



## Stres a psychoza – wybrane elementy ujęcia psychoanalitycznego

*Stress and psychosis – selected elements of the psychoanalytic approach*

ŚLAWOMIR MURAWIEC

Z III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *W pracy przedstawiono znaczenie stresu psychologicznego poprzedzającego wystąpienie epizodu psychiatrycznego. Stres, który prowadzi do wystąpienia epizodu psychiatrycznego może nie różnić się od normalnych wydarzeń życiowych. Jednak w indywidualnym odbiorze danej osoby ma on bardzo szczególne, dezintegrujące psychikę właściwości. Najczęstszą problematyką jaka kryje się za tymi zdarzeniami jest problematyka dotycząca seksualności, agresywności, poczucia wartości oraz specyficznym traktowane związki z osobami stanowiącymi system wsparcia psychologicznego dla danej osoby.*

**SUMMARY.** *The role of psychological stress preceding the onset of a psychotic episode is outlined in the paper. Stress triggering a psychotic episode may not differ from the usual life events. However, in the individual's perception it may have very specific, personality-disintegrating features. The most frequent problems underlying these events are concerned with sexuality, aggressiveness, self-worth, and a specific attitude toward the relationship with people constituting a system of psychological support to the individual.*

---

**Słowa kluczowe:** stres / psychoza / psychoanaliza  
**Key words:** stress / psychosis / psychoanalysis

---

Badania nad stresem mają długą historię i obszerną literaturę. Były one prowadzone w różnorodnych ujęciach eksperymentalnych, klinicznych i społecznych. W ostatnich latach możemy zaobserwować pojawienie się nowego, jakościowo różnego kierunku badań nad skutkami stresu. Te badania z dziedziny *neuroscience* stawiają sobie za cel uzyskanie wiedzy o wzajemnych połączeniach zjawisk „obiektywnych”, np. stresorów wywołujących eksperymentalnie i w powtarzalny sposób, a zmianami zachodzącymi w ośrodkowym układzie nerwowym, układach neuroendokrynologicznych organizmu, zmianami zachowania oraz subiektywnymi aspektami i skutkami tych procesów. Neurobiologiczne badania związków pomiędzy stresem a występowaniem zaburzeń

psychicznych prowadzone były w różnych populacjach osób, a także na modelach zwierzęcych. Obejmowały one na przykład dzieci i młodzież, które były ofiarami wykorzystania seksualnego lub innych traumatycznych wydarzeń, dzieci adoptowane z rumuńskich sierocińców, ofiary holocaustu i ich potomstwo, dzieci z zaburzeniami depresyjnymi, młodzież ze schizotypowymi zaburzeniami osobowości i dorosłych z chorobą afektywną dwubiegunową, osoby które uczestniczyły w działaniach wojennych, różne grupy osób ujawniające objawy zaburzeń stresowych pourazowych. W modelach zwierzęcych koncentrowano się na konstruowaniu sytuacji eksperymentalnej, w której rodzaj sytuacji stresowej był określany przez czas jej trwania, okres rozwojowy, w którym miała miej-

sce oraz sposób jej zakończenia. Przykładowo badania te obejmowały izolację potomstwa od matek w określonym okresie życia i na określony czas oraz powrót bądź też brak powrotu młodych pod opiekę matek po założonym w eksperymencie czasie [2]. Wspólną cechą tych badań jest fakt, że czynnik stresowy jest tu dobrze lub względnie dobrze zdefiniowany, a jego kryteria są łatwo uchwytne dla badaczy identyfikujących badaną grupę. Kryteria te często mają charakter biograficzny (udział w działaniach wojennych, wykorzystanie seksualne).

Zalety tego podejścia są niewątpliwe. Precyzyjnie określona grupa badana z czynnikiem stresowym jasno zdefiniowanym co do swego rodzaju, a niekiedy także i czasu trwania, stanowi dobrą podstawę do uzyskania wiarygodnych i powtarzalnych danych. Badania takie dostarczyły już bardzo ważnych informacji dotyczących np. związku pomiędzy wydarzeniami stresowymi a zespołem stresowym pourazowym oraz zaburzeniami depresyjnymi.

Są jednak takie wydarzenia stresowe, odgrywające rolę w zainicjowaniu klinicznej postaci zaburzeń psychicznych, które nie są tak łatwo zdefiniowane, ani łatwe do uwidocznienia w kwestionariuszach badających stres poprzedzający wystąpienie choroby. Są to takie wydarzenia, które dla wielu osób nie byłyby wydarzeniami trudnymi, ani nadmiernie obciążającymi, a które w przypadku szczególnych uwarunkowań intrapsychicznych mogą u danej osoby doprowadzić do wystąpienia zaburzeń. Niekiedy są to wydarzenia, które otoczenie danej osoby zauważa i odnotowuje, jednak skala tego zdarzenia nie jest powszechnie uważana za wystarczającą do wystąpienia tak silnej reakcji, jaka po nim następuje. Możemy wtedy dostrzec wyraźny czynnik wyzwalający zaburzenia, który jednak dla wielu innych osób nie wystarczyłby do wystąpienia objawów na poziomie psychotycznym. Niekiedy wydarzenia te odpowiadają zwykłemu faktom życiowym i osoby z otoczenia nie dostrzegają

jego siły dezintegrującej psychikę pacjenta. W trakcie indywidualnych rozmów możemy wtedy ustalić, że subiektywnie wystąpienie zaburzeń psychicznych poprzedzone jest emocjonalnie silnie przeżywanym wydarzeniem, które ma bardzo indywidualne znaczenie i w badaniach kwestionariuszowych nie jest uchwytne.

Możemy więc zwrócić uwagę na dwa bieguny stresu. Jeden z nich to stres obiektywny, silny w przypadku wystąpienia, którego właściwie nie zachodzi potrzeba rozważania indywidualnej podatności (wrażliwości). Drugi to stres który jest tak silny, że przyczynia się do wystąpienia zaburzeń psychotycznych, ale u danej konkretnej osoby. Należy go rozważać w kontekście określonego rozwoju osobowości, cech tej osobowości, rozwoju *self* i relacji z obiektami.

W poniższej pracy chciałbym się skupić na takich wydarzeniach stresowych, które mają wysoce indywidualne znaczenie i które prowadzą do wystąpienia epizodu psychotycznego. Nie oznacza to, że można widzieć je jako przyczyny psychozy czy też schizofrenii. Predyspozycja do psychozy, w niektórych przypadkach wynikająca z uszkodzenia neurorozwojowego, poprzedza kliniczne ujawnienie się psychozy. Powoduje ona występowanie całego szeregu trudności indywidualnych i interakcyjnych, które opisywane są w badaniach funkcjonowania społecznego osób, u których później wystąpiła psychoza. Te trudności, z którymi osoba nie potrafi sobie poradzić, wyznaczają jej sytuację intrapsychiczną oraz możliwość odpowiedzi na indywidualnie zagrażające sytuacje stresowe. Mogą one wiązać się z rozwiązywaniem problemów psychologicznych pojawiających się w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości, które wiążą się z rolą seksualności, procesami separacyjnymi, kształtowaniem indywidualnej tożsamości.

Zdaniem Alanena [1], wybuch psychozy schizofrenicznej w okresie dorastania lub wczesnej dorosłości wiąże się z celami rozwojowymi tego okresu. Toteż czynniki wy-

zwalające nie są tak łatwe do zauważenia, bowiem nie różnią się od problemów przeżywanych przez inne osoby w tym okresie życia. Te problemy mogą dotyczyć zwłaszcza seksualności oraz agresywności. Na przykład nasilenie impulsów seksualnych w tym okresie życia wzrasta i jak pisze Alanen „słabe ego nie jest w stanie panować nad nimi, dezintegruje się, ulega regresji do poziomu narcystycznego i porzuca dążenie w kierunku obiektów zewnętrznych” [1].

Inne czynniki potencjalnie prowadzące do wybuchu psychozy – to urazy narcystyczne lub zranienie samoposzanowania [1]. Mogą to być takie rany narcystyczne jak odrzucenie przez partnera, poczucie porażki, ale także niepowodzenia w procesie separacji od znaczących osób, najczęściej rodziców.

Mamy więc kilka rodzajów problemów, które mogą być powiązane z wybuchem psychozy:

- problemy z agresywnością,
- problemy z seksualnością,
- urazy narcystyczne,
- problemy separacyjne,
- załamanie systemu wsparcia.

Tego typu trudności przeżywają jednak wszyscy ludzie w odpowiednich okresach życia. Powstaje więc pytanie, jakie jeszcze czynniki przyczyniają się do wystąpienia ujawnianej klinicznie psychozy. Jest to pytanie o wewnątrzpsychiczne uwarunkowania, o rodzaj cech osobowości oraz cech ośrodkowego układu nerwowego, które predysponują do zachorowania.

Neurobiologiczne koncepcje powstawania schizofrenii podkreślają znaczenie pewnej predyspozycji do zachorowania, deficytu o charakterze biologicznym. Byłaby to podatność w koncepcji *vulnerability* lub deficyt neurorozwojowy wg koncepcji sformułowanej przez Weinbergera [7] oraz Murraya i Lewisa [4]. Obie koncepcje podkreślają biologiczną wartość tego deficytu. Jednak pyta-

nie jakie można postawić brzmi: jaki jest psychologiczny, rozwojowy i subiektywny skutek tego, że dana osoba posiada tego rodzaju deficyt? Na przykład badania wskazują na to, że osoby, które później rozwijają objawy schizofrenii, słabiej rozwijają się ruchowo, gorzej funkcjonują społecznie, nie podejmują ról przywódczych, mają deficyty uwagi, problemy z nauką czytania, gorsze wyniki szkolne, ujawniają cechy schizoidalne i schizotypowe [5]. Można założyć, że deficyt biologiczny prowadzi u nich do pewnych cech, które pozostają w dynamicznej interakcji z cechami środowiska. W tej pracy chciałbym odnieść się wyłącznie do wybuchu psychozy w znaczeniu pojawienia się objawów klasyfikowanych jako objawy pozytywne (wytwórcze). Nie można jednak zapominać o istnieniu także innych wymiarów psychopatologicznych, np. w odniesieniu do osób z rozpoznaniem schizofrenii takim ważnym wymiarem są objawy negatywne (ubytkowe). Objawy te były w początkowym okresie rozwoju psychoanalizy widziane w kategoriach wycofania energii libidinalnej z rzeczywistości i utraty reprezentacji psychicznych. W późniejszym rozwoju teorii analitycznej były one rozważane w kontekście bądź to wewnątrzpsychicznego konfliktu, bądź też deficytu ego wpływającego na tworzenie psychicznych reprezentacji obiektów. Próbę połączenia wiedzy neurobiologicznej i psychoanalitycznej dotyczącej tych zagadnień podejmuje Willick [8], który postuluje, że pewne deficyty neurobiologiczne interferują z tworzeniem reprezentacji obiektów i z siłą ich osadzenia libidinalnego.

Interesującym zagadnieniem jest kwestia jak powiązać, „przetłumaczyć” deficyt neurobiologiczny na psychologiczne funkcjonowanie jednostki. Jedną z takich prób jest zapewne koncepcja Hartmanna dotycząca „słabości ego” w schizofrenii [cyt. za 6]. Hartmann wprowadził do rozważań nad schizofrenią tzw. trzeci czynnik. Pierwsze dwa czynniki istotne dla rozważań nad schizofre-

nią to cechy realności w jakiej wychowuje się osoba, która może później zachorować (cechy środowiska), drugi – to siła popędów płynących z id (które mogą być np. szczególnie silne, tak że aparat psychiczny nie może sobie z nimi poradzić). Jednak pomiędzy nimi znajduje się ego jako mediator pomiędzy realnością a popędami. Z pewnych powodów to ego może być słabsze. W tym ujęciu objawy schizofrenii odzwierciedlają regresję pewnych funkcji ego.

Willick [8] odnotowuje, że pewne cechy osób ze schizofrenią wcale nie przypominają wcześniejszych faz rozwoju dziecka. Na przykład utrata aktywności i inicjatywy, bladeść afektywna, ubóstwo i spowolnienie mowy, ubóstwo motoryki są charakterystyczne dla objawów negatywnych w schizofrenii, lecz nie występują w normalnym rozwoju. Zatem nie można wyjaśnić obserwowanych objawów wyłącznie w kategoriach regresji do wcześniejszych faz funkcjonowania aparatu psychicznego. Jego zdaniem funkcje ego osoby chorującej są upośledzone przez nieprawidłowości biologiczne. Te nieprawidłowości same stają się przyczyną poważnych objawów, co powoduje powstawanie kolejnych konfliktów i trudności. Objawy są więc wynikiem interakcji pomiędzy podstawowymi nieprawidłowościami o naturze biologicznej, metodami radzenia sobie z tymi nieprawidłowościami, stopniem dojrzałości osobowości, indywidualnymi konfliktami intrapsychicznymi danego pacjenta oraz, po wystąpieniu choroby, wielorakim wpływem stresu w środowisku pacjenta. Jako przykłady tych interakcji Willick wymienia m.in.:

- wystąpienie idei wielkościowych jako desperacka próba radzenia sobie ze świadomością niepełnosprawności biologicznej,
- deficyt reprezentacji obiektów – związany ze zmniejszeniem odczuwania emocji i utratą intrapsychicznej siły relacji, o czym wspomniano powyżej,

- deficyty kognitywne – interferują z tworzeniem reprezentacji obiektów,
- manieryzmy – mogą być wynikiem zaburzeń neurobiologicznych i wynikać z psychologicznych prób radzenia sobie z załamaniem pewnych funkcji, które są przez te zaburzenia wywoływane.

---

W efekcie, można przyjąć, że czynniki stresowe i trudności opisane poniżej jako istotne dla wystąpienia epizodu psychotycznego wywierają swoje działanie w pewnej szczególnej sytuacji. Szczególnej zarówno w znaczeniu neurobiologicznym jak i psychologicznym, ponieważ obie te sfery ściśle się ze sobą łączą i wzajemnie na siebie oddziałują.

## ILUSTRACJE KLINICZNE

Poniższe przedstawiono kilka przykładów, w których czynniki stresowe miały charakter ściśle subiektywny, indywidualny oraz pojawiły się w kontekście wcześniejszych trudności psychologicznych, które poprzedzało ujawnienie się pozytywnych (wytwórczych) objawów psychozy.

### Przypadek 1

Pacjentka 22-letnia, u której wystąpił ostry epizod psychotyczny, w ciągu całego okresu adolescencji, a następnie w trakcie studiów, koncentrowała się na nauce, zupełnie izolując się od środowiska rówieśniczego. W trakcie rozmów z lekarzem zaczęła wspominać rozmowę z matką, która nastąpiła, gdy pacjentka zaczęła miesiączkować. Matka powiedziała jej, że to koniec szczęśliwego, beztrudnego życia, że teraz już zawsze będzie się musiała pilnować przed chłopcami, a później mężczyznami. Jak dodała pacjentka: „to i tak lepiej niż moja babcia, która uderzyła matkę w twarz, gdy ta dostała pierwszej miesiączki”. Ten przekaz, z pewnością ugruntowany o inne informacje emocjonalne dotyczące seksualności sprawił, że pacjentka przez wiele lat swojego

życia starała się utrzymać jak najbardziej odległe kontakty z płcią przeciwną. Jej jedyny związek w czasach liceum był, jak wspominała, pełen wysiłku z jej strony, nieustannie się kontrolowała. Spotkania nie wiązały się z uczuciem przyjemności, lecz z poczuciem nieustannego sprawdzania, kontrolowania się, tak jak na egzaminie w szkole. Jak wspomina, chłopak był dla niej „egzaminatorem i egzekutorem”. Związek ten został przerwany przez chłopaka, pacjentka zaś jeszcze więcej czasu zaczęła poświęcać zajęciom szkolnym. W okresie pierwszych lat studiów, jak wspomina, otoczona była „murem swojej niedostępności”, właściwie nie uczestniczyła w życiu rówieśników, izolowała się wykorzystując do tego celu naukę. Na kolejnym roku studiów poznała mężczyznę, który przedstawił się jako seminarzysta. Fantazja o aseksualnym mężczyźnie – duchownym wywołała w pacjentce poczucie pewnego bezpieczeństwa, które pozwoliło na rozwinięcie się związku. Mężczyzna ten jednak okazał się byłym seminarzystą, a ich związek nie tak aseksualny, jak wyobrażała to sobie pacjentka. Związek stopniowo stawał się dla pacjentki coraz trudniejszy, fantazjowała, że „zło” jest w jej partnerze, prowadziła z nim wyobrażeniowe rozmowy, w których „okazywał się taki sam, jak wszyscy mężczyźni”, zainteresowany jej seksualnością, a nie wyłącznie bezpieczną dla niej sferą religijną. Wybuch psychozy poprzedzony był zdarzeniem, kiedy seksualna natura partnera stała się dla niej wyraźnie widoczna (choć skierowana była do innej kobiety, z edypalnym wyłączeniem pacjentki z tego związku), a następnie z zaproszeniem jej do domu przyszłego narzeczonego. W domu rodziców chłopaka, gdzie sytuacja stawała się coraz bardziej określona, a wspólne plany coraz bliższe, pacjentka zaczęła odczuwać oddziaływanie złych sił na siebie. Następnie z objawami psychozy znalazła się w szpitalu. Prawdopodobnie także fakt wspólnego zamieszkania, możliwość wspólnego nocowania, miały znaczenie dla spiętrzenia się

lęków i potrzeb pacjentki związanych z seksualnością. Sam wybuch psychozy związany był z odhamowaniem seksualności, masturbacją i wyruszeniem z domu przez pacjentkę na poszukiwanie spełnienia w tym zakresie.

### Przypadek 2

Podobne wydarzenia stały się punktem wyzwalającym psychozę u innej pacjentki, która poznała mężczyznę cudzoziemca. Pacjentka pochodziła z rozbitej rodziny, a po odejściu ojca matka miała wielu partnerów. Także dla tej pacjentki sfera seksualności była szczególnie trudna. Poznany mężczyzna zaprosił ją do siebie w okresie wakacji. Możliwość spędzenia dwóch tygodni w mieszkaniu mężczyzny w odległym mieście zarówno pociągała, jak i napawała pacjentkę lękiem. Matka pacjentki stanowczo zabraniała jej jechać. Zbliżający się wyjazd nie doszedł do skutku, ponieważ pacjentka trafiła do szpitala z psychozą o obrazie silnej dezorganizacji. W trakcie tej psychozy wymagała stałego dozoru personelu, ponieważ natychmiast po jego ograniczeniu rozbierała się i wchodziła do łóżek na męskich salach. Spiętrzenie fantazji i potrzeb seksualnych związanych z możliwością wspólnego zamieszkania z mężczyzną w innym mieście okazało się dla tej pacjentki zbyt trudnym przeżyciem.

### Przypadek 3

Pacjentka 26-letnia podjęła pracę po ukończeniu studiów, a następnie zwolniła się z tej pracy pod wpływem nasilonych przeżyć psychotycznych i głosów omamowych, które nakazywały jej to zrobić. Pacjentka pochodziła z rodziny, której status społeczny oceniała jako niezbyt wysoki i w której pojawiał się u różnych jej członków problem alkoholizmu. Była kolejnym z wielu dzieci, toteż jak wspominała, musiała „donaszać” ubrania po starszym rodzeństwie, otrzymywała też od rodziców informacje o tym, że była dzieckiem nieplanowanym. Pacjentka w trakcie dojrzewania i studiów starała się zajmować jak najlepszą pozycję wśród rówieśni-

ków, starała się być ważna w grupie, dobrze wyglądać, odgrywać istotną rolę. Idąc do pierwszej pracy miała nie w pełni uświadomione fantazje zajęcia stanowiska menedżera, a praca jaką otrzymała stanowiła dla niej duży narcystyczny uraz. Jak opowiadała, „teraz wiem, że to nawet była dość dobra praca i że mi się udało, ale wtedy wydawało mi się, że to jest bardzo zła praca. Nawet to, że ona była na pierwszym piętrze, a ja chciałam pracować na najwyższym”. Rozminięcie się jej oceny rzeczywistości z wyobrażeniami o narcystycznym znaczeniu i pozycji sprawiło, że pacjentka poczuła się upokorzona. Zaczęła spostrzegać pracę w sposób zmieniony. Miała poczucie, że pracujące tam osoby należą do spisku (a więc są wtajemniczone, mądre, wspaniałe, obdarzone mocą), ale nie chcą jej do siebie dopuścić. Pojawiły się odczucia, że jest wyłączona z tego wspaniałego świata, że jest do niczego, że jest zerem, że jest za brzydka i za głupia. Następnie pojawiły się urojenia bycia trutą, głosy o treści „zwolnij się z pracy”, pod wpływem których pacjentka złożyła wymówienie. Wydaje się, że problemy związane z urazem narcystycznym oraz wściekłością (agresywnością) odegrały istotną rolę w zainicjowaniu wybuchu psychozy. Niekiedy wybuch psychozy bywa poprzedzony snem zwiastującym załamanie psychotyczne. Opisująca pacjenta śniła przed pojawieniem się dekompensacji następujący sen: „W tym okresie dzień przed przyjęciem do pracy śnił mi się słoń, który ciągnął za sobą pociąg przywiązany do szyi. Słoń schodził z góry, pociąg ciągnął go za szyję, a ja starałam się trzymać ten pociąg żeby się nie przewrócił, ale to było ponad siły. Pociąg się przewracał, słoń się prawie dusił. To się potem sprawdziło, tak wyłam jakbym coś z szyją miała. Ten słoń z całej siły ciągnął tak jakbym podtrzymywała tę pracę, ale jest to ponad moje siły, że coś mnie ciągnie do tej firmy, bo tylko tam się dobrze czuję”.

W innej pracy [3] opisano podobny przypadek, w którym zbliżone trudności dopro-

wadziły do nawrotu psychozy schizofrenicznej.

## KOMENTARZ

Zdaniem Pao [8], wybuch psychozy może być ujęty jako pięć następujących po sobie etapów. Opis i omówienie tych etapów są dostępne w polskim piśmiennictwie [1, 3]. W moim odczuciu opis ten należałoby wzbogacić o kilka punktów, wyraźnie uwidaczniających specyficzne cechy psychologiczne pacjenta oraz ważne fazy samego procesu. Sekwencja etapów prowadzących do ujawnienia się objawów psychotycznych może być, moim zdaniem, widziana następująco:

1. Istotne trudności psychiczne dotyczą ego, które cechuje pewien deficyt. Nie są one rozwiązywane ani właściwie integrowane przez psychikę. Utrzymują się w stanie pewnego „zawieszenia”. Być może stan ten, przynajmniej w okresie prodromalnym psychozy, łączy się z pewnymi zaburzeniami neuroprzekaznikowymi (zaburzeniami na poziomie neurobiologicznym). Może na to wskazywać np. pogorszenie się funkcji poznawczych poprzedzające psychozę lub zjawisko tzw. „załamania linii życiowej”.
2. Pewne wydarzenia lub okoliczności powodują, że sytuacja konfliktowa aktualizuje się.
3. Napór przeżyć związanych z sytuacją konfliktową powoduje silny lęk, który Pao nazywa paniką organizmiczną (*organismic panic*) [6]. Koncepcja tego rodzaju lęku odwołuje się do „nie dającego się opanować napięcia małego dziecka, któremu pomoc może tylko obecność innej osoby (matki)” [1]. Posługując się tą analogią, wywodząca się od Mahler, możemy dostrzec dwie istotne cechy „paniki organizmicznej” – pierwszą z nich jest lęk o skrajnym nasileniu, drugą niedostatecznie sprawny aparat psychiczny, który nie jest w stanie poradzić sobie z tego rodzaju przeżyciem. Jak uważa Pao, „kon-

cepcja paniki organizmicznej dotyczy splotu odpowiedzi afektywnej i nieadekwatnie rozwiniętego ego, które powoduje taką odpowiedź” [6].

4. Stan „paniki organizmicznej” doprowadza do czasowego zawieszenia funkcjonowania ego, do „wewnętrznej katastrofy”.
5. Następuje okres poszukiwania zewnętrznego czynnika mogącego pomóc w odzyskaniu utraconych funkcji psychicznych. W okresie dekompensacji, osoby, które jej doświadczają poszukują pomocy w specyficzny sposób. Często ma to charakter bardzo konkretny, np. nieoczekiwane odwiedziny u księdza, dawnego trenera lub nauczyciela. Niekiedy charakter tych działań jest bardziej symboliczny. Przykładowo, pacjentka, której rodzina rozpadła się, wyszła aby palić ognisko w ogrodzie. W jej skojarzeniach pojawił się temat „ogniska domowego”, które chciałaby odtworzyć. Te działania mogą być widziane w kontekście załamania się funkcji i struktur psychicznych ego pacjenta. W takiej sytuacji pacjent poszukuje zewnętrznego czynnika strukturującego, zewnętrznej „koperty psychicznej”, która pomogłaby mu odtworzyć utracone przejściowo właściwości aparatu psychicznego.
6. Poszukiwanie psychologicznego wyjścia z tej sytuacji prowadzi do odtworzenia zawieszonych funkcji ego, ale już na innym poziomie. Jest to poziom bardziej pierwotnego poziomu organizacji, co łączy się z uaktywnieniem bardziej pierwotnych obron i funkcji oraz prymitywnych struktur ego.
7. Następuje formowanie objawów psychotycznych w trakcie których przeżycia natury psychologicznej łączą się z powstaniem nierównowagi na poziomie neurobiologicznym. Prowadzą do wystąpienia charakterystycznych objawów psychozy.

Sytuacja stresowa, która poprzedza wystąpienie epizodu psychotycznego, może być trudno dostrzegalna z zewnątrz i nie różni się od normalnych wydarzeń życiowych (takich jak: wyjazd, podjęcie pracy, narzeczeństwo, podjęcie aktywności seksualnej, rozstanie z partnerem). Jednak w indywidualnym odbiorze danej osoby ma on bardzo szczególne, dezintegrujące psychikę właściwości. Najczęstszą problematyką, jaka kryje się za tymi zdarzeniami, jest problematyka dotycząca seksualności, agresywności, poczucia wartości oraz specyficznie traktowane związki z osobami stanowiącymi system wsparcia psychologicznego dla danej osoby.

## PIŚMIENNICTWO

1. Alanen YO. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Cicchetti D, Walker EF. Editorial: Stress and development: Biological and psychological consequences. *Development and Psychopathology* 2001; 13: 413-8.
3. Murawiec S. Powstawanie objawów psychotycznych (ujęcie psychoanalityczne). *Badania nad Schizofrenią* 1999/2000; 2 (2): 271-82.
4. Murray RM, Lewis SW. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med J* 1987; 295: 681-2.
5. Murray RM. Schizophrenia. W: Murray RM, Hill P, McGuffin P, red. *The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Wyd. 3. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
6. Pao PN. *Schizophrenic disorders*. New York: University Press; 1979.
7. Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 660-9.
8. Willick MS. The deficit syndrome in schizophrenia: psychoanalytic and neurobiological perspective. *J Am Psychoanal Assoc* 1993; 41 (4): 1135-57.