl naprawdę miał na myśli. Może zakończenie „fokalny” stanowiłoby lepszą alternatywę. Fokalny – czyli koncentrujący, ogniskujący się na danym obiekcie, a w kontekście medycznym oznacza „punkt ogniskowania się choroby”. Bez naruszania w jakikolwiek sposób całego dorobku intelektualnego Frankla, można dopowiedzieć, że „somatofokalny” oznaczałoby, że punkt zapalny (a więc punkt ciężkości) cierpienia danego pacjenta i w konsekwencji również pola terapeutycznego działania znajdowałby się w obszarze cielesnym. „Psychofokalny” a więc punkt zapalny (ciężkości) cierpienia pacjenta i w konsekwencji również pola terapeutycznego działania znajdowałby się w obszarze psychicznym. A noofokalny oznaczałoby, że punkt zapalny (ciężkości) cierpienia pacjenta i w konsekwencji również pola terapeutycznego działania znajdowałby się w duchowej płaszczyźnie osoby. Nie mogę powiedzieć, że byłabym zadowolona z takiej zmiany terminów, ponieważ cenię oryginalne wyrażenia Frankla i jestem do nich przyzwyczajona, ale skłaniam się do przekonania, że wraz z postępującymi odkryciami błędne ujęcia z przeszłości muszą zostać zrewidowane.

Jeśli chodzi o dawny podział psychicznych zaburzeń na neurozy i psychozy i ich podkategorie, wydaje mi się, że w logoterapii idąc z duchem czasu powinniśmy stopniowo od tego podziału odchodzić. Nie możemy jednak zrezygnować z opisu tego, co te wyrażenia zawierają, ponieważ choroby psychiczne, błędy i zagubienie człowieka nie zmieniły się od początków istnienia psychoterapii jako poważnej nauki. I w żadnym wypadku nie jest ich mniej. Będzie to może trochę żmudne, by zamiast krótkich, wprowadzie upraszczających, za to

## Copyright © Elisabeth-Lukas-Archiv

jednak treściwych wyrażeń specjalistycznych, używać opisowych przedstawień wariantów psychicznych zaburzeń. Nie powinno to przeszkodzić w utrzymaniu i przekazywaniu dalej cennego i niewiarygodnie pomocnego dziedzictwa logoterapii.

Elisabeth Lukas

Czerwiec 2014 r.

Tłumaczenie: Anna Wrzesińska