

Katarzyna Prot-Klinger¹

LĘK W PSYCHOZIE A LĘK PSYCHOTYCZNY¹ ANXIETY IN PSYCHOSIS VS. PSYCHOTIC ANXIETY

¹Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

Pamięci Krzysztofa Małyszczaka

**anxiety
psychosis
annihilation anxiety**

Streszczenie

Autorka, wychodząc z psychoanalitycznych koncepcji lęku, formuluje pytanie: „czy istnieje lęk specyficzny dla psychozy?”. Posługując się przykładami ze swojej praktyki klinicznej, pokazuje pracę psychoterapeutyczną z lękiem psychotycznym, który występuje nie tylko u osób z doświadczeniem psychozy, ale także u innych pacjentów z wczesnym doświadczeniem traumatycznym. Lęk powstający w bardzo wczesnym dzieciństwie i nawracający w ciągu całego życia różni autorzy określają jako: lęk psychotyczny, bezimienne przerażenie, lęk niemożliwy do pomyślenia, lęk przed załamaniem, lęk anihilacyjny, lęk dezintegracyjny. Niniejszy artykuł przedstawia teorię psychozy, w której doświadczenie lęku przed załamaniem może pełnić rolę kluczową. W tej teorii objawy psychotyczne będą rozumiane jako obrona przed chaosem i pustką. Lęki specyficzne dla doświadczenia psychozy (np. hospitalizacją) czy informacjami dotyczącymi choroby. Zestawiając teorie Klein, Biona i Winnicotta, autorka zastanawia się, jak rozpoznawać i postępować z pacjentem, u którego stwierdzamy objawy lęku psychotycznego/anihilacyjnego.

Summary

Drawing on psychoanalytic concepts of anxiety, the author formulates the question, “Is there an anxiety specific to psychosis?” Using examples from her clinical practice, she demonstrates psychotherapeutic work with “psychotic anxiety,” which occurs not only in individuals experiencing psychosis but also in other patients with early traumatic experiences. Various authors have defined this anxiety, which originates in very early childhood and recurs throughout life, as: “psychotic anxiety,” “nameless terror,” “unthinkable anxiety,” “fear of breakdown,” “annihilation anxiety,” and “disintegrative anxiety.” She presents a theory of psychosis in which the experience of “fear of breakdown” may play a key role. In this theory, psychotic symptoms are understood as a defense against chaos and emptiness. She considers anxiety associated with delusions, anxiety associated with

¹⁾ Skróconą wersję tego artykułu wygłosiłam na VIII Śląskich Warsztatach Psychoterapii „Oblicza lęku w psychoterapii”, 23–24 listopada 2024 we Wrocławiu. Konferencja poświęcona była pamięci Krzysztofa Małyszczaka.

traumatic relational experiences during psychosis (e.g., hospitalization), and anxiety associated with information about the illness to be specifically related to the experience of psychosis. Comparing the theories of Klein, Bion and Winnicott, she explores how to recognize and work with a patient who shows symptoms of psychotic/annihilationist anxiety.

Humpty Dumpty na murze siadł
I Humpty Dumpty z muru spadł.
A nie sprawią wszystkie Króla konie ni żołnierze,
Że w jedną Humpty Dumpty całość znów się zbierze.

Lewis Carroll, „Alicja w krainie czarów”, tłumaczenie Maciej Słomczyński

Co to jest lęk?

Lęk można określić jako przeświadczenie, że coś złego zaraz się stanie. Jest to uczucie nieprzyjemne, ale stanowi alarm chroniący przed niebezpieczeństwem. W literaturze psychologicznej i psychoanalitycznej podkreślana jest czasami różnica pomiędzy strachem (ang. *fear*) i lękiem (ang. *anxiety*). Podstawą rozróżnienia jest źródło niebezpieczeństwa: zewnętrzne (strach) versus wewnętrzne (lęk). Strach jest ściśle określoną emocją, lęk bywa uznawany za bardziej mglisty i niejasny. Przyczyna każdego z nich bywa różnicowana jako konkretna w strachu i niejasna w lęku. Strach czasem postrzegany jest jako emocja świadoma, a lęk uznawany bywa za uczucie nieświadome. Krytycy tych podziałów traktują je jako niejednoznaczne i klinicznie mylące [1]. Wiadomo na przykład, że sytuacje zewnętrzne postrzegamy przez pryzmat dotychczasowych doświadczeń, w zależności od typu przywiązania czy „modeli roboczych”, więc „realność” zagrożenia nie jest dobrym kryterium różnicującym.

Czy istnieje lęk charakterystyczny tylko dla psychozy?

Nie istnieje lęk charakterystyczny wyłącznie dla psychozy, aczkolwiek w literaturze funkcjonuje określenie lęku psychotycznego. Lęk ten występuje zarówno w psychozach, jak i w innych zaburzeniach o charakterze nerwicowym i osobowościowym. Opiszę ten rodzaj lęku, a w dalszej części artykułu wrócę do lęków związanych z doświadczeniem psychozy. Nie są to lęki charakterystyczne dla psychozy w rozumieniu stanu psychotycznego, ale specyficznym związane z tym doświadczeniem życiowym.

Koncepcja lęku według Freuda

Już w 1895 roku w pracy „W kwestii etiologii hysterii” [2] Freud określił związek lęku z wcześniejszymi bolesnymi doświadczeniami. Uważał, że lęk jest konsekwencją wyparcia lub tłumienia napięcia libidinalnego związanego z wyparciem.

W 1926 roku w tekście „Zahamowanie, symptom i lęk” [3] Freud wprowadził nową koncepcję lęku, uznając, że lęk jest przyczyną, a nie objawem tłumienia niechcianych treści. W „Wykładach ze wstępu do psychoanalizy. Nowym cyklu” sformułował wprost, że lęk nie jest wynikiem, ale powodem wyparcia [4].

Ważny jest podział na lęk sygnałowy związany z ego oraz lęk automatyczny związany z id [3]. Impulsy id poddane są represji, dlatego natura niebezpieczeństwa wywołującego lęk automatyczny z reguły jest nieokreślona. Freud wskazuje także „niebezpieczne sytuacje” powodujące lęk sygnałowy [3]. Są to:

1. Utrata kochanego obiektu.
2. Utrata miłości kochanego obiektu (histeria).
3. Kastracja, czyli utrata integracji genitalnej (fobia).
4. Moralne samopotępienie, czyli lęk związany z superego (nerwica natręctw).

W tym rozumieniu objawy nerwicowe są próbą uniknięcia lęku. Freud uważał, że część lęków związana jest z fazą rozwojową, zmieniają się one w czasie dojrzewania, natomiast lęk wywołany atakiem superego trwa przez całe życie.

Opisany wyżej model Freuda tłumaczy mechanizmy lękowe w nerwicy, ale nie odnosi się do wczesnodziecięcego lęku, który występuje przed wytworzeniem zwanego ego.

Lęk psychotyczny

Lęk powstający w bardzo wczesnym dzieciństwie i nawracający w ciągu całego życia różni autorzy określają jako: lęk psychotyczny [5], bezimienne przerażenie [6], lęk niemożliwy do pomyślenia [7], lęk przed załamaniem [8], lęk anihilacyjny [9], lęk dezintegracyjny [10].

Cechy tego rodzaju lęku według Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis Akhtara [11]:

1. Tworzy się we wczesnym dzieciństwie.
2. Może być reaktywowany przez późniejsze lęki związane z kolejnymi fazami rozwojowymi.
3. Kombinacja nadmiernej agresji konstytucjonalnej i wczesnych doświadczeń traumatycznych prowadzi do osłabienia ego i w konsekwencji zwiększa wrażliwość na lęk tego rodzaju.
4. Może istnieć w formach prewerbalnych lub zawierać retrospektywne fantazje z wcześniejszych faz rozwojowych.
5. Może być związany z podatnością na psychozę, ale także leżeć u podłoża zaburzeń niepsychotycznych – psychosomatycznych, perwersyjnych oraz uzależnień.
6. Mobilizuje obrony, które są szczególnie odporne na dekonstrukcję.

Koncepcja lęku psychotycznego Melanie Klein

Określenie lęku psychotycznego pochodzi od Melanii Klein. W pracy „Psychoterapia psychoz” z 1930 roku podkreśla ona, że objawy psychotyczne są obroną przed „obezwładniającym, psychotycznym przerażeniem” [12, s. 233].

W tekście „Wkład w rozumienie psychogenezy stanów maniakałnych” Klein rozwija koncepcję lęku psychotycznego [13, s. 259]. Wraca do swojej teorii psychozy jako zaprzeczenia rzeczywistości psychicznej w sytuacji, kiedy impulsy fazy schizo-paranoidalnej

stają się trudne do zniesienia. Do rozwoju myślenia paranoidalnego prowadzą jej zdaniem silne lęki prześladowcze uniemożliwiające pełną i stabilną identyfikację z obiektem. Siła lęków prześladowczych powoduje, zdaniem Klein, niemożność przejścia z pozycji schizo-paranoidalnej do pozycji depresyjnej, znoszenia dodatkowego obciążenia w postaci lęku o kochany obiekt, poczucia winy i żalu. Te zjawiska powodują wycofanie się z pozycji depresyjnej i powrót do pozycji schizo-paranoidalnej.

Kolejną ważną obserwacją Klein jest poczucie dezintegracji obiektu w psychozie. „Obiekt jest jedynie grupą prześladowców wyrastających z poszczególnych fragmentów obiektu” [13, s. 268]. Ta obserwacja rozwijana jest potem przez Biona w koncepcji *d z i w a c z n y c h o b i e k t ó w* [14]. Klein zwraca uwagę, że lęki hipochondryczne i dolegliwości bólowe mają swoje źródło w fantazji o ataku obiektów prześladowczych na ego [13, s. 269]. Autorka uważa, że mania, jako stan charakteryzujący się zaprzeczeniem rzeczywistości i poczuciem wszechmocy, jest nie tylko ochroną przed depresją (jak twierdził Freud), ale także chroni przed stanem paranoidalnym [13, s. 273].

Hanna Segal – system urojeniowy jako obrona przed powtórzeniem katastrofy

Segal opisuje pana E.: „doszłam do wniosku, że w niemowlęctwie musiał przeżyć psychiczną katastrofę, a tym, co zapewniło mu przetrwanie był system urojeniowy. Każdy wyłom w tym systemie obronnym grozi mojemu pacjentowi powtórzeniem katastroficznej sytuacji” [15, s. 77]. Autorka pisze o pacjencie, który w niemowlęctwie został gwałtownie odstawiony od piersi, a następnie utracił oboje rodziców. W konsekwencji wytworzył megalomański system obsesji i urojeń, które stały się „chroniczną katastrofą”, ponieważ uniemożliwiły mu korzystanie z innych obiektów pojawiających się w jego życiu. Tym samym ostatecznie jego rozwój został zahamowany nie na skutek „katastrofy”, ale lęku przed jej powtórzeniem się i stworzonego systemu urojeniowego. System ten zasilany był stałymi projekcjami bolesnych uczuć nienawiści, zawiści i strachu w realne obiekty. Miłość i zależność zostały całkowicie zaprzeczone.

Bezimienne przerożenie Biona

„Jeżeli niemowlę czuje, że umiera, może wzbudzić taki lęk w matce. Zrównoważona matka potrafi te lęki przyjąć i zareagować terapeutycznie: czyli tak, że niemowlę czuje, że otrzymuje swoją przestraszoną osobowość z powrotem, ale w formie możliwej do zniesienia – osobowość niemowlęcia może teraz poradzić sobie z lękami” [16, s. 142]. Gdy matka nie wytrzymuje tych projekcji, niemowlę ponownie uwewnętrznia bezimienne przerożenie. Według Biona jest to stan, którego doświadcza niemowlę, gdy zostanie pozbawione przestrzeni do identyfikacji projekcyjnej. Autor pisze: „Normalny rozwój postępuje, jeżeli relacja niemowlęcia z piersią umożliwia mu projektowanie uczucia – na przykład takiego, że umiera – w matkę i ponowne introjektowanie go, gdy po pobycie w piersi uczucie to stało się znośne dla psychiki niemowlęcia. Jeżeli matka nie przyjmuje tej projekcji, niemowlę odnosi wrażenie, że jego uczucie, iż umiera, zostało ogołocone

z posiadanych znaczeń. Niemowlę ponownie introjektuje nie tyle strach przed umieraniem uczyniony znośnym, ile bezimienne przerażenie” [16, s. 144].

Margot Waddell w pracy „Światy wewnętrzne. Psychoanaliza i rozwój osobowości” pisze, że określenie *beziemienne przerażenie* ujmuje istotę tego doświadczenia – nie ma ono opisywalnego kształtu czy pewnej formy, która powalałaby przypisać mu znaczenie, choćby negatywne [17].

Lęk nie do pomyślenia Winnicotta

W artykule z 1962 roku „Integracja ego w rozwoju dziecka” Winnicott pisze, że w początkowym okresie rozwojowym niemowlę jest cały czas na krawędzi „niemożliwego do pomyślenia lęku” [7, s. 67]. Zdaniem Winnicotta lęk ten jest trzymany pod kontrolą dzięki zdolności matki do cielesnej opieki nad dzieckiem.

Opisując lęk nie do pomyślenia, Winnicott wyróżnia następujące jego rodzaje:

1. Rozpadanie się na kawałki.
2. Wieczne spadanie.
3. Nieposiadanie związku z ciałem.
4. Nieposiadanie orientacji.

Autor uważa, że stanowi to treść lęków psychotycznych klinicznie związanych ze schizofrenią lub element schizoidalny u osób niepsychotycznych.

Winnicott – lęk przed załamaniem

Winnicott wraca do rozważania lęków związanych z niedostatkiem środowiska w opublikowanym pośmiertnie artykule „Lęk przed załamaniem” [8]. Określenie *z a ł a m a n i e* (ang. *breakdown*) dotyczy mechanizmów obronnych, które chronią przed lękiem *n i e d o p o m y ś l e n i a*. Zdaniem Winnicotta u osób neurotycznych mechanizmy te chronią przed lękiem kastracyjnym, u osób psychotycznych zagrożona jest cała organizacja ego. Autor w swoim artykule definiuje *ś r o d o w i s k o s p r z y j a j ą c e* jako podążające za zmieniającymi się potrzebami związanymi z dojrzewaniem i rozwojem. Dziecko przechodzi przez okres całkowitej zależności, poprzez względną niezależność, do pełnej niezależności.

Winnicott odchodzi od freudowskiego rozumienia lęków neurotycznych w opisie lęku *p r z e d z a ł a m a n i e m*. Uważa, że lęk ten różni się od lęków neurotycznych. Związany jest z *p i e r w o t n ą a g o n i ą*, a jego przyczynę stanowi rzeczywista trauma załamania holdingu we wczesnym okresie rozwojowym.

Autor przedstawia listę pierwotnych agonii (uważa, że określenie lęku jest niewystarczająco silne do określenia tych stanów):

1. Powrót do stanu niezintegrowania (obrona: dezintegracja).
2. Wieczne spadanie (obrona: „samotrzymanie”, ang. *self-holding*).
3. Utrata organizacji psychosomatycznej, porażka zależności od obiektu zewnętrznego (obrona: depersonalizacja).
4. Utrata poczucia rzeczywistości (obrona: użycie pierwotnego narcyzmu).

5. Utrata zdolności do relacji z obiektem (obrona: stany autystyczne, poleganie tylko na zjawiskach związanych z self).

Winnicott traktuje chorobę psychiczną jako organizację obronną przeciwko lękowi (agonii) nie do pomyślenia. Twierdzi, że błędem jest uznawanie psychozy za załamanie. Uważa ją (podobnie jak Freud) za obronę, która zwykle jest skuteczna. Wystąpienie psychozy jako obrony związane jest więc z deficytem wczesnej opieki. Winnicott podkreśla, że jedyna sytuacja, w której ta obrona nie jest skuteczna, to nie deficyt opieki, ale środowisko „uwodzące”. Uważa, że jest to najgorsza rzecz, jaka może się zdarzyć dziecku.

Autor nie rozwija tego wątku, ale pobrzmiewa w nim myśl Sandora Ferenczego dotycząca konsekwencji nadużycia seksualnego wobec dziecka. Ferenczi został odrzucony przez Freuda na skutek różnicy w traktowaniu doświadczenia traumatycznego. Freud, odchodząc od teorii uwiedzenia, uznał, że objawy nerwicy nie są związane z realną traumą dziecka. Ferenczi w swoim najgłośniejszym artykule „Pomieszanie języków” opisuje konsekwencje rzeczywistego nadużycia seksualnego wobec dziecka jako rozszczepienie osobowości (co obecnie nazwalibyśmy dysocjacją) [18].

Winnicott uważa, że lęk przed załamaniem dotyczy załamania, które już się wydarzyło. Stwierdza też, że w przypadku takich lęków określenie „nieświadome” oznacza, że ego nie jest w stanie pomieścić tego doświadczenia. Odpowiada to wspomnianej obronie, którą dziś określilibyśmy jako dysocjację, a którą Ferenczi nazywał fragmentaryzacją osobowości.

Brytyjski psychoanalityk Thomas Ogden streszcza główną tezę artykułu Winnicotta następująco: „stany uczuciowe możliwe do zniesienia, gdy istnieje więź z matką, stają się prymitywnymi agoniami, jeśli niemowlę musi się mierzyć z nimi samotnie” [19, s. 69].

Winnicott w swoim artykule pyta, dlaczego pacjent jest tak zaniepokojony czymś, co wydarzyło się w przeszłości? I odpowiada: doświadczenie pierwotnej agonii nie może odejść w przeszłość, dopóki nie jest uchwycone w teraźniejszości (przy udziale analityka/analityczki). Agonia ta odtwarzana jest na skutek niedostosowania czy nieobecności psychoterapeuty/psychoterapeutki.

Przykład Pani W.

Pani W. urodziła się w 1942 roku w rodzinie żydowskiej. Zaraz po urodzeniu została oddana do polskiej rodziny, w której była do końca wojny. Opiekunowie niechętnie widzieli odwiedziny jej matki, więc były one bardzo rzadkie. Z okresu wojny kobiecie pozostały pojedyncze wspomnienia związane z lękiem. Z późniejszych relacji daje się odtworzyć jej wczesną historię. Opiekunowie przechowywali ją w szopie, przychodzili tylko, aby ją nakarmić, dopiero w późniejszym okresie wzięli ją do domu. Pacjentka rozpoczęła terapię w wieku 60 lat, głównie z powodu dolegliwości bólowych o charakterze psychosomatycznym.

W pierwszych miesiącach terapii, po dwutygodniowej przerwie, pacjentka przyszła w bardzo złym stanie.

W: Chyba dziś nie będzie ze mnie większego pożytku, bo tak się źle czuję od rana. Nie wiem. Po pierwsze bardziej mi dokucza ból. Poza tym, jak wstałam, to miałam takie ogólne vertigo. Czuję się źle fizycznie, ale nie chciałam odwoływać, bo miałyby pani

dziurę. Ale myślę, że to jest ze stresu, bo zauważyłam, że jak mi się nagromadzi, to potem źle się czuję, mam czasami wysoką gorączkę. Wie pani, że ja nie lubię, jak ktoś umiera, a umarła mama Grażyny. Niedobrze to znoszę (...). Mam gonitwę z pracą. Gonią terminy. Poza tym wszystko mi się psuje, dezeluje, prysznic kapie, ciągle coś jest do załatwienia. To wszystko mnie przygniotło. Czuję, że mnie coś ściska.

T: Co ściska?

W: Za dużo tego wszystkiego, nie wytrzymuję tego naporu, nawet coś w najtrywialniejszej formie rzuca się do gardła. Grażyna szlocha, łka, muszę ją uspokajać. Najgorsze jest to czekanie na pogrzeb. Pamiętam też po śmierci mamy, to leżenie w lodówce... Łatwiej już po pogrzebie, że się łączy z niebytem.

T: To tak jest, że śmierć mamy Grażyny przywołała wspomnienia śmierci pani bliskich.

W: To jest coś, z czym mi się trudno pogodzić, choć przecież wiem, że nie może być inaczej. Mam poczucie, że tych śmierci w moim życiu było za dużo. Rodzice to normalne, ale wydaje mi się, że jestem w takim kręgu. Nie wiem, czy coś z siebie wyduszę, chyba że pytana. Czuję się rozkojarzona. Nie widziałyśmy się dłużej niż normalnie i myślałam, że to będzie jakiś punkt zahaczenia, a trudno mi się skoncentrować.

T: Czasami, jak jest dłuższa przerwa, to trudniej jest mówić.

W: Może też. Zresztą przedtem miałam przerwę w bólu, a teraz mam ból ledwo się obudzę rano. Te nawroty mnie przygnębiają. To się splata, ale nie wiem, czy stres to wywołuje. Wydaje mi się, że ból był wcześniej, ale może człowiek sobie nie zdaje sprawy, że ten stres już nadciąga. To jest sytuacja niepowtarzalna... naprawdę dzisiaj rano się bałam. Ciśnienie miałam dobre, tętno też, raczej niskie, bo normalnie mam przyspieszone. Przyszliby i powiedzieli, że jakaś hipochondryczka. To było bardzo nieprzyjemne. Bałam się rozwiesić pranie, że mi się zakręci w głowie.

T: Symbolicznie zawroty głowy są utratą gruntu pod nogami.

W: To był taki zawrót w całym ciele.

T: Co takiego dzieje się teraz, że ten grunt tak się usuwa?

W: Wczoraj poczułam wieczorem, że jest mi gorąco, czułam, że to jest taki przełom. Dawniej to miewałam.

T: W jakich sytuacjach?

W: Trudno powiedzieć. Raz było, jak byłam na urlopie, ni z gruszki, ni z pietruszki. Cały dzień nie mogłam się ruszyć. Trudno powiedzieć, co było przyczyną. To był taki dość niezły okres. Może ta psychika wywała. To jest możliwe?

T: To, co mi przychodzi do głowy, to, że jest to wokół jakiejś totalnej dezintegracji – mieszkanie się rozpada, pani się rozpada.

Sesja pokazuje wrażliwość pacjentki na separację, niemożność samouspokojenia. Brak opieki kobieta przeżywa jako atak wrogich obiektów – mówi o poczuciu „napierania” na nią rzeczywistości. Interpretując ten stan zgodnie z koncepcją Winnicotta, można powiedzieć, że pacjentka używa dezintegracji jako obrony przed regresem do stanu niezintegrowania.

Pisząc ten artykuł, sięgnęłam do notatek z terapii z 2008 roku. Natknęłam się w nich na uwagi, które oddają moją intuicję dotyczącą potrzeb pacjentki. Nie konceptualizowałam jej wtedy jako osoby z lękiem przed upadkiem (który się już wydarzył). Zapisałam: „Miałam po raz kolejny poczucie, że interpretacje »wglądowe« są dla niej mniej ważne,

niż nadanie sensu i wartości jej przeżyciom”. Praca z takimi pacjentami jest długotrwała i bolesna, ale zdaniem Winnicotta nie jest daremna.

Winnicott bardzo wyraźnie odróżnia niezapamiętanie i przypomnienie związane z tymi wczesnymi deficytami od mechanizmu represji (wyparcia) charakterystycznego dla pacjentów neurotycznych. Uważa, że potrzeba powtórnego doświadczenia jest ekwiwalentem przypomnienia w terapii neurotyków.

Autor opisuje proces terapeutyczny, w którym dochodzi do odtworzenia pustki. Pacjent może postrzegać to jako brak w terapii i formułować zarzut, że „nic się tu nie wydarza”. Wydaje się, że jest to częstym doświadczeniem psychoterapeutów pracujących z pacjentami psychotycznymi.

Lęk anihilacyjny

Lęk anihilacyjny opisywany jest jako obezwładniający, powodujący poczucie dezintegracji ego, utraty swoich granic, tożsamości oraz świata obiektów.

Hurvich [20] dzieli lęki anihilacyjne na:

1. lęk przed byciem owładniętym, niemożnością poradzenia sobie, utratą kontroli;
2. lęk przed byciem w pułapce, byciem pożąrtym;
3. lęk przed dezintegracją, pustką, brakiem znaczenia, upokorzeniem;
4. lęk przed uszkodzeniem, penetracją;
5. lęk przed byciem porzuconym, pozbawionym wsparcia;
6. obawa, czy się ocaleje, lęk przed katastrofą, prześladowaniami.

Uważa, że powstają one we wczesnym, preedypalnym okresie, ale mogą nawracać w okresach późniejszych, kiedy pojawia się obawa dotycząca przetrwania, jako centralne uczucie lęku anihilacyjnego. Późniejsze doświadczenia, które prowadzą do lęków anihilacyjnych, to uwiedzenie seksualne i inne przykłady przedwczesnej stymulacji, bicie, odrzucenie przez któregoś (lub oboje) rodziców. Można powiedzieć, że opisywane sytuacje traumatyczne odpowiadają temu, co w obecnej klasyfikacji uznaje się za złożone PTSD.

Hurvich twierdzi, że lęki anihilacyjne we wczesnym okresie osłabiają ego, ale działają także w drugą stronę – słabe ego nasila lęki anihilacyjne. Lęki te mogą być zakodowane w konkretnej somatosensorycznej, afektywnej, presymbolicznej formie.

Główne mechanizmy obrony przed lękami anihilacyjnymi to regresja, seksualizacja, autystyczne wycofanie, enkapsulacja, reakcja katatoniczna, negatywizm, rozszczepienie czy omnipotentna kontrola. Mechanizmy te powodują objawy, które są odporne na zmianę zarówno w procesie farmako-, jak i psychoterapii. Można to rozumieć jako nieświadomą obawę przed pojawieniem się lęku dezintegracyjnego.

Lęk anihilacyjny jest charakterystyczny dla psychozy, ale występuje też w innych stanach umysłu. W badaniach Hurvicha [21] osoby agorafobiczne wykazywały najwyższy wskaźnik lęków anihilacyjnych, a w badaniach Benveniste’a [22] osoby borderline wyższy niż osoby z diagnozą schizofrenii.

Lęk dezintegracyjny a teoria psychozy

Zarówno w teorii psychozy Freuda, jak u Winnicotta psychoza/objawy psychotyczne pełnią funkcję reparacyjną. Freud twierdził, że „obłąd, niczym płamę, spotykamy tam, gdzie pierwotnie powstała ryna w stosunku »ja« – świat zewnętrzny” [23, s. 267]. Winnicott uważał, że objawy te pełnią funkcję obronną wobec lęku nie do pomyślenia [8].

Najbardziej konsekwentny jest model psychozy Biona, który wywodzi objawy psychotyczne z pierwotnego doświadczenia niepomieszczenia i bezimiennego przerażenia. W takiej sytuacji w psychice dziecka tworzy się obiekt niszczący, wykorzystujący i oceniający. W dalszych fazach rozwojowych jest to surowe i bezwzględne superego pacjentów psychotycznych, z którym stykamy się w czasie ich terapii.

Ta nadreprezentacja sił niszczycielskich prowadzi według Biona do ataku nie tylko na matkę/pierś, ale także na samo ego dziecka. W efekcie dochodzi do fragmentacji „ja” na części określane jako dzwaczne obiekty, stanowiące elementy beta, ego i superego [14]. W tym sensie myśl Biona różni się od koncepcji Klein, która traktowała psychozę jako rezultat zbyt intensywnych procesów projekcyjnych pozycji schizo-paranoidalnej. Bion zwraca uwagę na zmiany jakościowe, a nie tylko ilościowe, zachodzące w tej pozycji u osób psychotycznych, skutkujące utworzeniem odrębnych części psychiki – psychotycznej i niepsychotycznej. W koncepcji Biona istotną rolę odgrywa atak na łączenie, który doprowadza do destrukcji zdolności do rozpoznawania rzeczywistości i może powodować objawy psychotyczne [6]. Funkcja myślenia, wyrażająca się przede wszystkim w tworzeniu symbolu, zostaje zaatakowana w związku z nadmiarem impulsów agresywnych, nie ma też możliwości reparacyjnych, gdyż kreatywność uległa zniszczeniu.

Lęki specyficznie związane z psychozą

Jeżeli traktujemy psychozę jako reakcję obronną, oczywiście staje się, że omawiany powyżej lęk psychotyczny może skutkować nie tylko objawami o charakterze halucynacji czy urojeń, ale też uruchamiać inne mechanizmy obronne (np. psychosomatyczne). Istnieją jednakże lęki specyficzne dla doświadczenia psychozy:

1. Lęk związany z urojeniami. Doświadczenie lęku związane jest z dwiema drogami fizjologicznymi – krótszą, gwałtowną, podkorową, idącą bezpośrednio z jądra migdałowego, i dłuższą, bardziej złożoną, związaną z hipokampem i korą [24, 25]. W przypadku krótszej drogi lęk pozbawiony jest informacji dotyczącej kontekstu. W przypadku drogi dłuższej informacja o kontekście może zablokować lub nasilić odpowiedź lękową. Oznacza to, w przypadku psychozy, że urojeniowe zaburzenia myślenia, dające inny kontekst wydarzenia, mogą wywoływać jeden z lęków.
2. Lęk związany z traumatycznymi doświadczeniami relacyjnymi okresu psychozy (np. hospitalizacją).
3. Lęk związany z informacjami dotyczącymi choroby.

Kępiński w „Schizofrenii” [26] pisze, że nasilenie lęku w schizofrenii przekracza granice ludzkiej wyobraźni. Określa ten lęk jako dezintegracyjny, ale nie uznaje go za pierwotny w stosunku do objawów. Uważa, że nie można stwierdzić, czy lęk rodzi się samoistnie, czy

jest wywołany destrukcją dotychczasowego świata i tworzeniem świata psychotycznego. Równocześnie zwraca uwagę, że nasilenie lęku jest największe na początku epizodu psychotycznego (w fazie owładnięcia). Skryształowanie się urojeniowej struktury zmniejsza niepewność, a tym samym uczucie lęku, co przemawiałoby za obronną funkcją urojeń.

Leczenie lęku

Klein w „Zapisie analizy dziecka” pisze: „W czasach gdy w psychoanalizie przyjmowano zasadę, że lęki psychotyczne nie powinny być interpretowane z obawy, iż postępowanie takie może wywołać psychozę, odkryłam, że postęp w analizie wiąże się z interpretowaniem tych lęków, które są najsilniejsze, bez względu na to, czy mają psychotyczną naturę, czy nie” [26, s. 179], a także „jeśli analizujemy lęki psychotyczne głęboko, a tym samym sięgamy do ich korzeni, to w rezultacie możemy pacjentom lepiej pomóc” [27, s. 352].

Praca z lękiem powinna według Akhtara [28] obejmować trzy podstawowe zadania:

1. Kontakt z własnym lękiem, ocenę zagrożenia, postawienie granic.
2. Znoszenie i pomieszczanie lęku pacjenta.
3. Opanowywanie własnego lęku i rozumienie.

Można powiedzieć, że jest to opis procesu identyfikacji projekcyjnej, który został w przeszłości pacjenta zakłócony. Jak pisze Winnicott, „jedynym sposobem na »pamiętanie« jest doświadczenie przez pacjenta tej rzeczy z przeszłości po raz pierwszy w teraźniejszości, to jest w przeniesieniu. Ta przeszła i przyszła rzecz staje się wtedy sprawą tu i teraz i pacjent doświadcza jej po raz pierwszy. Jest to równoznaczne z pamiętaniem, a wynik tego odpowiada usunięciu wyparcia, które zachodzi w analizie pacjenta psychoneurotycznego (klasycznej analizie freudowskiej)” [8, s. 105].

W tym kontekście przytaczam przykład z grupy psychoterapeutycznej osób z doświadczeniem psychozy.

Przykład Pana A.

Pan A. przychodzi na sesję i opowiada o planach zmiany pracy. Jest wyraźnie napięty, przestraszony. Opowiada składowanie sytuacji rozmowy kwalifikacyjnej, w trakcie której nabrał podejrzeń co do uczciwości firmy, w której miałby pracować. W jego historii pojawiają się elementy „złego wzroku” (czy można je interpretować jako *d z i w a c z n e o b i e k t y Biona?*). Kolejne osoby zachowują się według niego podejrzanie, przyglądają mu się, być może tworzą jakąś grupę przestępczą. Pan A. rezygnuje z podjęcia pracy w tej instytucji, ale obawia się, czy jego lęk nie jest nadmiarowy, czy nie będzie to początek kolejnego zachorowania. Członkowie grupy terapeutycznej zaczynają go „psychoedukować”, mówią o objawach zwiastunowych. Wyraźnie czują obawy przed naruszeniem jego obrony, jakby wyczuwając, że struktura urojeniowa kryje w sobie uczucia, które w tym momencie nie są do otworzenia.

Wchodząc na sesję, miałam lekki ból głowy, który w czasie opowiadania pana A. rozwinął się do pełnoobjawowej migreny. Jestem wręcz unieruchomiona. Nie chcę wyjść,

żeby nie nasilać lęku w grupie, ale czuję się bardzo źle, mam wrażenie, że nie wytrzymam. Patrzę na zegar, ile minut sesji zostało. Z trudem raz się odzywam. Pan A. mówi, że brakuje mu stanowiska psychoterapeutów. Współprowadzący grupę mówi o trudności pozostawania w niepewności co do interpretacji faktów, niemożności stwierdzenia, jaka była rzeczywistość. To wydaje się redukować lęk Pana A. Chyba bardziej niż treść uspokaja go opanowanie prowadzącego.

Komentarz

W czasie sesji nie byłam w stanie w żaden sposób reflektować swojego stanu. Dopiero po jej zakończeniu zrozumiałam, że ktoś musiał zaabsorbować lęk pacjenta, że tylko w ten sposób mógł pokazać, co przeżywa. Mamy tu do czynienia z masywną identyfikacją projekcyjną, w której doszło do ataku na łączenie (nie byłam w stanie zrozumieć, co się dzieje) oraz do zaniku funkcji alfa (niemożność złagodzenia stanu lęku pacjenta) [6]. Przytaczam tę sytuację jako przykład, aby opisać, z jakim nasileniem lęków mierzy się terapeuta, odtwarzając w relacji z pacjentem sytuację pierwotnego załamania. Istotna w tym przypadku była możliwość pracy w parze. Jedna osoba z pary terapeutycznej pozostawała pod wpływem projekcji, ale druga była w stanie myśleć i być w kontakcie z pacjentem.

Podsumowanie

Tak jak nie istnieje jedna psychologiczna ani psychoanalityczna teoria psychozy [29], tak nie ma jednolitej teorii dotyczącej przyczyn i charakteru lęku w psychozie. Powracająca w literaturze analitycznej koncepcja lęku psychotycznego jako stanu dezintegracji i anihilacji wydaje się użytecznym narzędziem do zrozumienia zarówno pacjentów z doświadczeniem psychozy, jak i osób z p o g r a n i c z a , często określanych pojemną definicją b o r d e r l i n e . Pacjentów doświadczających lęku psychotycznego łączy wczesne przeżycie traumatyczne, także w postaci deficytu opieki. Chroniąc się przed przeżywaniem pustki i chaosu, tworzą mechanizmy obronne, w tym objawy psychotyczne. Koncepcja lęku psychotycznego przekracza obowiązujące systemy diagnostyczne, jeszcze raz pokazując ich umowne znaczenie.

Piśmiennictwo

1. Wachtel PL. Terapia Relacyjna w praktyce psychoterapii. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2013.
2. Freud Z. W kwestii etiologii hysterii. W: Histeria i lęk. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 43–69.
3. Freud Z. Zahamowanie, symptom, lęk. W: Freud Z. Histeria i lęk. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 197–270.
4. Freud Z. Lęk i życie popędowe. W: Freud Z. Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 63–86.
5. Klein M. Psychoanaliza dzieci. Pisma, t. II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.

6. Bion WR. Ataki na łączenie. W: Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014: 119–136.
7. Winnicott DW. Integracja Ego w rozwoju dziecka. W: Winnicott DW. Procesy dojrzewania i facylitujące otoczenie. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018: 65–73.
8. Winnicott DW. Fear of breakdown. *Int Re. Psycho-Anal* 1974; 1: 103–107.
9. Freud Z. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: PWN; 1976.
10. Kohut H. The Restoration of the Self. New York: International Universities Press; 1977.
11. Akhtar S. Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis. London & New York: Routledge; 2018.
12. Klein M. Psychoterapia psychoz. W: Klein M. Pisma. Tom 1: Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace pochodzące z lat 1921–1945. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 31–233.
13. Klein M. Wkład do psychogenezy stanów maniakalno-depresyjnych. W: Klein M. Pisma. Tom 1: Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace z lat 1921–1945. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 259–285.
14. Bion WR. Różnicowanie osobowości psychotycznej i niepsychotycznej. W: Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
15. Segal H. Systemy urojeniowe jako obrona przed powtórzeniem katastrofy. W: Segal H. Psychoanaliza, literatura i wojna. Pisma z lat 1972–1995. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005: 79–98.
16. Bion WR. Teoria myślenia. W: Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014: 136–147.
17. Waddell M. Światy wewnętrzne. Psychoanaliza i rozwój osobowości. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
18. Ferenczi S. Pomieszanie języków w obcowaniu dorosłych z dzieckiem. *Mowa czułości i pożądania. Czas Kultury*. 2021; 4: 213–218.
19. Ogden T. Przeżywanie nieprzeżytego życia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2018.
20. Hurvich M. The Place of Annihilation Anxieties in Psychoanalytic Theory. *J Am Psychoanal Assoc*. 2003; 51(2): 579–616.
21. Hurvich M, Benveniste P, Howard J, Coonerty S. Assessment of Annihilation Anxiety from Projective Tests. *Perceptual and Motor Skills*. 1993; 77: 387–401.
22. Benveniste PS, Papouchis N, Allen R, Hurvich M. Rorschach Assessment of Annihilation Anxiety and Ego Functioning. *Psychoanalytic Psychology*. 1998; 15(4): 536–566.
23. Freud Z. Nerwica i psychoza. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 263–268.
24. Damasio A. Tajemnica świadomości: ciało i emocje współtworzą świadomość. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2000.
25. Ricky E. Thalamic Fear. *Journal of Child Psychotherapy*. 2004; 30(1): 71–87.
26. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Sagittarius; 1992.
27. Klein M. Zapis analizy dziecka. Pisma Melanie Klein, tom IV. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
28. Akhtar S. Fear, phobia and cowardice. W: Akhtar S, ed. *Fear: A dark shadow across our life span*. London: Karnac Books; 2014: 3–34.
29. De Massi F. Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.