

# Psychopatologia zaburzeń Ja: historia i fenomenologia

Martin Bürgy

*Nervenarzt* 2010 · 81:1097–1107

Objawy określane przez Kurta Schneidera jako zaburzenia Ja miały zawsze szczególne znaczenie w rozpoznawaniu schizofrenii. Podczas gdy niewielkie znaczenie przypisywano dawnym szczegółowym opisom i wyodrębnianiu poszczególnych objawów psychopatologicznych, opisowa psychopatologia Karla Jaspersa i Kurta Schneidera skupiała się na poziomie objawów, na wyraźnym wyróżnianiu granicy między zaburzeniami psychotycznymi i niepsychotycznymi. Przedstawiono nowe koncepcje fenomenologiczne i dotyczące rozwoju objawów. Depersonalizacja przedstawiona została jako fenomen przejściowy, który różni się od neurotycznej depersonalizacji zaburzeniem poczucia *Meinhaftigkeit*. Zaburzenia Ja wskazują, że zaburzenie poczucia *Meinhaftigkeit* może być postrzegane jako wspólny mianownik schizofrenicznych objawów pierwszorzędowych.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia ja, depersonalizacja, fazy przejściowe, psychopatologia, fenomenologia

Od dawna zaburzenia Ja są grupą objawów o istotnym znaczeniu w diagnozowaniu schizofrenii. Kurt Schneider po raz pierwszy nazwał zaburzeniami Ja takie objawy, jak poczucie oddziaływania, bycia sterowanym i owładniętym przez innych. Wciąż jednak zbyt mało uwagi poświęcano ich wyraźniejszemu oddzieleniu od objawów depersonalizacji neurotycznej,<sup>1</sup> na co wskazuje przypisywanie przeżyć depersonalizacji do zaburzeń Ja w większości niemieckojęzycznych podręczników psychiatrii<sup>2,3,4,5,6</sup> i systemie AMDP (*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*, Grupa robocza do spraw metodyki i dokumentacji psychiatrycznej<sup>7</sup>), bez jasnego odgraniczenia zaburzeń Ja od innych objawów psychopatologicznych. W ten sposób przeżycia obcego oddziaływania opisywane są jako depersonalizacja,<sup>8</sup> zabierania myśli jako zaburzenia myślenia,<sup>9</sup> odczucia oddziaływania cielesnego jako omamy dotykowe.<sup>5</sup> Huber<sup>10</sup> umieścił zaburzenia Ja w sąsiedztwie automatyzmów myślowych. W ICD-10<sup>11</sup> objawy takie jak nasyłanie myśli, zabieranie myśli, rozgłaśnianie (dosłownie: rozprzestrzenianie) myśli z ugięciem myśli są ujęte razem, a przeżycia bycia sterowanym przypisane zostały do urojeń. Natomiast w klasyfikacji DSM-IV<sup>12</sup> taki konstrukt jak zaburzenia Ja nie występuje. Zabieranie myśli, nasyłanie myśli, odczucia oddziaływania cielesnego przypisane są, tak jak przeżycia sterowania, do dziwacznych objawów urojeniowych, dzięki czemu mają

szczególną wartość diagnostyczną.<sup>13</sup> W piśmiennictwie amerykańskim takie terminy, jak „influenced”, „made”, „passivity thinking”, „thought alienation”, „diffusion of thoughts” lub „passivity phenomena” odzwierciedlają mniej więcej coś w rodzaju zaburzeń Ja, jednak przez różnych autorów są różnie używane. Jednocześnie istnieje szeroki „obszar przejściowy” między objawami nasyłania i rozgłaśniania myśli, a omamami słuchowymi i urojeniami.<sup>14,15</sup> W Stanach Zjednoczonych Pawar i Spence<sup>16</sup> w badaniu ankietowym stwierdzili, że 60% psychiatrów utożsamia rozgłaśnianie (dosłownie: rozprzestrzenianie) myśli z ugięciem myśli czyli omamami słuchowymi. Rozgłaśnianie myśli Andreasen<sup>17</sup> opisuje w Skali oceny objawów pozytywnych (SAPS) następująco:

*Badany wierzy, że jego myśli są rozgłaszane, dzięki czemu on sam lub inni mogą je słyszeć. Czasami badany odbiera swoje myśli jako głos na zewnątrz swojej głowy – co jest omamem słuchowym i jednocześnie urojeniem.*

W dalszej części artykułu zostaną przedstawione niektóre ważne historyczne poglądy dotyczące rozumienia zjawisk, połączonych później przez Kurta Schneidera w jedną grupę zaburzeń Ja. Nowa metodologia klasyfikacji objawów psychopatologicznych i kierunek fenomenologiczny zapoczątkowany przez Jaspersa<sup>18</sup> pozwoliły Kurtowi Schneiderowi podjąć próbę dalszego różnicowania objawów psychotycznych i niepsychotycznych. Zdawał sobie sprawę z dylematów, które niezmiennie

mają znaczenie dla psychopatologii. Rozwój psychopatologii fenomenologicznej dzięki wyróżnieniu kolejnych faz przejściowych doprowadził do dalszego różnicowania granicznych przeżyć psychotycznych oraz ponownienia pytania o wspólne cechy tych przeżyć. Przedstawione dociekania mają przede wszystkim znaczenie kliniczne, jednak są również istotne z punktu widzenia obecnego rozumienia świadomości i teorii Self w filozofii,<sup>19,20</sup> neurobiologii,<sup>21,22</sup> psychologii poznawczej<sup>23,24</sup> i psychopatologii.<sup>25-27</sup>

## Rys historyczny

Pod koniec XIX wieku psychopatologia jako nauka reprezentowana przez poglądy Emminghaus,<sup>28</sup> Schüllego<sup>29</sup> i Krafft-Ebinga<sup>30</sup> osiągnęła pewien punkt. Objawy takie jak rozgłaśnianie (rozprzestrzenianie się) i nasylenie myśli zostały przez Emminghaus i Schülle zaliczone do omamów i nieostrą granicą oddzielone od przeżyć urojeniowych. Na przykład Emminghaus tak opisuje relację jednego z chorych:

*...coś samo w jego głowie jest mówione, myśli na głos w ten sposób, że wszyscy to mogą słyszeć, że każdy może poznać bezpośrednio od razu wszystkie myśli... (str. 166)<sup>28</sup>*

Krafft-Ebing<sup>30</sup> uważa przeżycie urojenowe za jądro szaleństwa. Omamy powstają z urojeń i prowadzą do powstawania urojeń. Zgodnie z jego poglądem poczucie rozgłaśniania myśli jest urojeniem o tym, że omamy są słyszalne także dla innych (str. 81-82). Jaspers<sup>18</sup> stwierdza natomiast, że w psychopatologii pojawiły się pewne uproszczenia z powodu braku przejrzystych i dokładnych analiz.

Na przełomie XIX i XX wieku wpływ na psychopatologię wywierają przede wszystkim Kraepelin i Bleuler. Różnicują i opisują poszczególne objawy zaburzeń Ja oraz starają się je uporządkować. Jeszcze w V wydaniu swojego podręcznika, Kraepelin zalicza takie objawy, jak zabieranie, nasylenie i rozgłaśnianie myśli do paranoi. W VI wydaniu z 1899 roku objawy te umieszczone zostały w grupie paranoidalnych form demencia praecox. Jego zdaniem chodzi tu o urojenia dziwaczne<sup>31</sup> (str. 188), które pojawiają się w ramach przeżyć paranoidalnych. Prześladowca zabiera myśli, nasyła choremu myśli, które nie są myślami chorego, a dusza chorego stoi dla całego świata otworem, tak że każdy wedle uznania może w niej czytać (str. 192). Paranoidalne cechy mają również cielesne doznania wpływu, wpływ na wolę przez hipnozę, opętanie i przeżycia owładnięcia doznaniem religijnymi lub seksualnymi. W VIII wydaniu z 1913 roku Kraepelin<sup>32</sup> zwraca uwagę na związek poczucia oddziaływania na myśli z objawami ugrośnienia myśli i omamami słuchowymi. Nasyłane myśli są omamami odbieranymi z zewnątrz, które przeszkadzają własnemu myślowi, i których nie można już oddzielić od własnych myśli. Störing,<sup>33</sup> już w swojej „Psychopatologii” z 1900 roku próbował oddzielić objaw ugrośnienia myśli od zaburzeń Ja. Rozróżnił omamowe ugrośnienie myśli, kiedy głosy o czymś mówią i co właściwie może słyszeć tylko chory, od urojenia, że

jego głośne myśli są słyszane przez innych. Chociaż Kraepelin ponownie próbował pogrupować zaburzenia Ja, to z każdej strony, począwszy od omamów i urojeń, pojawiały się psychopatologiczne stany przejściowe. Jego zainteresowanie budziła przede wszystkim systematyka nozologiczna. Po pojawieniu się VIII wydania Gruhle<sup>34</sup> zwraca uwagę na to, że u Kraepelina opisy objawów, które notabene wynikają z bogatego osobistego doświadczenia, są wciąż od nowa, zgodnie z coraz to nowymi koncepcjami przegrupowywane i porządkowane.

W 1911 roku Bleuler<sup>35</sup> wprowadza termin schizofrenia, tym samym podejmuje pierwszą próbę uporządkowania licznych objawów zgodnie z jakąś teorią. Objawy podstawowe są bezpośrednim wyrazem rozszczepienia funkcji psychicznych. W szczególności swoją celowość traci tok myślenia, a tym samym wywodząca się z doświadczenia logiczną spójność. Wprowadzony przez Kraepelina termin otamowanie, czyli nagłe przerywanie wykonywania czynności, odtwarzania, spostrzegania i myślenia jest charakterystyczne dla Bleulerowskiej koncepcji schizofrenii. Jeżeli otamowanie przypisywane jest jakiemuś obcemu wpływowi powstaje fenomen zabierania myśli. Bleuler podaje, że termin zabieranie myśli usłyszał C.G. Jung<sup>36</sup> od swojej pacjentki (str. 27). Wyrażenie było tak trafne, że wielu chorych na schizofrenię natychmiast je rozumiało. Już w 1907 roku Jung<sup>36</sup> w swojej pracy „Über die Psychologie der Dementia Praecox” (O psychologii demencia praecox) ściśle wiąże ze sobą te dwa pojęcia, to jest otamowanie i zabieranie myśli, i używa ich zamiennie. Bleuler stwierdza, że obecność zabierania myśli bez wyjątku pozwala rozpoznać schizofrenię. Wszystkie pozostałe zaburzenia Ja powstają w wyniku objawów dodatkowych, przede wszystkim urojeń i omamów. Dla Bleulera objawy dodatkowe są tylko zaostrzeniem przebiegu choroby i dlatego są mało swoiste, jeżeli chodzi o ustalenie rozpoznania. Nasylenie myśli jest na przykład wynikiem odszczepienia myśli urojenowej, która następnie jako produkt obcej Psyche wydaje się nasyłana lub sterowana (str. 105). Procesy rozszczepienne prowadzą również do depersonalizacji, w taki sposób, że chorzy mają poczucie wewnętrznej i zewnętrznej dezorientacji oraz tracą poczucie własnego Ja, własnych granic w czasie i przestrzeni. Ich własne przeżycia i czyny przeżywane są jako tranzytywne, przechodzące na innych ludzi, a myśli stają się myślami automatycznymi, które same się rozprzestrzeniają. (Te poglądy występujące w pracy „Dementia Praecox lub grupa schizofrenii” z roku 1911<sup>35</sup> zostały prawie dosłownie przeniesione do podręcznika z roku 1916.<sup>37</sup>)

## Nowy porządek w psychopatologii

Jaspers od nowa metodologicznie uporządkował dotychczasową wiedzę, a tym samym wraz z wprowadzeniem fenomenologii do psychiatrii stworzył podstawy diagnostyki zorientowanej na objawy. Decydujące są precyzyjne opisy i oddzielanie poszczególnych objawów. Wyraźnie zwraca się przeciwko sze-

roko rozpowszechnionemu pogładowi, że wszędzie znajdują się tylko całości i stany przejściowe, przez co niemożliwe jest różnicowanie objawów. Całość i wiedzę analityczną Jaspers sprowadził do wzajemnie warunkującej się struktury, którą opisuje w ten sposób:

*Rozpoznanie dokonuje się przez różnicowanie. Początkowo całość jest nieuświadomiana, natomiast istnieje myśl, która prowadzi do połączenia rozdzielonych elementów zgodnie z konkretnymi wyraźnymi przekonaniem. (...) Poznanie jest różnicujące, częściowe i podzielone, trafne dzięki sprzecznościom i tym samym gotowe do stworzenia całości. Rozprawianie o stanach przejściowych pielęgnuje wygodnictwo myślowe i niechęć obserwacji (str. 33).<sup>38</sup>*

Daje się zauważyć bliskie powiązania z transcendentalną filozofią Kanta, ponieważ analiza zawsze zakłada istnienie syntetycznej jedności świadomości jako świadomości Ja. W „Krytyce czystego rozumu” Kant<sup>39</sup> pisze tak:

*Ponieważ myślę, wszystkie moje wyobrażenia muszą być spójne, inaczej powstawałoby jakieś wyobrażenie w moim umyśle, które nie mogłoby być pomyślane, oznacza to tyle, że jako wyobrażenie byłoby niemożliwe albo przynajmniej dla mnie by nie istniało (str. 136).<sup>39</sup>*

W 1902 roku Lipps<sup>40</sup> przyjmuje to rozumowanie w psychologii, a Jaspers<sup>18</sup> w 1913 roku w psychopatologii. Świadomość własnej osobowości, którą Jaspers nazywa później świadomością Ja (lub poczuciem samego siebie), znaczy to, że Ja jest świadome samego siebie. Charakteryzuje się czterema cechami, które ulegają zaburzeniu podczas psychozy:

- świadomość Ja w stosunku do świata zewnętrznego i innych,
- poczucie zdolności do działania, świadomość aktywności różnego rodzaju,
- świadomość tożsamości w czasie,
- świadomość jedności i niepowtarzalności w danym momencie.

Fenomenologicznie świadomość aktywności ma istotne znaczenie. Spostrzeganie, odczuwanie cielesne, przypominanie, wyobrażenia, myśli i uczucia w ten sposób są uosabiane/personalizowane, to jest otrzymują specjalne zabarwienie „mój”, „ja”, „osobisty”. Sytuację przeciwną, gdy treści świadomości przeżywane są jako „nie własne”, „obce” i „automatyczne”, Jaspers nazywa depersonalizacją. Termin depersonalizacja będąc zaburzeniem formalnym wskazuje na zmianę jakości świadomości Ja.

Po odejściu Jaspersa z psychiatrii z ośrodka w Heidelbergu i wkroczeniu na teren filozofii, w kolejnych wydaniach „Psychopatologii ogólnej” („Allgemeine Psychopathologie”) daje się zauważyć rosnący wpływ Kurta Schneidera.<sup>42</sup> Do cech charakteryzujących świadomość osobowości Kurt Schneider dodaje świadomość egzystencji, co Jaspers<sup>43</sup> w 1946 roku nazywa świadomością Dasein (jestestwa) i uzupełnia oraz dodaje świadomość sprawczości. Świadomość osobowości przemianowuje Jaspers na świadomość Ja i przez zmianę kolejności bardziej podkreśla znaczenie świadomości aktywności. W ten

sposób charakterystycznymi cechami świadomości Ja stają się teraz:

- aktywność Ja,
- jedność Ja,
- tożsamość Ja,
- świadomość Ja w stosunku do świata zewnętrznego.

Aktywność Ja podzielona zostaje na:

- świadomość Dasein, przy zaburzeniu której dochodzi do różnego nasilenia poczucia obcości własnej osoby oraz
- świadomość sprawczości, przy zaburzeniu której dochodzi do poczucia utraty wpływu, sprawczości, a myśli wydają się sterowane lub zabierane.

W ten sposób Jaspers przejmuje pochodzące od Kurta Schneidera rozróżnienie na zaburzenia Ja i poczucie wyobcowania i rozszerza swoje pierwotne określenie depersonalizacji na zaburzenia Ja. Depersonalizacja odnosi się w tym momencie do przeżycia, że nic nie jest moje, jest obce, automatyczne, pochodzi skądinąd.

## Zaburzenia Ja według Kurta Schneidera

W swojej „Psychopatologii klinicznej”<sup>44</sup> Kurt Schneider omawia wymienione formalne kryteria świadomości Ja i upraszczając stwierdza, że w praktyce klinicznej występuje wyłącznie zaburzenia aktywności Ja. Świadomość aktywności przekształca on w przeżycie *Meinhaftigkeit* (poczucie panowania nad sobą – przyp. tłum.), ponieważ nie wszystkie przeżycia mają charakter działania lub aktywności. Następnie Blankenburg<sup>45</sup> przywołuje termin *Meinhaftigkeit* dzięki koncepcji Heideggera *Jemeinigkeit des Daseins* (mojność jestestwa). *Dasein* dane jest każdemu Ja naturalnie jednocześnie wraz z jego egzystencją. Zaburzenia *Meinhaftigkeit* utożsamia on z zaburzeniami Ja. Określenie jednym słowem podkreśla przy tym jednocześnie wartość terminu dla diagnostyki różnicowej, jak również odejście od teorii Ja.<sup>46</sup>

Przed powstaniem „Psychopatologii klinicznej”,<sup>44</sup> w 1939 roku w niewielkiej pracy pod tytułem „Badanie psychiatryczne i diagnoza psychiatryczna” („*Psychiatrischer Befund und psychiatrische Diagnose*”)<sup>47</sup> Kurt Schneider przedstawia koncepcję objawów pierwszo- i drugorzędowych w schizofrenii. Objawy pierwszorzędowe nie wskazują na podstawowe zaburzenie, i nie muszą być stale ani w danej chwili obecne. Mają jednak decydujące znaczenie w różnicowaniu z zaburzeniami niepsychotycznymi i cyklotymią. Specjalna wartość diagnostyczna i bliskie etiologiczne odniesienia do opisu objawu somatycznego doprowadziło w każdym razie do powstania pewnej jakościowej luki między psychozą a zaburzeniami niepsychotycznymi.<sup>48</sup> Od tamtej pory Kurt Schneider zalicza w prawie niezmięnionej postaci do objawów pierwszorzędowych takie zaburzenia Ja jak: zabieranie myśli, wpływanie na myśli i wpływ na uczucia, dążenia i wolę.<sup>47</sup> W 1950 roku dodaje rozgłaśnianie myśli,<sup>44</sup> a w 1957 roku poczucie wpływu

na ciało.<sup>49</sup> W 1967 roku w ostatnim wydaniu „Psychopatologii klinicznej” podsumowuje zaburzenia Ja następująco:

... *wpływ na ciało, zabieranie myśli, wpływ na myśli, rozgłaśnianie (rozprzestrzenianie) myśli jak również oddziaływanie na uczucia, dążenia i wolę...* (str. 65).<sup>50</sup>

(Poglądy Kurta Schneidera ulegają wraz doświadczeniem klinicznym ciągłym zmianom [str. IV].<sup>50</sup> Niewielki skrypt „Badanie i rozpoznanie psychiatryczne”<sup>51</sup> miał w latach 1939-44 trzy wydania i był wprowadzeniem do wydanych w 1946 roku „Przyczynków do psychiatrii”,<sup>52</sup> która to praca w 1950 roku, od trzeciego wydania ukazywała się pod tytułem „Psychopatologia kliniczna”.<sup>44</sup> Aż do ostatniego za życia, ósmego wydania z 1967 roku, Kurt Schneider stale rozwijał swoją myśl.)

W diagnostyce schizofrenii opisuje objaw nasylania myśli, to jest gdy własne myśli wydają się obce, a nie tylko podlegające obcemu wpływowi, jak to jest w przypadku poczucia wpływu na myśli, i umieszcza go obok innych zaburzeń Ja. Zaliczenie objawu poczucia wpływu na ciało do zaburzeń Ja jest problematyczne również dla Kurta Schneidera, gdyż opisuje je jeszcze w grupie zaburzeń postrzegania. W rzeczy samej przeżycia wpływu na ciało, takie jak na przykład: podniecenie seksualne powodowane przez promieniowanie, cielesne odczuwanie obecności innej osoby w nocy we własnym łóżku, mimo że nikogo tam nie ma, manipulacje hipnotyczne częściami ciała, trudno jest odróżnić od omamów czuciowych lub cenestetycznych, którym towarzyszy przekonanie urojeniowe, że doznania cielesne powodowane są przez siłę zewnętrzną.<sup>53</sup>

Dalej dokładniej omówione zostaną poglądy Kurta Schneidera na temat zaburzeń Ja, jak również jego dylematy diagnostyczne dotyczące dążenia do jednoznaczności w badaniach psychopatologicznych, na które należy zwrócić uwagę.

## Fenomen psychopatologiczny i etiologia

Podczas badania objawów psychicznych ważniejsza jest forma przeżyć niż treść. Tak pisze Kurt Schneider:<sup>60</sup>

*Diagnoza pyta o „jak?” (forma), nie o „co?” (temat, treść). Jeżeli rozpoznam zabieranie myśli, jest to dla mnie ważne jako objaw i wskazówka diagnostyczna. Diagnostycznie nie interesuje mnie, czy to diabeł, kochanek czy przywódca polityczny zabiera myśli. Gdy patrzy się na takie treści traci się diagnozę: wtedy widzi się tylko biograficzne lub ujawnione Dasein (str. 4).*<sup>54</sup>

Pragmatyzm kliniczny Kurta Schneidera znalazł się w centrum zainteresowania, a formalna klasyfikacja przeżyć psychicznych zwróciła uwagę na biologiczną etiologię objawów psychotycznych.<sup>48</sup> Zgodnie z tym zaburzenia Ja są przede wszystkim przejawem jakiejś choroby somatycznej. Nozologicznie podział objawów zgodnie z prawie zapomnianą regułą warstw Jaspersa i Schneidera<sup>1</sup> opiera się na kwalifikacji etiologicznej. Rozstrzygające diagnostycznie, jak również terapeutycznie powinno być ustalenie źródła zaburzenia pod kątem biologicznie najgłębszej warstwy, według następującego po-

rządka: psychopatyczny-neurotyczny, depresyjno-maniakalny, schizofreniczny i psychoorganiczny. Wynikający z tego dylemat metodologiczny był Kurtowi Schneiderowi znany. Już w swoim wykładzie pod tytułem „Pojęcie choroby w psychiatrii”<sup>55</sup> („Krankheitsbegriff in der Psychiatrie”) z 1920 roku zwracał uwagę na to, że w zasadzie związek objawów psychicznych i przyczyn somatycznych nigdy nie może być pewny. Przeniesienie określenia choroby na sprawę dotyczące psychiki może występować jedynie jako dogmat teoretyczny mający wartość metafory. Mówiąc wprost psychiatrze nie pozostaje właściwie nic innego niż ograniczenie się do spraw dotyczących psychiki. Kurt Schneider<sup>55</sup> podsumowuje:

*Można uprawiać neuropatologię bez metafizyki, można uprawiać psychopatologię bez metafizyki, ale psychiatria, która próbuje pogodzić obie te nauki natyka się na problemy metafizyczne (str. 158).*<sup>55</sup>

W ostatniej wydanej przez siebie „Psychopatologii klinicznej”<sup>50</sup> wspomina w części dotyczącej ustalania określenia choroby o możliwości istnienia czynnika „meta” („Metagen”). Obok czynników psychogenego i somatogenego chodzi tu o trzecią możliwość, a mianowicie możliwość „zabłądzenia” „pomyłki” (gra słów) duszy bez istnienia przyczyny psychologicznej lub biologicznej.

## Duża swoistość i trudność identyfikacji

Kurt Schneider<sup>50</sup> przypisuje zaburzeniom Ja największą swoistość w diagnostyce schizofrenii<sup>50</sup> (str. 58). Wprawdzie wyraźnie zwraca się przeciwko pogładowi Gruhle dotyczącego jakościowej zmiany toku myślenia (str. 49),<sup>50</sup> to jednak podejrzewa wspólną podstawową strukturę zaburzeń Ja:

*Z pewnością niektóre (objawy) można łącznie rozpatrywać z punktu widzenia przepustowości „granicy Ja-otoczenie”, rozmycia Ja. A mianowicie to co należy do zaburzeń Ja w ramach objawów pierwszorzędowych (str. 490).*<sup>49</sup>

Scharfetter<sup>56</sup> później opisuje te objawy jako rezultat zaburzenia granic i demarkację Ja, w których granica między Ja a innymi, Ja a Ty jest niepewna lub nie ma jej wcale. (Scharfetter rozróżnia 5 wymiarów fenomenologicznych świadomości Ja: Ja-witalność, Ja-aktywność, Ja-spójność, Ja-granice, Ja-tożsamość, które opierają się na koncepcji Jaspersa. Jest to krytykowane przez Spitzera,<sup>46</sup> który zwraca uwagę na to, że Scharfetter stworzył złożony model, który nie znajduje już odniesienia do rzeczywistości kliniczno-empirycznej.)

W stosunku do szczególnej specyfiki diagnostycznej zaburzeń Ja pojawia się trudność jak oceniać przeżywanie *Meinhaftigkeit*. Powołując się na Lippsa<sup>57</sup> Kurt Schneider w 1949 roku w pracy pod tytułem „Uwagi o zaburzeniach Ja i poczuciach obcości” pisze:<sup>58</sup>

*Powiedzieć można tylko tyle, że w naturalnym bezrefleksyjnym zachowaniu spostrzeżenia nie są „meinhaftig” (nie panuje się nad nimi), w przeciwieństwie do nich uczucia, dążenia i wola są stale. (...) czy ponieważ uczuciowo obojętne myślenie jest stale przeżywane*

*jako „własne”, trudno jest rozstrzygnąć. Jest pewne jednak, że wraz z udziałem uczuć wzrasta również znacznie Meinhaftigkeit,...* (str. 345).<sup>58</sup>

Obciążone afektywnie myśli natrętne, odczuwanie ruchu, a najbardziej bóle cielesne intensywnie prowadzą do odczuwania Meinhaftigkeit. Pogląd ten występuje dosłownie w „Psychopatologii klinicznej”<sup>44</sup> z 1950 roku. Jeżeli natomiast w zaburzeniach Ja skupimy się na zniekształceniach myślenia, jak to jest w klasyfikacji ICD-10 i licznych podręcznikach i publikacjach, trudno będzie zidentyfikować zmiany w Meinhaftigkeit. W pewnym sensie za pogłębienie analizy Kurta Schneidera można uznać pracę Kronfelda<sup>59</sup> „O schizofrenicznych zmianach świadomości aktywności” z 1922 roku, gdzie wskazuje, że tylko w trakcie wewnętrznego postrzegania powstaje stała bezpośrednia świadomość Ja, która jest reprezentowana przez poczucie. Podczas postrzegania z zewnątrz Ja nie jest bezpośrednio dane, wcześniej potrzebuje ono refleksji zwrotnej. Ja-poczucie nie jest ostateczne, za Husserlem,<sup>60</sup> zostało określone jako intencjonalna sprawczość (Vollzug). Stąd schizofrenia nie jest zaburzeniem poczucia Ja, tylko zaburzeniem intencyjności.

## Zaburzenia Ja i depersonalizacja

Trudność w określeniu terminu Meinhaftigkeit przeciwstawia Kurt Schneider<sup>58</sup> próbie bardziej ostrego rozgraniczenia między przeżyciami schizofrenicznymi i nieschizofrenicznymi przez precyzyjne rozróżnienie między zaburzeniami Ja i poczuciem obcości (Entfremdung). Zaburzenia Meinhaftigkeit porównuje do przeżycia sterowania. (Po raz pierwszy zaburzenia Ja z doznaniem bycia sterowanym w 1932 roku porównał Mayer-Gross,<sup>61</sup> tym samym wyprzedził definicję Schneidera [str. 302].<sup>61</sup>) Granica formalno-pragmatyczna schizofrenii zostaje przekroczona wtedy, gdy Meinhaftigkeit przeżywane jest jako uszkodzone przez innych. Taki objaw jest uchwytny i istotny jako objaw pierwszorzędowy. Odnosnie do zaburzeń Ja Kurt Schneider unika patrzenia z perspektywy psychopatologiczno-rozwojowej, gdzie urojenia występowały jako objawy drugorzędowe. (Przy urojeniach pierwszy czynnik pochodzi od obiektu postrzeganego do spostrzeżonego, drugi czynnik od obiektu spostrzeżonego do nie-normalnego znaczenia [str. 54].<sup>50</sup>)

Poczucie obcości pojawia się tam, gdzie nie ma Meinhaftigkeit, a więc w przypadku spostrzeżeń zewnętrznych, które również dotyczą własnego ciała i jego aktywności. Obcość w spostrzeżeniach jest więc ilościowym zaburzeniem przeżywania rzeczywistości, która wydaje się być niejako zamglona, oddalona lub nierzeczywista. Określenie Kurta Schneidera opisu poczucia obcości odpowiada zupełnie aktualnemu określeniu depersonalizacji, którego stosowania jednak unika ze względu na istniejące nieścisłości. Prawie równocześnie w najważniejszych pracach Österreicha,<sup>62</sup> Schildera<sup>63</sup> i Kronfelda<sup>59</sup> depersonalizacja traci swoje typowe dla schizofrenii znaczenie. Ujęcie depersonalizacji jako zespołu neurotycznego pojawiło się

w klasyfikacji ICD i DSM. Nozologicznie zespół ten ujęty jest w DSM-II jako neuroza depersonalizacyjna, w DSM-III jako atypowe zaburzenie dysocjacyjne, a w DSM-III-R jako zaburzenie depersonalizacyjne. W DSM-IV derealizacja i depersonalizacja występują razem jako zaburzenie depersonalizacyjne.<sup>53</sup> Huber i Gross<sup>1</sup> omawiają ten pogląd w 1987 roku w swoim komentarzu do „Psychopatologii klinicznej” i używają terminów poczucie obcości oraz depersonalizacja jako synonimów (str. 104).<sup>50</sup>

W 2001 roku Sierra i Berrios<sup>64</sup> opisali zaburzenie depersonalizacyjne jako zespół ilościowego odchylenia od normy, który cechuje się odrętwieniem, poczuciem nierzeczywistości samego siebie, zmianą odczuwania, poczuciem nierzeczywistości otoczenia, okresowo dysocjacyjną dezintegracją, jak również wzmoczoną samoobserwacją. Grupa tych objawów znalazła się w skali Cambridge Depersonalization Scale,<sup>65</sup> która w 2004 roku została przetłumaczona na język niemiecki przez Michala i wsp.<sup>66</sup> Obok wzmoczonej reaktywności afektywnej występuje zmniejszona zdolność postrzegania własnych afektów lub ich różnicowania. Jest bardzo prawdopodobne, że powiązanie etiologiczne między depersonalizacją i poważnym urazem lub urazowym zaniedbaniem jest bliższe niż wcześniej przypuszczano.<sup>67</sup>

## Dalszy rozwój fenomenologii

Wprawdzie Karl Jaspers i Kurt Schneider uznali możliwość wzajemnego przenikania się objawów w schizofrenii, jednak tendencja do różnicowania zablokowała dalszy postęp. Pierwsze koncepcje dotyczące stanów przejściowych znalazły się poza nurtem fenomenologicznym. Według Wernickego<sup>68</sup> objawy pierwszorzędowe schizofrenii mają swoje źródło w myślach autochtonicznych. Treści w świadomości zakłócają dany tok myślowy do tego stopnia, że powstaje wrażenie, iż nie chodzi tu już więcej o myśli własne, a o obce, jakby powstałe na zewnątrz. Ten ostatni etap w rozwoju objawów opisuje Wernicke<sup>68</sup> jako autopsychiczne urojenie wyjaśniające. W 1958 roku Conrad<sup>69</sup> opisał nastrój urojeniowy jako główne, wyjściowe doświadczenie w powstawaniu schizofrenii. Stopniowo wszystkie wewnętrzne obiekty o anormalnym znaczeniu i nieprawidłowo przeżywane są ogarniane i eksternalizowane. Objawy rozwijają się kolejno jako rozprzestrzenianie się myśli, ugłaśnianie myśli aż do całkowitego odszczepienia od Ja i omamów. W 1960 roku Kisker<sup>70</sup> opisał szczegółowo zmianę przeżywania jako zaburzenie myślenia w schizofrenii. Rozwój objawów pierwszorzędowych zaczyna się od dekoncentracji, rozerwania i rozmycia myśli, przez pojawianie się mimowolnych i obcych myśli aż do nasyłania i ugłaśnienia myśli. Rosnące poczucie obcości samego siebie określa Kisker<sup>70</sup> jako autopsychiczną depersonalizację. To postępujące słabnięcie władzy Ja może sięgać od poczucia obcości własnych myśli aż do ich urojeniowego wyodrębnienia z Ja i powstania omamów. Huber i wsp.<sup>71</sup> opisują takie początkowe doświadcze-

nia schizofreniczne jako utratę zdolności prowadzenia myśli (str. 122). Odnosi się ono zarówno do niemieckiego ujęcia zaburzenia intencji,<sup>72-74</sup> jak również do francuskiej koncepcji automatyzmu.<sup>75</sup> Opisane objawy zaburzeń poznawczych umieszczono w skali BSABS (Bonn Scale for Assessment of Basic Symptoms).<sup>76</sup> Na tej podstawie Klosterkötter<sup>77</sup> rozwinął koncepcję powstawania objawów pierwszorzędowych na bazie zaburzeń podstawowych i własnych zniekształconych przeżyć. Doświadczeniami wyjściowymi dla przeżyć nasylania, zabierania i rozgłaszania myśli są między innymi nakładanie się i zablokowanie myśli, ale również nieswoiste zaburzenia koncentracji, natłok myśli i podobne do przymusowych persewercje. Wraz z nasileniem objawów podstawowych na początku rozwoju schizofrenii pojawiają się objawy „przejściowe”, które odpowiadają autopsychicznej depersonalizacji. Myśli przeżywane są tak jakby były obce. Zniesienie zdolności refleksji i zachowania dystansu prowadzi do rozwoju pełnych objawów pierwszorzędowych, czyli objawów „końcowych”. Pozostaje niejasne czy wymienione zaburzenia Ja przechodzą w ugięśnienie myśli i w końcu w głosy komentujące, dyskutujące i imperatywne, czy też w przypadku omamów słuchowych chodzi tu o leżące u podłoża zaburzenia poznawcze. Cechy innych zaburzeń Ja według Kurta Schneidera, takich jak doznania wpływu na ciało, uczucia, dążenia i wolę, wpisują się bez większych problemów w koncepcję Klosterköttera.<sup>77</sup> Podczas gdy w przypadku odczuć wpływu na ciało wyjściowym doświadczeniem są doznania cenestetyczne, w przypadku odczuć wpływu na wolę na początku występują objawy automatyzmu ruchowego. W obu przypadkach występuje objaw „przejściowy” depersonalizacja autopsychiczna, a następnie dochodzi do powstania kompletnych objawów pierwszorzędowych. Fenomeny depersonalizacji są podobne do faz przejściowych, tak że powstaje wrażenie homogennego przekształcenia wszystkich objawów pierwszorzędowych w sensie utraty *Meinhaftigkeit*. W tym momencie zgodnie z tradycyjnymi poglądami uznaje się, że automatyzmy (W piśmiennictwie francuskim taki sposób przeżywania chorego, że fenomeny własnego życia psychicznego są uznawane za nie własne i określane jako automatyczne nazywany jest automatyzmem psychicznym lub zespołem Clerambault.<sup>53</sup>) różnych funkcji psychicznych prowadzą do stanów depersonalizacji, które przez eksternalizację i konkretyzację przechodzą w pełne zaburzenia Ja, względnie objawy pierwszorzędowe.

Fenomenologiczne badania Parnasa i Handesta,<sup>78</sup> jak również Sassa i Parnasa podnoszą przede wszystkim pytanie stawiane przez Hubera i wsp.<sup>71</sup> oraz Klosterköttera,<sup>77</sup> co łączy różnorodne objawy schizofreniczne. Bardziej skupiono się na opisie schizofrenii jako zaburzenia perspektywy pierwszej osoby lub inaczej *Meinhaftigkeit*<sup>79</sup> niż aspekcie dotyczącym kolejnych faz rozwoju objawów psychopatologicznych. Zgodnie z taką koncepcją ze skali BSABS wybrano odpowiednie grupy objawów, które włączono do kwestionariusza EASE (Examination of anomalous Self-Experience).<sup>80</sup>

*Skala ta jest opisem fenomenologicznym, głównym jej celem jest opis jakościowy oraz jak najdokładniejsze wyszczególnienie fenomenów dotyczących zniekształconego poczucia perspektywy pierwszej osoby – w skrócie, zaburzenia lub braku poczucia bycia podmiotem, spójnym z Self ośrodkiem działania, myślenia i doświadczenia (str. 236).<sup>80</sup>*

Fenomeny psychopatologiczne bywają różnie przedstawiane; objawy schneiderowskie przytaczane są niekompletnie i bez rozróżnienia od objawów podstawowych. Klosterkötter<sup>81</sup> oraz Sass i Parnas<sup>27</sup> przyjmują założenia o biologicznym pochodzeniu zaburzenia i powołują się na prace Blakemore i wsp.,<sup>51</sup> Firtha i wsp.<sup>22,82</sup> oraz Firtha i Done’a.<sup>83</sup> Za źródło powstawania objawów pozytywnych przyjmują oni zaburzenie wewnętrznego systemu monitoringu. System ten kontroluje zgodność między zamiarem a jego realizacją, ruchową bądź poznawczą. Jeżeli system źle pracuje pojawiają się informacje zwrotne o odchyleniach również wtedy, gdy myśli, działania lub postrzeganie są prawidłowe i w procesie postrzegania siebie dochodzi do znacznego „podrażnienia”. Neurofizjologicznie rzecz ujmując występuje zaburzenie na poziomie połączeń między czołowymi i ciemieniowo-limbicznymi rejonami mózgu. Sass i Parnas<sup>27</sup> uważają, że model ten jest w pełni otwarty na fenomenologiczną koncepcję zaburzeń postrzegania siebie i własnych intencji.

W swojej aktualnej pracy Fletcher i Firth<sup>84</sup> koncentrują się na takich objawach psychopatologicznych, jak omamy i urojenia, które uważają za zaburzenia postrzegania i przekonania. Objawy te pojawiają się w wyniku zaburzenia procesu korekty błędów, gdyż w mózgu istnieje ścisły hierarchiczny związek między procesami postrzegania i przekonania na temat świata.

*Sugerujemy, że objawy pozytywne schizofrenii powstają w wyniku zaburzenia mechanizmów wnioskowania mózgow w taki sposób, że nowe dane (także doznania) nie są odpowiednio integrowane, co prowadzi do błędnych przewidywań (str. 56).<sup>84</sup>*

Zaburzenia Ja oprócz potencjału urojeniowego posiadają również część związaną z postrzeganiem, co sprawia, że znajdują się one pomiędzy spostrzeżeniem a przekonaniem.

## Podsumowanie

W rozdziale „Poglądy historyczne” przybliżony został przede wszystkim opis i różnice między objawami, które później Kurt Schneider określił jako zaburzenia Ja. Fenomenologia opisowa zajmowała się więc jak najdokładniejszym różnicowaniem, co umożliwiło powstanie klasyfikacji nozologicznej i etiologicznej. Próby wyodrębnienia doprowadziły jednak do pominięcia stanów przejściowych. Początkowo Huber i wsp.<sup>71</sup> oraz Klosterkötter<sup>77</sup> przypomnieli dawną teorię rozwoju objawów by powiązać ją z fenomenologiczno-opisowymi próbami ich różnicowania. Rozwój koncepcji stanów przejściowych doprowadził do większego wysublimowania i dynamiki w obszarze psychopatologii dotyczącej stanów z pogranicza psychozy, ale bez wytyczania jakiegokolwiek ostrej granicy. Z objawów pod-

stawowych wywodzą się autopsychiczne przeżycia depersonalizacji. Klosterkötter<sup>77</sup> nadaje tym przejściowym fenomenom szczególną wartość;

... których przyszłe ponowne badanie i różnicowanie między schizofrenicznymi zmianami przeżywania a niepsychotycznymi urażeniami wyobcowania wiele może wnieść (str. 195).<sup>77</sup>

Depersonalizacja oznacza tutaj, że dzięki obiektywnej samorefleksji można uznać jeszcze, że choremu się wydaje tylko jakby myśl lub ciało nie należały do niego. Przejście do wspólnej rzeczywistości jest wciąż możliwe.<sup>69</sup> Jednocześnie depersonalizacja jest punktem kulminacyjnym podstawowego „podrażnienia”, za Huber,<sup>85</sup> przeskokiem z ilościowego do jakościowego, które przeniesione zostaje w psychotyczną inność („Aliter”). Przejście charakteryzuje sposób przeżywania, który Federn<sup>86</sup> w 1952 roku opisuje jako przepuszczalność granic Ja, Weitbrecht<sup>87</sup> w 1973 roku jako nieszczelność granic Ja-środo-wisko i Scharfetter<sup>56</sup> w 1995 roku jako brak granic między Ja a środowiskiem. Kurt Schneider<sup>81</sup> zwraca uwagę, że taka przepuszczalność bariery Ja-środo-wisko przypisywana jest w szczególności grupie zaburzeń Ja. Według Gruhle’a<sup>88</sup> z punktu widzenia objawu jest to tym samym czy to

... zaburzenie Ja przejawia się w nasylaniu obcych, czy zabieraniu własnych myśli (str. 190).<sup>88</sup>

Nasyłanie i rozgłaśnianie myśli, wpływanie i zabieranie myśli wskazują w szczególności na możliwość wymiany elementów pochodzących z wewnątrz i z zewnątrz. W przeciwieństwie do tego neurotyczne stany depersonalizacji są przede wszystkim sposobem na uporanie się z emocjonalnym wzburzeniem i charakteryzują się ilościową redukcją reakcji afektywnej. Czynne skupienie się pozwala z reguły na to by ponownie stały się one dostępne. Nie dochodzi ani do zniesienia granicy Ja-środo-wisko, ani do eksternalizacji, ani też do poczucia bycia sterowanym. Jako ostrą granicę psychotyczności Kurt Schneider wyznaczył moment utraty Meinhaftigkeit w zaburzeniach Ja. Zgodnie z Klosterkötterem<sup>77</sup> jest to przeżycie jakby „bycia zniesionym” (aufgehoben). Conrad<sup>69</sup> mówił o utracie zdolności przekraczania (Verlust des Überstiegs) apofanii, a Janzarik<sup>89</sup> o usamodzielnianiu się obiektów struktury (Verselbstständigung der strukturellen Bestände). Odbarczająca eksternalizacja i skonkretyzowanie siły sterującej w przestrzeni zewnętrznej wskazują na osobliwe cechy w rozwoju urojeń i przekonań urojeniowych.<sup>68,77</sup> Jest to również powód, dlaczego w DSM-IV zaburzenia Ja pod postacią objawu owdładnięcia zaliczone zostały do urojeń dziwacznych. W 2005 roku Kimhy i wsp.<sup>90</sup> w swoim badaniu na temat rodzajów urojeń wydzielili oddzielny podtyp urojeń oddziaływania.

Zainteresowanie zaburzeniami Ja doprowadziło tym samym do sedna schizofrenii i jej diagnostyki różnicowej. Szczególną formę depersonalizacji przejawiającą się upośledzeniem Meinhaftigkeit, a nie tylko i wyłącznie poczuciem wyobcowania, można by określić jako fenomen przejściowy. Pojawia się pytanie, czy właśnie utrata Meinhaftigkeit, nie jest wspólnym mianownikiem objawów pierwszorzędowych. Dalsze różnico-

wanie przeżyć depersonalizacyjnych mogłoby przypuszczalnie doprowadzić do wyraźniejszego określenia granicy psychozy i jednocześnie dać impuls do dalszego rozwoju wczesnej diagnostyki i diagnostyki różnicowej.<sup>91-93</sup>

© Springer Medizin Verlag 2010. This article Zur Psychopathologie der Ich-Störungen. Geschichte und Phänomenologie by M. Bürgy is translated and reproduced with permission from Springer.

## Piśmiennictwo

- Huber G, Gross G (1987) Kommentar. In: Schneider K (Hrsg) Klinische Psychopathologie, 9. Aufl. Thieme, Stuttgart New York, S 85–114
- Berger M (Hrsg) (2008) Psychische Erkrankungen, 3. Aufl. Urban & Fischer, München
- Dilling H, Reimer C, Arolt V (2001) Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Frank W (2007) Psychiatrie, 15. Aufl. Elsevier, München
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) (2008) Psychiatrie und Psychotherapie, Bd 1: Allgemeine Psychiatrie, 3. Aufl. Springer, Heidelberg
- Volz A, Spring K, Frieboes RM (2005) Psychiatrie in Frage und Antwort, 6. Aufl. Elsevier, München
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2007) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 8. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Bleuler M (1983) Lehrbuch der Psychiatrie, 15. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Tölle R, Windgassen K (2006) Psychiatrie, 14. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Huber H (2005) Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung, 7. Aufl. Schattauer, Stuttgart New York
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) (Hrsg) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Huber, Bern
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington
- Saß H, Zaudig M, Houben I, Wittchen HU (1996) Zur Situation der operationalisierten Diagnostik in der deutschsprachigen Psychiatrie. In: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (Hrsg) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen, S IX-XXIV
- Loftus J, Delisi LE, Crow TJ (2000) Factor structure and familiarity of first-rank symptoms in sibling pairs with schizophrenia and schizoaffective disorder. Br J Psychiatry 177:15–19
- Mullins S, Spence SA (2003) Re-examining thought insertion. Semi-structured literature review and conceptual analysis. Br J Psychiatry 182:293–298
- Pawar AV, Spence SA (2003) Defining thought broadcast. Semi-structured literature review. Br J Psychiatry 183:287–291
- Andreasen N (1984) Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). University of Iowa, Iowa City
- Jaspers K (1913) Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Metzinger T (2005) Die Selbstmodell-Theorie der Subjektivität: Eine Kurzdarstellung in sechs Schritten. In: Herrmann C, Pauen M, Rieger J, Schickanz S (Hrsg) Bewusstsein: Philosophie, Neurowissenschaften, Ethik. Fink, München, S 242–269
- Metzinger T (Hrsg) (2005) Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie. Mentis, Paderborn
- Blakemore SJ, Oakley DA, Frith CD (2003) Delusions of alien control in the normal brain. Neuropsychologia 41:1058–1067
- Frith CD, Blakemore SJ, Wolpert DM (2000) Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. Brain Res Brain Res Rev 31:357–363
- Leube D, Pauly K (2007) Ich-Störungen. Psychologie. In: Kircher T, Gauggel S (Hrsg) Neuropsychologie der Schizophrenie: Symptome, Kognition, Gehirn. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 484–495
- Waters FA, Badcock JC (2008) First-rank symptoms in schizophrenia: reexamining mechanisms of self-recognition. Schizophr Bull 36:510-517
- Cermolacce M, Naudin J, Parnas J (2007) The „minimal self“ in psychopathology: re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum. Conscious Cogn 16:703–714
- Nelson B, Yung AR, Bechdolf A, McGorry PD (2008) The phenomenological critique and self-disturbance: implications for ultra-high risk („prodrome“) research. Schizophr Bull 34:381–392

27. Sass LA, Parnas J (2003) Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 29:427–444
28. Emminghaus H (1878) *Allgemeine Psychopathologie*. Vogel, Leipzig
29. Schüle H (1878) *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Hirschfeld, Leipzig
30. Krafft-Ebing R v (1879) *Lehrbuch der Psychiatrie, Bd 2: Die spezielle Pathologie und Therapie des Irreseins*. Enke, Stuttgart
31. Kraepelin E (1899) *Psychiatrie, Bd 2: Klinische Psychiatrie*, 6. Aufl. Barth, Leipzig
32. Kraepelin E (1913) *Psychiatrie, Bd 3: Klinische Psychiatrie*, 8. Aufl. Barth, Leipzig
33. Störing G (1900) *Vorlesungen über Psychopathologie*. Engelmann, Leipzig
34. Gruhle HW (1913) Bleulers Schizophrenie und Kraepelins Dementia praecox. *Z Ges Neurol Psychiatr* 17:114–133
35. Bleuler E (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg) *Handbuch der Psychiatrie*, 4. Abteilung, 1. Hälfte. Deuticke, Leipzig
36. Jung CG (1907) Über die Psychologie der Dementia Praecox: Ein Versuch. In: *Gesammelte Werke. Band 3: Psychogenese der Geisteskrankheiten*, 4. Aufl. Walter, Olten, S 1–170
37. Bleuler E (1916) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
38. Jaspers K (1973) *Allgemeine Psychopathologie*, 9. unveränderte Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
39. Kant I (1980) *Kritik der reinen Vernunft, Werkausgabe Bd 3*, 4. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt
40. Lipps T (1901) *Das Selbstbewusstsein, Empfindung und Gefühl*. Bergmann, Wiesbaden
41. Bürgy M (2008) The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophr Bull* 34:1200–1210
42. Sahrer H (1970) *Karl Jaspers*. Rowohlt, Reinbek
43. Jaspers K (1946) *Allgemeine Psychopathologie*, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
44. Schneider K (1950) *Klinische Psychopathologie*, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart New York
45. Blankenburg W (1988) Zur Psychopathologie des Ich-Erlebens Schizophrener. In: Spitzer M, Uehlein FA, Oepen G (Hrsg) *Psychopathology and philosophy*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 184–197
46. Spitzer M (1988) Ich-Störungen: in search of a theory. In: Spitzer M, Uehlein FA, Oepen G (Hrsg) *Psychopathology and philosophy*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 167–183
47. Schneider K (1939) *Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose*. Thieme, Leipzig
48. Bürgy M (2009) Zur Geschichte und Phänomenologie des Psychose-Begriffs: eine Heidelberger Perspektive (1913–2008). *Nervenarzt* 80:584–592
49. Schneider K (1957) Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 25:487–490
50. Schneider K (1987) *Klinische Psychopathologie*, 9. Aufl. Thieme, Stuttgart New York
51. Blakemore SJ, Smith J, Steel R et al (2000) The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychol Med* 30:1131–1139
52. Schneider K (1946) *Beiträge zur Psychiatrie*. Thieme, Wiesbaden
53. Peters UH (2007) *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 6. Aufl. Urban & Fischer, München
54. Schneider K (1956) Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 24:1–7
55. Schneider K (1921) Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Monatsschr Psych Neurol* 49:154–159
56. Scharfetter C (1995) *Schizophrene Menschen: Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze*, 4. Aufl. Beltz, Weinheim
57. Lipps T (1902) *Vom Fühlen, Wollen und Denken*. Barth, Leipzig
58. Schneider K (1949) *Notiz über Ichstörungen und Entfremdungen*. *Fortschr Neurol Psychiatr* 17:343–347
59. Kronfeld A (1922) Über schizophrene Veränderungen des Bewusstseins der Aktivität. *Z Ges Neurol Psychiatr* 74:15–68
60. Husserl E (1900) *Logische Untersuchungen. Erster Teil: Prolegomena zur reinen Logik*. Niemeyer, Halle
61. Mayer-Gross W (1932) Die Klinik. In: Bumke O (Hrsg) *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 5. Teil: Die Schizophrenie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 293–594
62. Oesterreich K (1910) *Die Phänomenologie des Ich in ihren Grundproblemen*, Bd 1. Barth, Leipzig
63. Schilder P (1914) *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein*. Springer, Berlin Heidelberg New York
64. Sierra M, Berrios GE (2001) The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new. *J Nerv Ment Dis* 189:629–636
65. Sierra M, Berrios GE (2000) The Cambridge depersonalization scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res* 93:153–164
66. Michal M, Sann U, Niebecker M et al (2004) Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms mit der deutschen Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 54:367–374
67. Michal M, Beutel ME, Jordan J et al (2007) Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 195:693–696
68. Wernicke C (1906) *Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*, 2. Aufl. Thieme, Leipzig
69. Conrad C (1958) *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme, Stuttgart New York
70. Kisker KP (1960) *Der Erlebniswandel des Schizophrenen*. Springer, Berlin Heidelberg New York
71. Huber G, Gross G, Schüttler R (1979) *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
72. Berze J (1914) *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität*. Deuticke, Leipzig
73. Kaiser S, Weisbrod M (2007) Intentionality as a link between the neuropsychology and the symptoms of schizophrenia. *Psychopathology* 40:221–228
74. Mundt C (1984) Der Begriff der Intentionalität und die Defizienzlehre von den Schizophrenien. *Nervenarzt* 55:582–588
75. Minkowski E (1928) Der geistige Automatismus. *Nervenarzt* 1:234–239
76. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M (1987) *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Springer, Berlin Heidelberg New York
77. Klosterkötter J (1988) *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
78. Parnas J, Handest P (2003) Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 44:121–134
79. Zahavi D, Parnas J (1998) Phenomenal consciousness and self-awareness: a phenomenological critique of representational theory. *J Conscious Stud* 5:687–705
80. Parnas J, Moller P, Kircher T et al (2005) EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 38:236–258
81. Klosterkötter J (1992) Wie entsteht das schizophrene Kernsyndrom? *Nervenarzt* 63:675–682 338–344
82. Frith CD, Blakemore SJ, Wolpert DM (2000) Abnormalities in the awareness and control of action. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 355:1771–1788
83. Frith CD, Done DJ (1988) Towards a neuropsychology of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 153:437–443
84. Fletcher PC, Frith CD (2009) Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci* 10:48–58
85. Huber G (1983) *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. *Nervenarzt* 54:23–32
86. Federn P (1952) *Ich-Psychologie und die Psychosen*. Huber, Bern
87. Weitbrecht HJ (1973) *Psychiatrie im Grundriß*, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
88. Gruhle HW (1932) Die Psychopathologie. In: Bumke O (Hrsg) *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 5. Teil: Die Schizophrenie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 135–210
89. Janzarik W (1988) *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Enke, Stuttgart
90. Kimhy D, Goetz R, Yale S et al (2005) Delusions in individuals with schizophrenia: factor structure, clinical correlates, and putative neurobiology. *Psychopathology* 38:236–258
91. Parnas J, Zahavi D (1992) The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. In: Maj M, Gaebel W, Lobeck-Jbor JJ, Sartorius N (Hrsg) *World Psychiatric Association series: psychiatric diagnosis and classification*. Wiley, Chichester, S 137–162
92. Pukrop R, Klosterkötter J (2010) Neurocognitive indicators of clinical high-risk states for psychosis: a critical review of the evidence. *Neurotox Res* Apr 20. [Epub ahead of print]
93. Raballo A, Saebye D, Parnas J (2009) Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* June 15. [Epub ahead of print]



## KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med.  
Janusz Perzyński**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Rozpoznanie schizofrenii, szczególnie w okresie formowania się pierwszych zaburzeń psychotycznych, wymaga od psychiatry gruntownej znajomości psychopatologii. W podręcznikach psychiatrii opisy kliniczne objawów są zwykle krótkie i powierzchowne. Brak odniesienia do cech osobowości, do ewentualnej – związanej z wiekiem osoby badanej – odrębności psychologicznej (np. okresu pokwitania), do objawów towarzyszących (syntomokompleksy) czy wreszcie do dynamiki analizowanego zaburzenia. Powierzchnowa znajomość objawów psychopatologicznych, podparta ogólnikowymi, encyklopedyczno-internetowymi „kryteriami rozpoznawania” oraz różnego typu „wytycznymi” prowadzi – niestety zbyt często – do rozpoznania schizofrenii już podczas pierwszej hospitalizacji. W rezultacie nieprawidłowe leczenie, a także – niestety też często – powtarzanie bez prób we-

ryfikacji błędnego rozpoznania podczas kolejnych pobytów w szpitalu. Konieczne jest zatem pogłębianie wiedzy przez sięganie do źródeł, chociaż może się wydawać, że owe źródła mają jedynie znaczenie historyczne i archiwalne.

Bürgy – autor komentowanego artykułu – dokonuje przeglądu wybranych prac – w tym klasyków psychiatrii – poświęconych związkom „psychopatologii zaburzeń Ja” z diagnozą schizofrenii. Lektura artykułu pozwala na śledzenie zmian, jakim podlegały – na przestrzeni lat – zarówno rozumienie, jak i rola diagnostyczna niektórych objawów. Zawierania takie dotyczyły (i chyba nadal dotyczą) m.in. objawu nazywanego depersonalizacją.

Czytelnikowi zainteresowanemu ukazanymi przez Bürgy’ego załkami psychopatologii można polecić pogłębienie wiedzy z zakresu omawianej problematyki przez sięgnięcie do prac badaczy francuskich (Janet, Clerambault) czy też do publikowanych 40 lat wcześniej prac rosyjskiego psychiatry W. Kandinskiego. Młodym polskim psychiatrom wypada poznać poświęcone zespołowi automatyzmu psychicznego publikacje prof. Jana Jaroszyńskiego, a teorię psychofizjologiczną prof. Jana Mazurkiewicza tym, którzy chcą zrozumieć chorobę nazywaną schizofrenią.