

## Deficyt woli w stanach depresyjnych. Zmiany w motywacji po stresie traumatycznym

Jolanta Kociuba

ORCID: 0000-0003-0475-6991

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej\*

**Streszczenie:** Celem artykułu jest wykazanie, że sposoby reagowania depresyjnego na sytuację traumatyczną układają się we wzorce zachowań/objawów dotyczących nie tylko sfery emocjonalnej i poznawczej, ale także sfery motywacyjnej. W artykule zostaną przedstawione wyniki badania stanu psychicznego osób, które doświadczyły traumy z powodu straty osoby bliskiej w wyniku wypadku komunikacyjnego i dochodziły roszczenia z tytułu zadośćuczynienia za poniesioną krzywdę na drodze cywilnego postępowania sądowego. W badaniach własnych zastosowano metodę psychologicznego wywiadu diagnostycznego – pogłębionego i ustrukturyzowanego, w celu uzyskania danych do jakościowej analizy treści wypowiedzi osób badanych. Celem badań nie była ścisła weryfikacja stawianych hipotez badawczych, lecz psychologiczna ocena stanu psychicznego osób badanych po traumatycznym zdarzeniu biograficznym. Na podstawie uzyskanego materiału empirycznego zostały wyodrębnione aspekty zmian w motywacji, które podzielono na cztery obszary: 1) obniżenie energii i witalności życiowej; 2) brak motywacji do wykonywania codziennych obowiązków i czynności; 3) zanik planów na przyszłość i obniżenie aspiracji życiowych; 4) brak motywacji do nawiązywania kontaktów społecznych. Zmiany w motywacji jako skutek postawy depresyjnej pojawiają się tu w konsekwencji doświadczenia sytuacji straty, czyli wystąpienia stresora społecznego, jakim była śmierć bliskiej osoby.

**Słowa kluczowe:** postawa depresyjna, stres traumatyczny, zmiany w motywacji.

**P**rzedmiotem artykułu jest opis stanu psychicznego osób po doświadczeniu biograficznym nagłej śmierci osoby bliskiej w wyniku wypadku drogowego. Zdarzenie wypadku należy uznać za stresor zewnętrzny, który wywołuje skutki psychologiczne w postaci przeżycia traumatycznego. Cierpienie psychiczne po stracie bliskiej osoby w wypadku komunikacyjnym jest interpretowane w prawodawstwie jako krzywda niematerialna. Daje to podstawę do ubiegania się o zadośćuczynienie, czyli rodzaj rekompensaty za doznane cierpienie.

---

\* Instytut Socjologii; [jolanta.kociuba@poczta.umcs.lublin.pl](mailto:jolanta.kociuba@poczta.umcs.lublin.pl)

Zwróćmy uwagę, że osoby pogrążone w depresji o etiologii głównie sytuacyjnej (potocznie określanej jako depresja reaktywna) prezentują wzorce objawów chorobowych charakteryzujących się przekonaniem o własnej niezdolności do wywierania wpływu na swoją sytuację, zanikiem poczucia sprawczości oraz niezdolnością podejmowania ukierunkowanego działania, brakiem inicjatywy, osłabieniem motywacji do działania, zawieszeniem aktywności, biernością i apatią. Siła nacisku sytuacji zewnętrznej w postaci utraty bliskiej osoby wywołuje u jednostki reakcję depresyjną (co często stanowi główną formę zaburzeń adaptacyjnych), która może utrzymywać się nawet do pół roku od zdarzenia, a następnie może się utrwalić w postaci stanu depresyjnego. Przyczyną takiego stanu depresyjnego jest w takiej sytuacji stres, który został wywołany zewnętrznym czynnikiem, czyli zdarzeniem wypadku. Reakcja depresyjna, albo szerzej – zaburzenia adaptacyjne, nie wystąpiłyby bez zadziałania czynnika stresującego. Czynniki predysponujące, np. osobowościowe czy nerwicowe, obniżają próg wystąpienia zaburzeń, ale nie są konieczne do zaistnienia zmian funkcjonowania. Jeżeli osoba odpowie na czynniki zewnętrzne mechanizmami depresyjnymi może dojść do uogólnienia depresji, a więc jej przejścia w stan chroniczny.

Trafnym określeniem, oddającym ten stan jest pojęcie postawy depresyjnej (Michalska, 2017). Specyficzne doświadczenia życiowe jednostki mogą spowodować wtórnie depresyjne spostrzeżenie rzeczywistości, depresyjne uczucia oraz zanik motywacji do podejmowania działań celowych i ukierunkowanych decyzji. Całość tych zmian składa się właśnie na ukształtowanie uogólnionej postawy depresyjnej.

Psychologiczną odpowiedzią na traumatyczną sytuację zewnętrzną jest zatem postawa depresyjna, która charakteryzuje się skłonnością do reagowania negatywnymi emocjami oraz osłabieniem motywacji i minimalizmem w działaniu, według wzorca biologicznego „zastygnij” lub „wycofaj się”.

Objawy depresji dotyczą dysfunkcji procesów emocjonalnych (Seligman, Rosenhan, 1994) oraz obniżenia sprawności poznawczej (Gotlib, Gilboa, Sommerfeld, 2000). Pod wpływem depresyjnie obniżonego nastroju następują takie zmiany poznawcze, jak osłabienie sfery koncentracji uwagi, spostrzegania i pamięci oraz spowolnienie procesów myślenia. Tak zwane „depresyjne myślenie” implikuje następnie „niemożność podjęcia decyzji”, co z kolei powoduje niezdolność do działania. Nieprawidłowe wzorce myślenia i działania uruchamiają w jednostce depresyjne uczucia i nieadekwatne reakcje emocjonalne, które istnieją jednocześnie i wzmacniają się na zasadzie sprzężenia zwrotnego. „Niemożność podjęcia decyzji” to według wielu autorów jeden z objawów depresji klinicznej (por. Lazarus, Colman, 2001, s. 15).

Na związek depresji z zanikiem woli i motywacji do działania zwracają także uwagę współcześni badacze depresji. Thomas Fuchs pisze, że osoby w depresji

wykazują trudności w inicjowaniu działań i podtrzymywaniu motywacji oraz wykonywaniu działań i zadań. Wola w depresji staje się problemem (Fuchs, 2003). Zdaniem tego badacza naturalna i spontaniczna sprawczość zostaje w depresji zastąpiona czystą myślą i nadrefleksyjnością (Fuchs, 2005). Badacz łączy to z nadmiernym obciążeniem aparatu wolicjonalnego oraz angażowaniem go do błahych i prostych czynności dnia codziennego. Podobnie Matthew Ratcliffe uważa, że istota depresji polega na zaburzeniu wolnej woli (Ratcliffe, 2014).

Doświadczenie stresu życiowego i jego oddziaływanie na jednostkę uznaje się za udowodniony empirycznie czynnik psychiczny w powstawaniu depresji oraz zaburzeń psychotycznych. Silny stres pełni rolę katalizatora objawów depresyjnych (Fuchs, 2005). Ponadto wzrost poziomu stresu ma związek nie tylko z wystąpieniem objawów depresyjnych, ale też przyczynia się do nawrotów choroby.

Stresogenny bodziec bądź przewlekła sytuacja stresowa zmienia stan psychiczny w nawyk, postawę, a nawet cechę osobowości. Doświadczenie depresyjne przejawia się na poziomie neurobiologicznym trwałą nadaktywnością osi hormonalnej podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy. W nadnerczach wydziela się kortyzol, zwany hormonem stresu, który wpływa na metabolizm komórkowy organizmu. Silniejsza i długotrwała stymulacja ośrodków podkorowych, głównie ciała migdałowego i hipokampa, powoduje osłabienie kontroli wyższych ośrodków korowych, co upośledza interakcje między intelektem a emocjami. U osób pogrążonych w depresji obserwuje się trudności w kontroli swoich reakcji emocjonalnych, dominację emocji negatywnych, zmiany regulacji podstawowej emocjonalności, obniżenie podstawowego nastroju (płaczliwość, rzewliwość, drażliwość), a przede wszystkim podwyższenie ogólnego poziomu lęku w postaci tzw. gotowości lękowej. Chroniczny stres, działający w sytuacji, w której nie ma się wpływu na kontrolowanie stresora, powoduje uruchomienie zasobów energetycznych, metabolicznych i psychologicznych organizmu.

W celu uzupełnienia klasyfikacji należy rozróżnić także takie pojęcia, jak: zdarzenie stresujące, krytyczne zdarzenie życiowe wymagające ponownego przystosowania się oraz zdarzenie traumatyczne. Zdarzenie traumatyczne jest takim rodzajem sytuacji stresowej, która przekracza możliwości przystosowawcze zarówno organizmu, jak i psychiki oraz uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie w wielu obszarach życia.

Warto w tym miejscu rozróżnić tzw. stres traumatyczny, tj. silny stres, który występuje po zdarzeniu traumatycznym, przekraczający zasoby osobiste i społeczne jednostki oraz prowadzący do wyczerpania możliwości adaptacyjnych, co skutkuje pojawieniem się dysfunkcji w wielu obszarach psychicznego funkcjonowania. Stan taki charakteryzuje się wieloma specyficznymi objawami psychopatologicznymi i powstaje w wyniku procesu, który jest rozłożony w czasie. Przyjmuje się, że

rozpoznanie PTSD może być postawione pół roku po zdarzeniu traumatycznym, w którym to czasie objawy nie ulegają osłabnięciu, lecz przeciwnie – eskalują się.

Reakcja na stres ma swoją dynamikę, a jej przebieg jest ujmowany w sposób fazowy jako proces przebiegający przez szereg etapów. Gdy mechanizmy adaptacyjne osoby zawodzą, wówczas jej funkcjonowanie psychiczne i społeczne zostaje zdeorganizowane (Vibert, 2015). Opracowano wiele modeli, które prezentują dynamikę reakcji i stanów stresowych (Kubacka-Jasiecka, 2010; Lis-Turlejska, 2002). Jeśli kryzys psychologiczny nie zostanie rozwiązany konstruktywnie, pojawiają się objawy psychopatologiczne, które nieleczone mogą utrzymywać się latami w postaci zespołu stresu pourazowego (PTSD). Zgodnie z definicją przyjętą w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (APA, 2013) zaburzenia związane z traumą i stresem w DSM-5 to m.in. zaburzenia stresowe pourazowe, które mogą rozwijać się u osoby, która sama doświadczyła traumatycznego zdarzenia albo była jego świadkiem bądź dowiedziała się o zdarzeniu, dotyczącym osoby bliskiej. Samo zaś wydarzenie miała charakter gwałtowny i przypadkowy. Dla rozpoznania PTSD konieczne jest wystąpienie co najmniej dziewięciu objawów z pięciu kategorii: ekspozycja na zdarzenie lub informacja o nim, intruzyjne powtórne przeżywanie urazu (tzw. mechanizmy wtargnięcia – *flashback*), nieintencjonalne przypominanie i wspomnianie, negatywny nastrój, objawy dysocjacji (depersonalizacja i derealizacja), unikanie bodźców związanych ze zdarzeniem traumatycznym i pobudzenie fizjologiczne. Zaburzenie PTSD powinno być rozpoznane, gdy objawy utrzymują się ponad miesiąc.

Należy też zwrócić uwagę, że niekiedy w reakcji na zdarzenie traumatyczne może wystąpić zjawisko wzrostu potraumatycznego, co jest uzależnione od posiadania znacznych zasobów osobistych i społecznych. Efekt ten można wyjaśnić w świetle założeń poznawczej koncepcji stresu Richarda Lazarusa (1993), w której podkreśla się, że poziom stresu zależy nie tyle od rodzaju i siły stresora (tj. obiektywnych właściwości sytuacyjnych), co od oceny poznawczej stresora (tj. subiektywnej interpretacji dokonanej przez jednostkę). Wzrost potraumatyczny jest możliwy w sytuacji, gdy u osoby nastąpi integracja bolesnego doświadczenia z całością własnego życia, zasymilowanie traumy oraz znalezienie sensu i znaczenia tragicznych zdarzeń, gdy osoba dokona próby ich zredefiniowania, co jest powolnym procesem rozłożonym w czasie.

### **Postawy i zaburzenia depresyjne jako skutek stresu psychospołecznego**

W artykule przedstawimy wybrane przykłady wypowiedzi osób, które wskazują na przeżywane trudności psychicznego funkcjonowania (a nawet depresyjne zaburzenia) typu egzogennego, tj. wywołane pod wpływem wystąpienia czynnika

zewnętrznego. Etiologię tych zaburzeń należy określić nie tyle w kategoriach teorii biologicznych czy teorii intrapersonalnych, co w kategoriach teorii społecznych (stresu psychospołecznego). Zmiany w motywacji jako skutek postawy depresyjnej pojawiają się tu w konsekwencji doświadczenia sytuacji straty, czyli wystąpienia stresora społecznego, jakim była śmierć bliskiej osoby. Czynnikiem depresjogennym, który spowodował zaburzenia funkcjonowania jednostki był bezpośredni nagły i nieodwracalny czynnik zewnętrzny (Łosiak, 2008). W wyniku zadziałania niespodziewanego bodźca generują się zjawiska biologiczne i psychologiczne organizmu, które są kosztowne energetycznie, bo powodują konieczność ponownego przystosowania się i sprostania trudnej nowej sytuacji życiowej oraz mogą powodować dysfunkcje w wielu obszarach życia (osobistego, rodzinnego i społecznego) z powodu wystąpienia objawów psychopatologicznych (zaburzeń potraumatycznych PTSD czy zaburzeń depresyjnych).

Na podstawie literatury wiadomo, że w wyniku traumy następuje u tych osób zmiana sposobu doświadczania świata: sposobu spostrzegania i myślenia, poczucia kontroli nad sytuacją oraz stanu emocjonalno-motywacyjnego, która pociąga za sobą zmianę zachowania. Po pierwsze, chorzy na depresję nie podejmują decyzji o leczeniu. Tylko 1/4 osób cierpiących na depresję zwraca się o pomoc specjalistyczną z powodu poczucia całkowitej bezradności oraz braku motywacji zmiany własnego stanu, a także wątplenia w samą możliwość zmiany. „Podjęcie jakiegokolwiek działania wydaje się im bezcelowe” (Lazarus, Colman, 2001, s. 25). Klinicyści określają te objawy jako paraliż woli, brak motywacji do działania. Chorzy w stanie depresyjnym podejmują czasem skuteczne decyzje odebrania sobie życia – okazują się zdolni do podjęcia jednej decyzji – decyzji śmierci samobójczej.

W powstawaniu oraz utrzymywaniu się reakcji i stanów depresyjnych mogą brać udział takie czynniki, jak zaburzone poczucie kontroli oraz zaburzone poczucie odpowiedzialności. Wśród depresjogennych wymiarów doświadczania należy wyróżnić zaburzenia w innych ważnych wymiarach, np. sztywne wzorce postrzegania, reagowania emocjonalnego oraz zachowania, a także zaburzenia siły, poziomu i zakresu motywacji.

W podręcznikach diagnostycznych klasyfikuje się depresję jako jednostkę chorobową zaliczaną do zaburzeń nastroju. W obrazie klinicznym depresji zaburzenia emocjonalne są dominujące u większości diagnozowanych pacjentów. Jednakże wydaje się, że zaburzenia depresyjne to nie tylko zaburzenia nastroju, ale także zaburzenia motywacyjne. Z doświadczenia wielu klinicystów wynika, że u części chorych występują głównie właśnie zaburzenia wolicjonalne.

## Metodologiczne podstawy badań

W badaniach uczestniczyły osoby, które doświadczyły cierpienia psychicznego z powodu straty osoby bliskiej w następstwie zdarzenia wypadku komunikacyjnego. Na badanie osoby te były kierowane przez Wydział Cywilny Sądu Okręgowego w Lublinie. Osoby badane ubiegały się na drodze sądowej do uzyskania rekompensaty materialnej w formie zadośćuczynienia za poniesioną krzywdę psychiczną (niematerialną). Badania odbywały się na zlecenie sądu, jednakże miały charakter dobrowolny, bowiem osoby badane celowo wniosły do sądu pozew o zadośćuczynienie oraz wyraziły zgodę na badanie psychologiczne dla celów sądowych. W związku z tym zasada anonimowości nie mogła być zachowana. Badaniu zostały poddane osoby, które po zdarzeniu traumatycznym korzystały ze specjalistycznego leczenia w poradni zdrowia psychicznego, i u których rozpoznano zaburzenia depresyjne lub/i zaburzenia potraumatyczne (w aktach sprawy znajdowała się dokumentacja lekarska z placówek lecznictwa specjalistycznego). Badania miały charakter retrospektywny, dotyczyły bowiem sytuacji, która miała miejsce powyżej jednego roku po zdarzeniu (średnio 2–3 lata po zdarzeniu, z uwagi na przewlekłość postępowania sądowego i konieczność zakończenia sprawy karnej dla sprawcy wypadku). W badaniu uczestniczyły osoby dorosłe, które utraciły w wypadku członka najbliższej rodziny: strata dotyczyła osoby małżonka, dziecka lub jednego z rodziców czy rodzeństwa. Należy zaznaczyć, że rodzaj (tragiczne w skutkach zdarzenie) oraz nagły charakter zdarzenia były interpretowane przez osoby badane jako najsilniejsze negatywne wydarzenia biograficzne w linii ich życia.

Badania odbywały się w okresie 2018–2019 roku i objęły łącznie 30 osób w wieku 25–55 lat. Miejscem badania był prywatny gabinet psychologiczny. Były realizowane w sposób indywidualny i każdorazowo trwały około dwóch godzin.

W badaniu wykorzystano metodę wywiadu diagnostycznego, skoncentrowanego na uzyskaniu odpowiedzi na ukierunkowane pytania otwarte, dotyczące sposobu funkcjonowania psychicznego badanej osoby po doświadczeniu traumy. Pytania dotyczyły ogólnej sytuacji i historii życia, szczegółów sytuacji wypadku, bezpośredniej reakcji na stres, strategii adaptacji, aktualnej oceny zdarzenia, zmian w życiu osobistym, społecznym i zawodowym oraz charakteru więzi i relacji z utraconą osobą. Treść i zakres pytań zostały opracowane na użytek psychologicznego badania sądowego i były podyktowane charakterem przedmiotowej sprawy, tj. roszczeniem osoby poszkodowanej w postaci zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Za pomocą ukierunkowanych pytań wywiadu uzyskano narrację na temat przedmiotowego wydarzenia traumatycznego, ukazanego w kontekście innych zdarzeń biograficznych. Pytania ukierunkowane wywiadu zostały poprzedzone spontanicznym opowiadaniem osoby badanej, dotyczącym linii własnego życia,

ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji wypadku. W badaniu zastosowano metodę narracyjną, zarówno na etapie procedury pozyskiwania danych, jak i w sposobie jakościowej analizy treści wypowiedzi, tj. interpretacji semantycznej użytych przez osobę badaną kategorii poznawczych. Uzupełnieniem metody jakościowej było zastosowanie metod testowych/ilościowych, takich jak: Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (polska adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik), Skala Lęku i Depresji (HADS) A. S. Zigmonda, R. P. Snaitha, Test PIL J. Crumbauha (Test Poczucia Sensu Życia) oraz Test SUI Jana M. Stanika (Test Ustosunkowań Interpersonalnych).

W opracowaniu uzyskanego materiału empirycznego zastosowano jakościowy model badań, oparty na metodologii analizy treści wypowiedzi. Należy podkreślić, że celem badań nie była ścisła weryfikacja stawianych hipotez badawczych, lecz psychologiczna ocena stanu psychicznego osób badanych po traumatycznym zdarzeniu biograficznym. Wyniki badań są zatem rezultatami badań psychologicznych (diagnostycznych), a nie badań *stricte* naukowych. Wnioski zaś z nich wyprowadzone mogą stanowić ilustrację pomocną w zrozumieniu problemów i trudności motywacyjnych osób po przeżyciu traumy w rodzinie.

### Wyniki badań własnych

Na podstawie uzyskanego materiału empirycznego w wyniku jakościowej analizy treści wypowiedzi wyodrębniono kilka najczęściej występujących zmian w sferze motywacji, które obejmują natężenie, zakres oraz kierunek motywacji. Wyodrębnione aspekty zmian w motywacji można podzielić na cztery obszary:

1. Obniżenie energii i witalności życiowej.
2. Brak motywacji do wykonywania codziennych obowiązków i czynności.
3. Zanik planów na przyszłość i obniżenie aspiracji życiowych.
4. Brak motywacji do nawiązywania kontaktów społecznych.

Poniżej zamieszczono przykłady konkretnych wypowiedzi osób badanych, które ilustrują ich trudności w poszczególnych aspektach motywacji.

Aspekt pierwszy – obniżenie energii i witalności życiowej:

- „Do niczego się nie nadawałam. Ani spać, ani jeść”.
- „Nie wiedziałam, kiedy jest dzień, kiedy noc”.
- „Ciężko było się do życia zmobilizować”.
- „Niechętnie wstaję do pracy, nie mam siły”.
- „Nie jadłam, ani nie gotowałam, nie interesowałam się dziećmi”.
- „Błąkałam się po domu”.
- „Nie mam chęci do niczego. Nie chce się nic robić, ręce opadły”.

- „Idzie się z musu do jakiejś roboty”.
- „Nie wiem, co mam robić. Siadam i nie mam chęci do żadnego działania”.
- „Jak siadłam rano na kanapie, to siedziałam. Nie wiedziałam, czym się zająć”.
- „Przez pół roku to było bierne czekanie na następny dzień”.
- „Zamykałam się w pokoju i leżałam po ciemku”.
- „Po śmierci syna nie miałem siły ani robić, ani żyć”.

Aspekt drugi – brak motywacji do wykonywania codziennych obowiązków i czynności:

- „Nic mi się nie chce w domu robić”.
- „Wszystko w domu zalegało: pranie, prasowanie”.
- „Raz ugotowałam, raz nie ugotowałam. Okien na święta nie myłam”.
- „Praca żadna w domu mi nie szła”.
- „Ja nie funkcjonowałam. Obiadów nie gotowałam. Szkoła syna w ogóle mnie nie interesowała. Dziećmi opiekowałam się jak automat”.
- „Po śmierci ojca jest tak, że nawet jak coś zacznę robić, to tego nie kończę”.

Aspekt trzeci – zanik planów na przyszłość i obniżenie aspiracji życiowych:

- „Żyję z dnia na dzień. Jestem taki bez planów”.
- „Tylko o dzieciach się myślę”.
- „Dom, praca, dzieci – jak w kieracie człowiek żyje”.
- „Żyję przeszłością i wspomnieniami. Na dzieciach się koncentruję”.
- „Nie planuję niczego”.
- „Kiedyś chciałem pojechać do pracy do Norwegii, teraz już nie chcę”.

Aspekt czwarty – brak motywacji do wykonywania codziennych obowiązków i czynności:

- „Nie spotykam się z ludźmi z zewnątrz. Nie lubię wychodzić z domu”.
- „Wolę nie iść do nikogo”.
- „Nigdzie się nie chodzi”.
- „To zdarzenie zamknęło mnie na ludzi i świat”.
- „Oddzieliłam się od znajomych, od towarzystwa ludzi”.
- „Po wypadku syna chroniłam się od ludzi”.
- „Nie chciało mi się wychodzić z domu”.
- „Nikt mi nie był potrzebny”.
- „Do pracy poszłam dopiero po trzech latach”.
- „Do kolegów w ogóle nie wychodziłem przez parę miesięcy. Tylko w domu siedziałem i seriale oglądałem z mamą”.



- „Po śmierci mamy, przez cały okres studiów z nikim się nie zaprzyjaźniłem”.
- „Nie miałem motywacji do nawiązywania relacji z nikim”.
- „Stroniłam od rówieśników”.
- „Po śmierci taty zamknęłam się w sobie, nie chciałam z ludźmi rozmawiać, trzymałam dystans, bo nie wierzyłam, że oni mnie zrozumieją”.

Na podstawie analizy treści danych jakościowych można wnioskować, że w funkcjonowaniu psychicznym badanych osób po doświadczeniu silnego stresu dominuje postawa wycofania z aktywności życiowej, osłabienie motywacji i energii życiowej oraz spadek sił witalnych. Charakterystyczną cechą procesu motywacji jest niechęć do podejmowania jakiegokolwiek działania, niemożność uruchomienia czynności lub problemy z jej kontynuowaniem i zakończeniem, trudności decyzyjne, dotyczące zwykłych egzystencjalnych spraw oraz brak planów i perspektywy na przyszłość.

Ukazane w badaniu zmiany w zakresie motywacji występują u większości osób badanych i dotyczą co najmniej jednego z wyodrębnionych czterech aspektów motywacji. W narracjach większości osób badanych można było znaleźć co najmniej jedną wypowiedź, którą należało przyporządkować do jednego z czterech aspektów motywacji.

Wyniki badania wskazują na występowanie istotnych zmian w sferze motywacji u osób doświadczających trudności psychologicznych w następstwie traumatycznego zdarzenia biograficznego. Zmiany te mogą wysuwać się na pierwszy plan w funkcjonowaniu takich osób. W związku z tym wyniki badania mogą być pomocne w procesie diagnozy psychologicznej poprzez wskazanie na aspekty motywacyjne w funkcjonowaniu osoby badanej. Poważnym ograniczeniem badania jest brak możliwości porównania sfery motywacji osób badanych przed zadziałania stresora traumatycznego. Dlatego też wnioski z badania należy wyciągać z dużą ostrożnością i zawiązać do badanej grupy osób. W dalszych badaniach interesujące byłoby porównanie funkcjonowania osób w zakresie motywacji w dwóch jednostkach czasowych: przed wypadkiem i po wypadku. Pozwoliłoby to na możliwość wyciągnięcia bardziej trafnych i ogólnych wniosków, dotyczących zmian motywacji w badanej grupie osób.

### **Interpretacja uzyskanych danych jakościowych oraz modele wyjaśnienia deficytu woli**

Powyższe dane psychologiczne uzyskane metodą wywiadu diagnostycznego dokumentują, że osoby pozostające w stanach pourazowych (depresyjnych) charakteryzuje okresowa rezygnacja i zanik motywacji do działania oraz niechęć do podejmowania decyzji. Wskazuje to na możliwość rozważania motywacji i zdolności podejmowania decyzji w kategoriach mechanizmów wolitywnych czy inaczej

motywacyjnych oraz wiązania tej zdolności bezpośrednio z tzw. wykonawczą funkcją Ja. Wykonawcza funkcja Ja wiąże się z aktywowaniem zachowania oraz przejawianiem inicjatywy, zdolnością sprawowania woli oraz przywrócenia zdolności do samokontroli i kontroli nad otoczeniem. W stanach egzogennej depresji zaburzone stają się procesy wolicjonalne, na które składają się trudności w zakresie dokonywania wyborów, podejmowania decyzji, inicjowania działania, a także sprawowania kontroli nad Ja i światem oraz dokonywania zmian w obrębie Ja. Paraliż woli, występujący u badanych osób to inaczej zaburzenia motywacji, objawiające się problemami z realizacją prostych czynności, zaniedbywaniem codziennych obowiązków oraz problemy z podjęciem działania w sferze przyjemności. W stanach depresyjnych wybory i decyzje przekraczają możliwości jednostki, a ich hierarchia zostaje zakłócona: ważne decyzje i wybory tracą na znaczeniu, a błahe i trywialne – stają się ważne, nabierają znaczenia.

Wydaje się, że taki deficyt woli obecny w stanach depresyjnych można interpretować zgodnie z modelem energetycznym, zaproponowanym przez psychologa amerykańskiego Roya F. Baumeistera (Baumeister, John Tierney, 2013). W modelu tym zakłada się, że wyczerpywanie się zasobów energii życiowej, zużytej w celu konieczności przystosowania się do traumatycznej sytuacji, uruchamia u jednostki motywację zachowania resztek energii. Rezygnacja z działania oraz niechęć do podejmowania decyzji np. u osób depresyjnych może być podyktowana nie tyle brakiem motywacji, co obecnością motywacji zachowania energii (motywacji zachowawczej).

Kolejną interpretację depresji zaproponował w swojej Teorii Kontroli Działania (siły woli) Julius Kuhl (Kuhl, Petre Helle, 1994; Magdalena Marszał-Wiśniewska, 1999). Autor wyodrębnił sześć strategii wolicjonalnych, których dysfunkcjonalność w depresji polega na trudności (niemożności) usuwania z pamięci operacyjnej zdegenerowanych intencji działania oraz zwolnienia zasobów pamięci dla nowej aktualnej intencji. Taka interpretacja wyjaśnia „obniżony poziom funkcjonowania zadaniowego u osób depresyjnych” (Agata Wytykowska, 2002, s. 82). Dysfunkcjonalność strategii wolicjonalnych u osób znajdujących się w depresji (będących w trakcie hospitalizacji) powoduje „zaleganie” w pamięci operacyjnej uprzednich treści (intencji) i tym samym brak miejsca dla nowych intencji i innych zadań.

## Podsumowanie

Badania psychologiczne osób ubiegających się na drodze sądowej zadośćuczynienia za krzywdę psychiczną po stracie bliskiej osoby w wyniku wypadku drogowego ujawniło obecność charakterystycznego wzorca zmian w zakresie funkcjonowania motywacyjnego. W świetle uzyskanych badań wynika, że zmiany te dotyczą czterech aspektów w sferze motywacji i polegają na obniżeniu ogólnej energii i siły

witalnej, zwiększeniu trudności w wykonywaniu codziennych czynności, zaniku planowania i stawiania celów na przyszłość oraz braku motywacji społecznej.

Ponadto można wysunąć ogólniejszy wniosek na temat natury stanów post-traumatycznych. Wydaje się, że wieloaspektowy fenomen zaburzeń depresyjnych po traumie należy poszerzyć o problem osłabienia motywacji jednostki, w tym wyodrębnionych czterech aspektów. Trudności motywacyjne występują w postaci zmiany siły, zakresu i kierunku motywacji oraz przejawiają się w obniżeniu witalności życiowej (zmiana siły/natężenia motywacji), zawężeniu aktywności, zainteresowań i aspiracji (zmiana zakresu motywacji) oraz braku perspektywy na przyszłość i zaniku motywacji społecznej (zmiana kierunku motywacji). Konsekwencją tych zmian motywacyjnych jest niezdolność podejmowania racjonalnych, celowych i ukierunkowanych postanowień oraz niemożność wdrażania ich w życie, co może stanowić jeden z ważnych kryteriów w diagnozowaniu stanów pourazowych.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baumeister, R. F., Tierney, J. (2013). *Siła woli. Odkryjmy na nowo to, co w człowieku najpotężniejsze*, Media Rodzina.
- Fuchs, Th. (2003). The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33(2), 223–243.
- Fuchs, Th. (2005). Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Depression and Schizophrenia. *Psychology and Psychiatry*, 12(2), 95–107.
- Gotlib, I. H., Gilboa, E., Sommerfeld, B. K. (2000). Cognitive Functioning in Depression: Nature and Origins. W: R. J. Davidson (red.), *Anxiety, Depression and Emotion*. University Press, Oxford.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Wyd. Akademickie i Profesjonalne.
- Kuhl, J., Helle, P. (1994). Motivational and Volitional Determinants of Depression: The Degenerated-intension Hypothesis. W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.), *Volition and Personality. Action versus State Orientation*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Lazarus, R. S. (1993). *Coping theory and research: Past, present and future*. *Psychosom Med.*, 55, 234–247.
- Lazarus, A. A., Colman, A. M. (2001). *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz. Zysk i S-ka.
- Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny*. Żak.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Wyd. Akademickie i Profesjonalne.
- Marszał-Wiśniewska, M. (1999). *Siła woli a temperament*. Instytut Psychologii PAN.

- Michalska, A. (2017). Hiperracjonalność jako niedostatek rozumności. Studium depresji. *Żeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Humanistyczne, Numer Specjalny, 8(1/2017)*, 23–37.
- Ratcliffe, M. (2014). Depression and the Phenomenology of Free Will. W: K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, T. Thornton (red.), *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press.
- Seligman, M., Rosenhan, D. L. (1994). *Psychopatologia*, t. 1, PTP.
- Vibert, S. (2016). *Stres. Podążając ścieżką spokoju*. W drodze.
- Wytykowska, A. (2002). Efektywność strategii wolicjonalnych u osób depresyjnych. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 6.

\*\*\*

### **A Deficit of Will in Depressive States. Changes in Motivation After Traumatic Stress**

**Abstract:** The aim of the article is to show that the ways depressive reactions to a traumatic situation are arranged in patterns of behaviour/symptoms, concerning not only the emotional and cognitive sphere, but also the motivational sphere. The article will present the results of the examination of the mental state of people who experienced trauma due to the loss of a loved one as a result of a traffic accident and claimed compensation for the harm suffered through civil court proceedings. In our own research, the method of psychological diagnostic interview was used - in-depth and structured in order to obtain data for qualitative analysis of the content of the statements of the subjects. The aim of the research was not a strict verification of the research hypotheses, but a psychological assessment of the mental condition of the subjects after a traumatic biographical event. On the basis of the obtained empirical material, aspects of changes in motivation were distinguished, which were divided into four areas: 1) Reduction of energy and life vitality; 2) Lack of motivation to perform daily duties and activities; 3) Loss of plans for the future and reduction of life aspirations; 4) Lack of motivation to establish social contacts. Changes in motivation as a result of a depressive attitude appear here as a consequence of experiencing a situation of loss, i.e. a social stressor, which was the death of a loved one.

**Keywords:** depressive posture, traumatic stress, changes in motivation.