

MIŁOŚĆ A PSYCHOZA. DLACZEGO WARIUJEMY Z MIŁOŚCI?

LOVE AND PSYCHOSIS. WHY WE ARE GOING CRAZY WITH LOVE?

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Instytut Psychologii Stosowanej, Katedra Psychoterapii

i Poradnictwa Psychologicznego

Kierownik: prof. dr hab. Czesław Czabala

**love
psychosis
attachment**

Autorka przedstawia, jak moment zakochania może reaktywować traumę w kontakcie z obiektem pierwotnym i wyzwać objawy zaburzeń psychotycznych. Opisuje też, jak przebieg dekompensacji może się różnić w zależności od fazy zakochania, tworzenia więzi lub utraty obiektu miłości.

Summary: The article discusses the relationship between romantic love and psychosis. It argues that romantic love is often the cause of psychotic decompensation. That phenomenon may be associated with the structure of the personality and a pattern of attachment of persons with the experience of psychosis. Anthropological studies show how the phase of falling in love through recreating the mother-child relationship can become threatening for those with a psychotic personality structure. Researchers affiliated with Bowlby's theory emphasize the risk of „self-expansion” in the early stages of romantic love. For people who have good experience in early childhood care, such an experience is appealing and exciting, while those surviving psychotic fear of the actual loss of boundaries, may react with defenses in the form of psychotic delusions. The article includes excerpts from the history of the person with the experience of a developing psychosis. It shows how important it is to study the causes of illness, understanding of the disease in the context of the patient's life. Therapists should try to understand the message of the delusions and hallucinations of the patient. Patients who react with psychosis on romantic love, could have difficulties with a closer relationship (including the therapeutic relationship).

Związek miłości z psychozą często jest opisywany w dwóch aspektach. Po pierwsze miłości jako „szaleństwa”, w rozumieniu stanu, nad którym trudno jest zapanować racjonalnie. Badania dotyczące miłości wskazują na charakterystyczne cechy osoby, która jest zakochana — elementy irracjonalne oraz utratę kontroli [1]. Po drugie opisywane są psychozy — paranoje, w których treść urojeń dotyczy uczuć miłości i zazdrości (zespół Otella, erotomania). Warto tylko zaznaczyć, że zarówno paranoja zazdrości, jak i urojeniowe przekonanie o miłości innej osoby mogą powodować rzeczywiste zagrożenie wobec obiektu miłości i podejrzeń. Być może to właśnie uczucia miłosne nadają tak nieobliczalny i destrukcyjny charakter psychozie, co pokazał Szekspir w tragicznym zakończeniu „Otella”.

Powyższymi związkami nie będę się zajmować w tym artykule. Chcę zająć się innym aspektem związku miłości i psychozy — kryzysem określanym jako ostre zaburzenie psychotyczne lub zaburzenie z grupy schizofrenii, który czasowo i treściowo wiąże się z zakochaniem, więc możemy uznać, że miłość stała się bezpośrednią jego przyczyną.

Osoby pracujące z pacjentami z doświadczeniem psychozy wiedzą, że jej pierwszy rzut (a u niektórych osób także kolejne) często spowodowany jest uczuciem miłosnym. Pomimo tego w przyczynach wybuchu psychozy wymieniana jest raczej utrata obiektu miłości, porzucenie, a nie sam stan zakochania [2]. Opierając się na znanych z literatury fazach miłości romantycznej, zanalizuję na podstawie materiału klinicznego możliwe przyczyny dezintegracji psychotycznej w fazie zakochania i przywiązania. Określenie miłość romantyczna (romantic love) jest określeniem badawczym służącym do określenia miłości partnerskiej/erotycznej/seksualnej w odróżnieniu do miłości pomiędzy rodzicami i dziećmi, rodzeństwem etc. i tak będę używała tego terminu w tym artykule.

Badania neuropsychologiczne wprowadzają podział miłości na fazę zakochania, w której dochodzi do wzmożonego uwalniania dopaminy, NA, a przede wszystkim fenyletoaminy (PEA) w układzie limbicznym, i etap przywiązania, kiedy wzrasta poziom endorfin, oksytocyny i wazopresyny [3, 4].

Z kolei kontynuatorzy teorii Bowlby'ego uznali, że miłość romantyczna jest kombinacją przywiązania, opiekuńczości i relacji seksualnej [5]. Także ci autorzy, którzy uznają zasadniczo podstawowy wpływ przywiązania, zauważają fazę przedprzywiazaniową, gdzie główną rolę odgrywa zainteresowanie seksualne, oraz fazę tworzenia przywiązania, gdzie znaczenie ma stały kontakt fizyczny. Według Bowlby'ego [6] dzieci potrzebują około 6 miesięcy na rozwinięcie przywiązania przy stałym kontakcie z opiekunem. Uważał on, że co najmniej tyle trwa okres tworzenia przywiązania u dorosłych. Ścisłe przywiązanie zaczyna się w momencie wygaśnięcia wzbudzenia powodowanego obecnością drugiej osoby. Osoby w tej fazie nie potrzebują już tak fizycznego kontaktu i są w stanie znieść czasową separację [7]. Partnerzy tworzą swoje mentalne reprezentacje w fazie przedprzywiazaniowej i tworzenia przywiązania. Tak więc te początkowe fazy wydają się bardzo wrażliwe na wczesne doświadczenia z przywiązaniem.

Reakcję psychotyczną na zakochanie można rozumieć jako reakcję na niespecyficzny bodziec — nieznanne doświadczenie, które wymaga zrozumienia i integracji. Osoby reagujące psychozą nie wykształciły w sobie elastyczności (sprężystości, resilience) psychicznej, pozwalającej na radzenie sobie z nieznaną sytuacją [8]. Brak ten odnosi się przede wszystkim do możliwości symbolizowania doświadczeń, które w psychozie stają się konkretną „rzeczą”. To silne, niezrozumiałe doświadczenie prowadzi do dezintegracji psychotycznej.

To, co mnie interesuje, to specyfika miłości romantycznej. Dlaczego właśnie to doświadczenie powoduje dekompensację psychotyczną? Można sobie zadać pytanie: jak często właśnie miłość jest przyczyną psychozy? Co prawda nie prowadziłam na ten temat ścisłych badań ilościowych, lecz gdy przystępuję do pracy nad tym artykułem, przypomina mi się wielu właśnie takich pacjentów.

Spróbuję jednak pokusić się o małą próbę badawczą. Od trzech lat prowadzę długoterminową, półotwartą grupę pacjentów psychotycznych, składającą się z 7–8 osób. W tym czasie na terapię uczęszczało 15 pacjentów. Z tych 15 osób 12 wiązało pierwszą dekompensację psychotyczną z uczuciami o charakterze erotycznym. Można tu wyróżnić trzy scenariusze. Pierwszy dotyczy wczesnego okresu, kiedy nie ma jeszcze obiektu zakochania, a trudność polega na pomieszczeniu rodzących się impulsów seksualnych odczuwanych jako destrukcyjne. W drugim scenariuszu pojawia się obiekt zakochania, bardzo silne

pragnienia, lęk i w dalszej kolejności objawy urojeniowe. W trzecim scenariuszu zachowanie związane jest z porzuceniem.

Z badaniem zakochania jest także ta trudność, że u osób, u których w czasie psychozy dominuje tematyka erotyczna, wiąże się to z dużym wstydem i część faktów ujawniana jest dopiero po uzyskaniu bezpiecznej atmosfery podczas psychoterapii. Szczególnie ważne dla pacjentów w terapii grupowej bywa usłyszenie, że inni mieli podobne doświadczenia i czują mniej wstydu, żeby o tym mówić.

Przedstawię analizę tekstu napisanego przez osobę z doświadczeniem psychozy, której zachorowanie związane jest z miłością romantyczną i spróbuję zastanowić się nad możliwymi przyczynami wybuchu psychozy jako reakcji na taką właśnie miłość.

Historia Krystyny

Krystyna nie była i nie jest moją pacjentką. Opisała swoją chorobę w formie wywiadu i zgodziła się na wykorzystanie jej w tym artykule. W okresie studiów Krystyna poznaje Roberta.

Zaczęliśmy się spotykać. Było to miesiąc przed letnimi wakacjami. Bałam się, że trzy-miesięczna rozłąka może się okazać destrukcyjna dla naszej relacji. I dlatego poprosiłam Roberta, aby odwiedził mnie w mojej rodzinnej miejscowości. Obiecał, że do mnie przyjedzie. No i wtedy się zaczęło. Czekałam na niego w ogromnym stresie. Miałam świadomość, że facet to łowca, nie mogę wykonać pierwszego kroku, bo mężczyzna woli gonić króliczka, więc jeśli zadzwonię do niego pierwsza, to go spłoszę. Ucieknie. I dlatego nie robiłam nic. Ale stres, który się z tym wiązał, przyjedzie czy nie, był dla mnie obezwładniający. Psychoza zaczęła się na kilka dni przed przyjazdem Roberta. Narastała powoli, niepostrzeżenie. Wymuszała dziwaczne zachowania. Na przykład coś kazało mi, jakaś dziwna siła, abym poszła do fryzjera i ogoliła moje długie, gęste, kasztanowe włosy na łyso. Na szczęście mój fryzjer się na to nie zgodził, obciął mi jedynie włosy na krótko.

Krystyna opisuje swoje pierwsze zachorowanie jako związane z obawami i nadzieją dotyczącymi związku. Pisze *facet to łowca*. Nie pisze, jakie były jej pragnienia i dylematy. Wydaje się, że miała ochotę na zrobienie pierwszego kroku, ale może miała też związane z tym obawy i łatwiej było myśleć o nim jako takim, który chce *gonić króliczka*, niż o swoich barierach. W tym dylemacie Krystyna decyduje się na ogolenie głowy, co oznacza w tradycyjnych kulturach pozbawienie seksualności. Czy ma to chronić ją przed impulsami seksualnymi?

W dzień przyjazdu Roberta poszłam po niego na dworzec kolejowy. Kiedy wysiadł z pociągu, spróbował pocałować mnie w policzek, ale go odepchnęłam. Zdziwił się. Poszliśmy do mnie do domu, ale zachowywałam się już nienormalnie. Poczęstowałam go na wpół surowym kurczakiem, byłam rozkojarzona i nie mogłam skupić się na rozmowie. Pamiętam, że pożyczyłam sobie książkę z przepisami na pizzę, bo Robert bardzo lubił to danie. Miałam zamiar mu ją przygotować, ale nagle, gdzieś w mojej głowie usłyszałam głos: Ugotuj cały garnek leczu, bo przyjadą do ciebie wszyscy przyjaciele ze studiów i musisz mieć czym ich poczęstować. Posłuchałam.

Krystyna planowała przygotowanie pizzy dla Roberta, ale tego nie robi. Czy chodzi tylko o bunt, który nie mógł być inaczej wyrażony, „nie będę robić tak jak ty byś chciał”,

czy jest w tym pragnienie, aby nie być z nim sama, albo być może zaprzeczenie pragnieniu bliskości, jak w historii z fryzjerem, kiedy obcięcie włosów ma ją chronić przed własną seksualnością.

Moja mama wyciągnęła mnie na solarium. Dostałam niebywale silnego ataku klaustrofobii. Krzyczałam, płakałam i próbowałam samodzielnie wydostać się z maszyny. Potem zaczęło mi się wydawać, że jestem zahipnotyzowana przez Roberta i że z tego stanu wyrwie mnie zadanie sobie bólu fizycznego. Brałam więc wielki kuchenny tasak i zaczynałam nim „drapać się” po nogach, które wkrótce całe spływały krwią.

Ataki klaustrofobiczne mogą być rozumiane jako lęk przed „zamknięciem” w związku, obawa przed zależnością. Bliskość odczuwana jest jako niebezpieczna — zamknięcie, zahipnotyzowanie. Równocześnie własne pragnienia są w całości projektowane na obiekt. Krystyna pisze o „tym stanie”, z którego ma wyrwać ją ból fizyczny. Lęk psychotyczny związany jest z zagrożeniem tożsamości, poczuciem utraty granic ciała. Pacjenci zadają sobie ból, nacinają skórę, aby poczuć własne istnienie i granice. W tym przypadku zakochanie prowadzi do utraty granic, co wywołuje u Krystyny lęk prowadzący do autodestrukcji. W jej relacji o tym uderza plastyczność opisu „nóg spływających krwią”. Krew jest oczywistym symbolem dojrzałości seksualnej. Czy to symbolicznie pokazuje Krystyna?

Krystyna wychodzi jednak za męża za Roberta, zachodzi w ciążę. Po raz kolejny ulega dekompensacji psychotycznej przed urodzeniem dziecka, na oddziale położniczym:

Zaczęłam podejrzewać męża o zdradę. Próbowałam przekonać pielęgniarki, że przywiózł mnie tutaj, aby w tym czasie w domu się z kimś przespać. Rzuciłam w okno naszym nowym aparatem fotograficznym, na szczęście nie wybiłam szyby. Pobilałam pielęgniarkę.

Psychozy poporodowe związane są ze zmianami hormonalnymi i dramatyczną separacją z dzieckiem, jaką jest poród. Krystyna jednak czuje się zagrożona już wcześniej, kiedy mąż zostawia ją w szpitalu. Uważa, że nie jest to dla jej dobra, tylko odczytuje to jako „zdradę”. O co chodzi? Może o trudną do uznania ambiwalencję wobec posiadania dziecka. Już wcześniej, kiedy dowiaduje się o ciąży, pisze: *Cóż... Ucieszyłam się. Aby móc powiedzieć dziecku, że szczerze się uradowałam z tego, że miało pojawić się na świecie.* Równie szczerze pisze, że to mężowi zależało na posiadaniu dziecka. Czy w tym momencie to dziecko nie jest „tym trzecim”, które zakłóca relację małżeńską? Czy to miała na myśli Krystyna mówiąc, że mąż „ma kogoś innego”? Lęki o *zrobienie krzywdy dziecku* wracają i później — *nękało mnie obsesyjne przeświadczenie, że wezmę siekierę i odetnę dziecku palce. Albo że jestem na tyle nieobecna myślami, że zostawię gdzieś dziecko pod sklepem i zapomnę.*

Krystyna nie pisze o swoich doświadczeniach dziecięcych z matką, ale może ten brak opisu jest też znaczący. Opisany po porodzie stan depresyjny, jak go nazywa *sufitowanie*, świadczy o trudności w budowaniu relacji z dzieckiem. Opisuje trudności w wykonywaniu zajęć domowych, a dziecko jawi się jako kolejne „zajęcie” czy kłopot.

Krystyna pisze o stale obecnych myślach/urojeniach, o których wstydy się mówić. Raz tylko napomyka o tym w kontekście sytuacji na oddziale psychiatrycznym. *Jedna z kobiet, żulerka, pożyczyła ode mnie dezodorant. Miałam silne przekonanie, że onanizowała się przy mnie tym dezodorantem, więc kiedy mi go oddała, poszłam go umyć. Urojenie czy nie?*

Trudno jest zrozumieć bez współpracy z Krystyną, czemu służy ta przypuszczalna projekcja — pragnieniu bliskości z kobietą i erotyzowaniu tych uczuć? Pozbyciu się swoich potrzeb seksualnych?

Historia Krystyny pokazuje, jak na różnych etapach życia psychozę mogą wywoływać różne czynniki — początkowo większą rolę odgrywa zakochanie, potem frustracje związane z fazą przywiązania.

Dlaczego zakochanie może w sposób specyficzny łączyć się z wybuchem psychozy? Zaburzenie na poziomie psychotycznym oznacza fiksację na poziomie wczesnej fazy symbiotycznej (autystyczno-przylegającej Ogdena) [9], a więc trudność rozróżnienia tego, co wewnętrzne i tego, co zewnętrzne. W fazie zakochania całość komunikacji związana jest z doświadczeniami cielesnymi. Helen Fisher [10], opierając się na badaniach Givensa [11] i Perpera [12], opisuje stadia „załotów”. Pierwszą fazą jest „ściągnięcie uwagi”, następną „akceptacja”, „rozmowa”, a następnie „dotyk” i „synchronizacja ruchów”. Szczególnie etap dotyku i synchronizacji ruchów w sposób nieświadomy odtwarza wczesny związek matki i dziecka. „Synchronizacja” jest niczym innym jak powtórzeniem odzwierciedlenia w relacji matka—dziecko. Pacjenci o strukturze psychotycznej często nie mają dobrych doświadczeń w tej fazie rozwojowej. Staje się zrozumiałe, dlaczego ten moment zakochania, kiedy dochodzi do bardzo pierwotnej, prewerbalnej komunikacji, może odtwarzać ich traumę bądź porażkę w kontakcie z obiektem pierwotnym.

Okres zakochania opisywany jest także jako „ekspansja self” [13] — poczucie, że tracimy granice, nasze self łączy się z self drugiej osoby. Dla osób mających dobre doświadczenia dotyczące wczesnej opieki takie doświadczenie jest pociągające i ekscytujące, osoby przeżywające psychotyczny lęk przed rzeczywistą utratą granic, pochłonięciem przez drugą osobę mogą reagować obronami psychotycznymi w postaci urojeń. Jak pisze cierpiąca na psychozy Elyn Saks: „Mnie jednak >stawanie się jednym< z mężczyzną wydawało się zatraceniem własnej jaźni i było niekiedy przerażające, jak gdyby tuż po drugiej stronie czyhało coś strasznego, jakbym miała wpaść w jakąś otchłań” [14].

U części pacjentów dekompensacja występuje w związku z utratą obiektu przywiązania. To, co jest interesujące (aczkolwiek musi być formułowane z ostrożnością), to inny przebieg psychozy w tych dwóch sytuacjach. Psychoza u osób w okresie zakochania ma taki przebieg, jak samo zakochanie — gwałtowny, związany z objawami o charakterze maniakalnym. Osoby, które utraciły obiekt, reagują bardziej depresyjnie — psychozy mają charakter skąpoobjawowy, polegają głównie na wycofaniu, czasami przyczyną hospitalizacji są nieokreślone treści autodestrukcyjne.

Z miłości, jak wiadomo, nie tylko „wariujemy”, ale i „głupiejemy”. Badania pokazują, że uczucie miłości dezaktywuje obszary kory związane z mentalizowaniem [15]. Jeżeli przyjąć, że jedna z przyczyn dekompensacji psychotycznych związana jest z załamaniem procesu mentalizacji, to być może u osób, które wyjściowo mają obniżone umiejętności mentalizacyjne, zakochanie doprowadza do stanu chaosu, z którego ratuje tylko „nowe zrozumienie” w postaci urojeń.

Badacze skupiający się na mentalizacji rozróżniają „ślepy” aspekt miłości wiążący się z zablokowaniem mentalizacji oraz „dojrzałą miłość”, która przy ufnym przywiązaniu sprzyja mentalizacji. Niestety, pacjenci, z którymi się spotkałam, często nie doznali

ufnego przywiązania, co skutkuje dekompensacją zarówno w okresie zakochania, jak i późniejszym.

Jakie wynikają stąd wnioski terapeutyczne? Związek miłości romantycznej z dekompensacją psychotyczną pokazuje, jak ważna dla zrozumienia pacjenta jest sytuacja, w której doszło do zachorowania w kontekście wcześniejszych doświadczeń, uczy traktowania urojeń i halucynacji jako informacji o wewnętrznym świecie pacjenta. Dekompensacja związana z uczuciami miłosnymi pokazuje też, jak zagrażająca może być dla pacjenta bliskość i wskazuje na potrzebę dużej uważności w budowaniu relacji z pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Tenov D. *Love and limerence: The experience of being in love*. New York: Stein and Day; 1979.
2. Alanen YO. *Schizofrenia: jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Sabelli H, Javadi J. Phenylethylamine modulation of affect: therapeutic and diagnostic implications. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1995; 7: 6–14.
4. Liebowitz MR. *The chemistry of love*. Boston, Toronto: Little, Brown, & Co; 1983.
5. Shaver PR, Hazan C, Bradshaw D. Love as attachment: The integration of three behavioral systems. W: Sternberg RJ, Barnes M, red. *The psychology of love*. New Haven, CT: Yale University Press; 1988, s. 68–69.
6. Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock; 1979.
7. Hazan C, Campa M, Gur-Yaish N. What is adult attachment? W: Mikulincer M, Goodman GS, red. *Dynamics of romantic love: attachment, caregiving and sex*. New York: Guilford Press; 2006, s. 47–70.
8. Briggs S. *Growth and risk in infancy*. London: Jessica Kingsley; 1997.
9. Ogden TH. *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1989.
10. Fisher H. *Anatomia miłości*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 2004.
11. Givens DB. *Love signals. How to attract a mate?* New York: Crown Publishers; 1983.
12. Perper T. *Sex signals. The biology of love*. Filadelfia: ISI Press; 1985.
13. Aron EN, Aron A. Romantic relationships from the perspectives of the self-expansion model and attachment theory: partially overlapping circles. W: Mikulincer M, Goodman GS, red. *Dynamics of romantic love: attachment, caregiving and sex*. New York: Guilford Press; 2006, s. 359–382.
14. Saks ER. *Schizofrenia. Moja droga przez szaleństwo*. Warszawa: Burda Publishing Polska; 2014.
15. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.

Adres: kasiaprot@gmail.com