



Poszukiwania genezy omamów. II. Wyjaśnienia psychologiczne

In search for the origin of hallucinations. II. Psychological explanations

ANNA GRZYWA, HANNA KARAKUŁA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE. *Wśród badań i rozważań dotyczących genezy omamów istotne miejsce zajmują poszukiwania psychologiczne. Najczęściej dotyczą one omamów słuchowych, patognomicznych dla schizofrenii. Cel – Praca zawiera spostrzeżenia i wyniki badań wskazujące, że omamy występują w różnych stanach psychicznych, m.in. u osób zdrowych, z zaburzeniami powodującymi utrudnienie percepcji bodźców oraz u chorych psychicznie. Poglądy – Przedstawiono wyniki prac badających cechy omamów, ich treści i wpływ leczenia na ich ustępowanie. Koncepcje psychologiczne mieszczą się w szeroko rozumianym zaburzeniu mechanizmu przetwarzania informacji. Z ich przeglądu wynika, że są skutkiem utrudnienia tego procesu, na różnych jego etapach. Jedni badacze uważają, że istotną rolę w powstawaniu omamów odgrywa utrudnione docieranie bodźców do dalszego przetwarzania (rola uwagi, nastawień emocjonalnych, zaburzenia receptorów). Inni upatrują ich źródeł w zaburzeniu pamięci semantycznej, czyli wydobyciu informacji zawartych w pamięci długoterminowej. Podkreśla się też rolę zaburzenia procesu planowania, spostrzegania kontekstu, wpływów kultury, czy otoczenia społecznego. Wnioski – Z analizy tych koncepcji można z pewną ostrożnością przyjąć, że w genezie omamów odgrywają rolę zaburzenia na każdym z etapów przetwarzania informacji, przy czym przewaga zaburzenia na tym czy innym etapie może zależeć od wielu czynników, takich jak: osobowość, sprawność funkcjonowania o.u.n. w aspekcie anatomicznym, biochemicznym i psychofizjologicznym, oddziaływania społeczne i przystosowanie.*

SUMMARY. *Among research projects and theoretical considerations concerning the origin of hallucinations psychological studies play a major role. The latter most frequently deal with auditory hallucinations, being a pathognomic sign of schizophrenia. Aim – The paper presents research findings and clinical observations indicating that hallucinations occur not only in the mentally ill, but also in various mental states associated with disturbance of auditory stimuli perception in healthy individuals. Review – The article presents results of studies on the features of hallucinations, their contents, and the effect of medication on their alleviation. Psychological theories are based on a wide spectrum of disorders in the mechanism of information processing. A review of these theories suggests that hallucinations result from disturbances at various stages of this process. While some authors believe that it is disturbance of the stimulus input (due to attention disorders, affective attitudes, or receptor deficits) that is responsible for hallucinations, others consider semantic memory impairment (i.e. information retrieval from long-term memory) to be their source. Moreover, the role of a number of other factors is emphasized, including disorders in the process of planning or in perception of context; cultural influences or the pressure of the social environment. Conclusions – An analysis of these concepts suggests that disturbances at any stage of information processing may contribute to the development of hallucinations. It should be assumed with some caution that prevalence of disturbances at some stage may depend on many factors such as personality, anatomical, biochemical and psychophysiological efficiency of the CNS functioning, social influences, and adaptation.*

Słowa kluczowe: omamy / patogeneza / diagnostyka

Key words: hallucinations / pathogenesis / diagnostics

Istnieją zaburzenia psychiczne wynikające z nieprawidłowości percepcji, czyli procesu decydującego o przetwarzaniu bodźców fizycznych w informacje psychologiczne. Biorąc pod uwagę ten aspekt funkcjonowania psychiki wyróżnia się trzy grupy objawów: (1) zaburzenia percepcji związane z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, (2) zaburzenia konwersyjne i dysocjacyjne, (3) iluzje i omamy.

W pierwszej grupie mieszczą się takie zaburzenia jak: *anozognozja, somatopagnozja, agnozja wzrokowa, astereognozja, prozopagnozja, apraksja, symultagnozja, aura*. W drugiej grupie znajdują się takie objawy jak: *znieczulica histeryczna, makropsje, mikropsje, depersonalizacja, derealizacja, fugi, osobowość mnoga, dysocjacja*. W trzeciej grupie, która jest najczęściej w centrum zainteresowania psychiatrów, mieszczą się głównie *omamy*, które są fenomenami bardzo zróżnicowanymi zarówno pod względem treści, jak i struktury. Mieszczą się tu też *iluzje*, czyli błędne spostrzeżenia, które ulegają korekturze po dostarczeniu dodatkowych informacji zawartych w bodźcach docierających do receptorów.

Jako omam określa się percepcję, która pojawia się przy braku bodźca zewnętrznego działającego na odpowiedni organ zmysłu. Powinna być ona odróżniana od iluzji, która jest wynikiem nieprawidłowej interpretacji rzeczywistego bodźca.

WYSTĘPOWANIE OMAMÓW

Pewne postacie omamów mogą występować u ludzi, którzy nie są chorzy psychicznie. W niektórych społeczeństwach takie przeżycia mieszczą się w normie kulturowej, jako zachowania rytualne czy religijne. Wydaje się, że w takich przypadkach są one stanami dysocjacyjnymi demonstrując się jako wizje, stany transu, czy owładnięcia histerycznego. Podczas reakcji żałoby niektórzy ludzie mogą doświadczać omamów, że widzą lub słyszą swoich bliskich zmarłych.

Omamy mogą też występować u zdrowych ludzi w stanach przedłużonej izolacji, deprywacji bodźców, bezsenności, w stanach głodu i pragnienia lub w sytuacjach stresowych o charakterze przeciążenia emocjonalnego [Reggia i Montgomery 1996].

Są doniesienia [Jenner i Van de Willige 2001], że omamy słuchowe występują u 2% osób w okresie dojrzewania, co powoduje ich lęk, zakłopotanie, czasem czują się pod ich władzą. Ponad 40% z nich ma problemy w szkole i konflikty z otoczeniem, 16% ucieka z domu.

Jako ciekawostkę warto przytoczyć wyniki badania wykonanego w Maastricht. Osoby zdrowe słyszące „głosy” zebrano dzięki ogłoszeniom w lokalnych mediach i w biuletynie publikowanym przez Holenderską Fundację Osób Słyszających Głosy. Kiedy porównano strukturę i zawartość treściową omamów występujących u chorych na schizofrenię, na zaburzenia dysocjacyjne i u ludzi zdrowych okazało się, że główną różnicą między tymi grupami była pozytywna treść omamów u osób zdrowych oraz fakt, że jedynie oni mogli je kontrolować. Okazało się też, że osoby zdrowe zaczynały słyszeć głosy w młodszym wieku niż chore [Honig i wsp. 1998]. Po zbadaniu 105 zdrowych osób skalą badającą predyspozycje do występowania omamów słuchowych i wzrokowych Morrison i wsp. [2000] wskazali, że skłonność do występowania takich objawów wiąże się z przekonaniami tych osób o istnieniu niezwykłych zjawisk percepcyjnych jak: ukazywanie się duchów, porozumiewanie się z nimi przez stukanie itp.

Goodwin i wsp. [1971] po przebadaniu 117 pacjentów stwierdzili, że omamy słuchowe przy jasnej świadomości są patognomiczne dla schizofrenii, a omamy wzrokowe dla zespołów paranoidalnych występujących w organicznych uszkodzeniach o.u.n. Za diagnostyczne dla schizofrenii autorzy uważają trzy typy omamów, a mianowicie: *słyszalne myśli, głosy rozmawiające o pacjencie w trzeciej osobie i głosy w postaci komentarza*. Obecność omamów rzekomych,

szczególnie z dobrym wglądem jest korzystna prognostycznie. Głosy komunikujące (wywierające wpływ) często prowadzą do niebezpiecznych działań, natomiast głosy oskarżające wskazują na depresję. Metaanaliza dotycząca częstości występowania omamów słuchowych w schizofrenii pozwoliła na stwierdzenie, że występują one średnio u 60% pacjentów. Zazwyczaj są stresujące, tym bardziej, że często ich treść jest obraźliwa, czy wręcz obsceniczna. Często wiąże się z tym występowanie prób samobójczych u pacjentów przeżywających omamy. Stwierdzono, że mężczyźni chorzy na schizofrenię częściej słyszą głosy męskie. Hoffinan [1999] twierdził, że omamy słuchowe występują u 50–80% chorych na schizofrenię. U niektórych pacjentów objaw ten pojawia się jedynie podczas ostrego epizodu choroby, u innych trwa całymi latami. W różnych systemach klasyfikacyjnych omamy słuchowe zaliczane są do rdzennych czy jądrowych objawów schizofrenii, szczególnie te, które są głosami komentującymi zachowanie lub myśli pacjentów, albo głosami rozmawiającymi ze sobą. W międzynarodowym badaniu IPSS Winga i wsp. [1974] stwierdzono obecność omamów słuchowych u 74% chorych na schizofrenię, w późniejszych badaniach Slade'a i Bentalla [1988] u 62,2%.

Omamy słuchowe bywają obserwowane u osób z zaburzeniami słuchu. Czasem mają charakter pojedynczych dźwięków, czasem są słyszane w postaci muzyki instrumentalnej, śpiewu, czy mowy. Niekiedy omamy muzyczne mają postać monotonna powtarzanych piosenek pamiętanych z dzieciństwa. Autorzy opisujący te zjawiska sądzą, że są one wynikiem deprywacji sensorycznej [West 1975]. Johns i wsp. [2002] dokonali porównania omamów słuchowych u chorych na schizofrenię i osób z objawowym szumem w uszach. Okazało się, że podobnie jak inne osoby z zaburzeniami słuchu, ci drudzy słyszeli głównie muzykę, natomiast omamy chorych na schizofrenię miały charakter głosów ludzkich.

Nayani i David [1996] badali szczegółowo omamy słuchowe u 100 pacjentów. Głównym

kryterium ich doboru była stała obecność omamów w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Pytano jakie przeżycia czy wrażenia poprzedzały wystąpienie omamów. Okazało się, że 45% badanych odczuwało sensacje żołądkowe, 52% odczuwało smutek, 16% strach, a 8% złość. Osiemdziesiąt procent badanych ujawniło, że omamy pojawiają się u nich wtedy, kiedy są sami. Jeśli chodzi o cechy głosów, to 73% pacjentów podało, że mają one normalną, przeciętną głośność, 14% określało je jako szept, a 13% jako głośne krzyki. Podczas rozpatrywania źródła „głosów” stwierdzono, że w 49% przypadków pacjenci twierdzili, że słyszą je z zewnątrz, 38% z wnętrza swojego organizmu, a 12% słyszało je z obydwu źródeł. U chorych leczonych po raz pierwszy „głosy” częściej pochodziły ze źródeł zewnętrznych.

Pacjent może słyszeć ugięte własne myśli, ale może też słyszeć myśli innych osób włączające się do jego umysłu i wyłączające jego własne myśli. Te włączane myśli mogą pacjenta krytykować, obrażać, komentować jego zachowanie. Mogą się wówczas dołączać urojenia, że ciało i myśli są opanowane i manipulowane przez transcendentalne, szatańskie siły [Roth i wsp. 1996]. Często „głosy” były znane pacjentom z realnego życia, co wskazuje na rolę pamięci w powstawaniu omamów. Znaczna część grupy, bo 72% pacjentów, wyjaśniało, czyje głosy słyszą – ponad połowa (51%) tłumaczyła je siłami boga lub diabła, 16% wiązało je z konspiracją lub spiskiem (np. CIA), 5% z duchami lub kosmitami. Pacjenci często mówili, że głosy używają wulgarnych słów stosowanych wobec kobiet, np. oskarżają je o złe prowadzenie się. Mężczyźni natomiast byli oskarżani o inne nieprzyzwoite czyny albo o homoseksualizm. Wszystkich pacjentów proszono o określenie jakiego typu omamy, poza słuchowymi, występują u nich najczęściej. Okazało się, że 51% badanych wymieniło wzrokowe, 51% węchowe, 40% trzewne, 31% dotykowe, 18% smakowe. Liczni pacjenci wymieniali więcej niż jeden rodzaj omamów towarzyszących słuchowym, plasującym

się na pierwszym planie ich psychotycznej rzeczywistości. Badani oprócz głosów słyszeli też inne dźwięki: 10% szepty, 2% płacz, 16% brzęki, trzaski, a 36% muzykę. Większość pacjentów (66%) słyszała więcej niż jeden głos, czasem były to dialogi, czasem kłótnie dotyczące pacjenta. Komentarze dotyczące pacjenta odnotowano u 55% chorych na schizofrenię i 91% chorych maniako-depresyjnych.

Kent i Wahass [1996] przedstawili badanie dotyczące porównania cech i treści omamów słuchowych występujących u pacjentów w Wielkiej Brytanii i w Arabii Saudyjskiej. Wykazali, że takie cechy omamów jak: częstość występowania, głośność, trudność do ignorowania, przypisywanie im źródła, były względnie niezależne od podłoża kulturowego. Spośród badanych, 70–77% pacjentów określało głosy jako stresujące, 68–77% skarżyło się na trudność ich ignorowania. Jeśli chodzi o treści omamów, to u pacjentów z Arabii Saudyjskiej były one częściej religijne i związane z przesadami (dotyczące sił nadnaturalnych), natomiast u pacjentów w Wielkiej Brytanii częściej miały charakter instrukcji lub przekazu radiowego.

Greccy autorzy [Oulis i wsp. 1995] zbadali 60 pacjentów przyjmowanych na bieżąco do ateńskiego szpitala, u których występowały omamy. Większość tych osób chorowała na schizofrenię (42 z 60), inni mieli rozpoznania psychozy reaktywnej, schizoafektywnej, jednobiegunowej afektywnej i halucynozy organicznej. Celem badania była próba określenia cech klinicznych omamów i ich wzajemnych związków. Okazało się, że najczęstszymi wspólnymi cechami omamów były: klarowność, źródło pochodzenia, pojawianie się i znikanie bez udziału woli pacjentów. Czas trwania omamów wynosił 2–30 minut, ok. 30% pacjentów sądziło, że osoby w otoczeniu też słyszą te głosy, w 23% źródło głosów było wewnętrzne. Najczęściej głosy były wrogie dla pacjentów. Z korelacji cech wynika, że pozytywnie wiązały się ze sobą zyczliwość głosów i ich wielkościowa treść, długość ich trwania przy każdym wystąpieniu

z długością słyszanej wypowiedzi oraz wielkościowość z omamami dotyczącymi wielu zmysłów. Negatywnie korelowały ze sobą takie cechy jak: zyczliwość i wrogość, wrogość i wielkościowość oraz niezgodność z afektem i zachowanie omamowe.

W badaniu Miller [1996], mającym na celu prześledzenie zmian cech omamów po leczeniu szpitalnym, brali udział chorzy ponownie przyjęci do szpitala z obecnymi w obrazie klinicznym omamami. Grupa ta składała się z 54% chorych na schizofrenię i osób z rozpoznaniem psychoz podobnych do schizofrenii, 11% miało choroby afektywne, 14% psychozę schizoafektywną, 21% inne psychozy. Okazało się, że po leczeniu występujące u nich omamy były rzadsze i mniej nasilone, ale obecne. Badani w znacznej części okazali się „nie reagującymi na leczenie” jeśli chodzi o omamy, ale ponieważ zmniejszyła się ich intensywność, to rzadziej występowały zachowania pozostające pod wpływem przeżyć omamowych.

Warto zwrócić uwagę na rozróżnienie cech objawów i ich treści. Cechy objawów odnoszą się do opisu ich struktury w terminach fenomenologicznych, które są użyteczne dla diagnozy. Cechami omamów są np.: czas trwania, umiejscowienie źródła głosu (zewnątrzne lub wewnętrzne), treść omamowych wypowiedzi. Zawartość, czy treść objawów można rozumieć w kontekście sytuacji życiowej, kultury, statusu rodzinnego, wieku, płci, wydarzeń życiowych i lokalizacji geograficznej. Treść omamów może być dla pacjentów irytująca, banalna lub przyjemna. Z badań Miller i wsp. [1993] wynika, że jeżeli treści są przyjemne – to utrzymują się dłużej po leczeniu, natomiast mniej przyjemne po leczeniu ulegają zmianie na bardziej pozytywne.

Co do występowania omamów wzrokowych w schizofrenii zdania badaczy są podzielone. Jedni odrzucają możliwość, że doznania te są objawem schizofrenii, stojąc na stanowisku, że jeżeli pojawiają się w przebiegu tej choroby to muszą być spowodowane inną współistniejącą patologią. Inni uważają,

że omamy wzrokowe mogą być objawem samej schizofrenii. Arieti [1974] i Hendrickson [1996] uważają, że przy ostrym początku schizofrenii omamy wzrokowe mogą być tak samo częste jak słuchowe, natomiast Noyes i Kolb [1969] oraz Freedman [1974] uważają, że są one rzadsze niż słuchowe. Wandzel i Falicki [1989] opisali 5 przypadków występowania omamów wzrokowych u chorych na schizofrenię bez współistnienia innych możliwych ich przyczyn. Wspólnymi cechami tych omamów był całkowity brak lub bardzo mały ruch omamowych obrazów, wkomponowanie omamów w normalne otoczenie, brak niektórych szczegółów w obrazach, dość długi czas ich trwania, występowanie przy nie zaburzonej świadomości, najczęściej w ciągu dnia.

W późnej parafrenii, co do której nie ma zgodności czy jest to odrębna jednostka nozologiczna, czy późna postać schizofrenii, omamy wzrokowe, słuchowe i cielesne występują niemal w każdym przypadku [Roth i wsp. 1996]. U 40% tych chorych występuje uszkodzenie jakiegoś zmysłu, najczęściej słuchu. Howard i wsp. [1994] twierdzą na podstawie wnikliwego badania, że przeżycia omamowe o różnych modalnościach sensorycznych są dominujące w późnej parafrenii i mogą służyć jako punkt odróżniający tę chorobę od schizofrenii. W badanej przez nich grupie 70% pacjentów miało niewerbalne omamy słuchowe, 30% pacjentów słyszało głosy mówiące o nich w trzeciej osobie lub bezpośrednio do nich. Pacjenci najczęściej nie mieli wglądu w przeżywane omamy, ani poczucia choroby. Interpretowali przeżycia omamowe jako nieprzyjemne komentarze albo sądzili, że są prześladowani przez wrogów, którzy używają do tego celu „atomowych maszyn” lub innych urządzeń. Czasem czuli nieprzyjemne zapachy albo gazy wpuszczane przez prześladowców przez szpary lub wydobywające się spod podłogi. Omamy cielesne często miały charakter seksualny. W psychozach tego typu osobowość chorych pozostaje względnie nienaruszona, a system urojeniowy ma raczej ograniczony

zasięg, dotyczy rodziny, sąsiadów i najbliższego otoczenia. Funkcjonowanie społeczne chorych, choć z pewnymi, wyznaczonymi przez objawy psychopatologiczne ograniczeniami, dość długo utrzymuje się na poziomie dającym im możliwość pozostawania poza szpitalem. Mimo zgromadzenia wielu danych dotyczących występowania omamów, nadal nie jest jasne, jaka jest ich etiologia. Poszukiwania są prowadzone wielokierunkowo, są koncepcje neuroanatomiczne, biochemiczne, neurofizjologiczne [Grzywa i wsp. 1997]. Są również czynione próby na gruncie psychologicznym.

MODEL POZNAWCZY

Poznawczy model powstawania omamów słuchowych przedstawia Morrison [1998], przyjmując hipotezę, iż podobnie jak w modelu ataków paniki, w powstawaniu omamów odgrywa rolę specyficzna interakcja pomiędzy zagrożeniem i zachowaniem poszukującym bezpieczeństwa. W atakach paniki normalne odczucia pochodzące z ciała są interpretowane jako nienormalne, czy wręcz zagrażające. Morrison cytuje licznych autorów, wg których omamy słuchowe są zjawiskiem częstym i prawie normalnym u 10–25% zdrowej populacji, a wśród badanych przez niego studentów były stwierdzane aż w 37–39%. Jeżeli zatem pojawiają się u kogoś omamy słuchowe to odpowiedzią na to są zmiany fizjologiczne, emocjonalne i zachowania, podobnie jak w ataku paniki. Jeżeli treść głosów w dodatku jest zagrażająca, np. „on zaraz umrze”, to wzmaga dodatkowo reakcję. W niektórych przypadkach ludzie dochodzą do wniosku, że słyszenie głosów jest objawem pojawiającej się u nich choroby psychicznej, a to nasila czujność i negatywne emocje.

W modelu poznawczym Morrisona [1997] dotyczącym występowania i utrzymywania się omamów słuchowych na początku pojawiają się wewnętrzne i zewnętrzne „czynniki spustowe”, które powodują, że normalne omamy zostają zinterpretowane

jako naruszające fizyczną lub psychologiczną integralność osoby. Do takich czynników może należeć sytuacja izolacji, deprywacja snu, stres lub inne. Ta nieprawidłowa interpretacja powoduje nasilenie się stanu pobudzenia organizmu, negatywnego nastroju, co powoduje, że ustala się „błędne koło”: omamy – pobudzenie – stres – patologiczny nastrój – omamy.

Weiss i wsp. [1992] po badaniach dotyczących jakości przetwarzania informacji przez chorych na schizofrenię i osoby zdrowe stwierdzili, że zaburzenie występuje zarówno na etapie spostrzegania, jak też i na wyższych etapach procesu przetwarzania. Niektórzy badacze omamów sugerują rolę mechanizmu uwagi w ich powstawaniu, a szczególnie tego jej aspektu, który dotyczy skupiania się na przeżyciach wewnętrznych. Zgodnie z zasadą „przydzielania uwagi” dochodzi do odwrócenia jej od bodźców niosących informacje z otaczającego świata [Ingram 1990] i wyboru niewłaściwych mechanizmów kontrolnych [Wells 1995].

Morrison i Haddock [1997] badając 15 pacjentów z omamami słuchowymi, 15 chorych na schizofrenię bez omamów i 15-osobową grupę osób zdrowych stwierdzili, że osoby z omamami wykazywały wyższy poziom uwagi skierowanej na przeżycia wewnętrzne w porównaniu z pozostałymi badanymi. Co więcej, stwierdzono, że poziom tej uwagi był dodatnio skorelowany z głośnością omamów. Wyniki te na razie nie znalazły uzasadnienia teoretycznego, jakkolwiek z pewną dozą prawdopodobieństwa można przypuszczać, że skupianie uwagi na omamowych głosach w jakimś stopniu łagodzi dysonans poznawczy, który powstaje u pacjenta w sytuacji, kiedy docierają do niego informacje z otoczenia i z wewnętrznego psychotycznego świata. Bentall [1991] sugeruje, że osoby, które doświadczają przeżyć omamowych, mają trudności w odróżnieniu zdarzeń wewnętrznych od zewnętrznych.

Ostatnio podnosi się rolę przekonań tzw. „metakognitywnych”, które mają mieć znaczenie dla powstawania omamów i innych

objawów schizofrenii. Przekonania te dotyczą własnego myślenia, np. „mam złą pamięć”, „te zmartwienia doprowadzą mnie do szaleństwa”. Takie przekonania o własnych trudnościach poznawczych mogą powodować wrażliwość na zachorowanie, szczególnie jeśli chodzi o zaburzenia emocjonalne. Jak uznaje większość psychologów, percepcja, czyli spostrzeganie ludzi i zjawisk, jest procesem wieloetapowym polegającym na selekcjonowaniu obserwowanych wskaźników różnych cech spostrzeganej osoby i interpretowaniu ich znaczenia. Na początku tego procesu konieczne jest ukierunkowanie uwagi, co pozwala na wyselekcjonowanie i skategoryzowanie dopływających bodźców niosących informacje. Na tym etapie powstają proste, powierzchowne sądy „migawkowe” o spostrzeganym zjawisku, oparte jedynie na obserwacji.

Kot i Serper [2002], opierając się na wiedzy o warunkowaniu, wykonali badania pacjentów z omamami i bez omamów polegające na związaniu ze sobą bodźców słuchowych i wzrokowych. Stwierdzili, że pacjenci z omamami słuchowymi szybciej ulegali warunkowaniu, a uwarunkowana percepcja bodźców słuchowych w reakcji na bodziec świetlny utrzymywała się u nich dłużej. Przekonanie osoby spostrzegającej, że określone cechy ludzi i zjawisk często systematycznie ze sobą współwystępują umożliwia wychodzenie „poza dostarczone informacje” w spostrzeganiu osób. System tego typu związków pomiędzy różnymi cechami nazywany jest ukrytą teorią osobowości. Z ukrytymi teoriami osobowości bardzo silnie wiążą się zagadnienia integrowania dopływających i już pamiętanych informacji w jedną całość.

Bush i Mosteller [1960] nazwali organizację informacji w umyśle człowieka „statystyką doświadczeń” zakładając, że najczęściej powtarzające się informacje mają inną wartość regulacyjną niż informacje powtarzające się rzadziej. Regulacja statystyczna stanowi u człowieka prawdopodobnie mechanizm reorganizacji napływających informacji i dostarcza wzorców reagowania na bodźce.

Językoznawcy zwracają uwagę, że analogicznie w percepcji mowy pełnię jej zrozumienia zapewnia człowiekowi tzw. czynnik domyślania się. Wiąże się to z tym, że ludzie z danego kręgu kulturowego dysponują podobnym zestawem skojarzeń. Dzięki temu występuje u nich zjawisko wyprzedzającego rozumienia mowy, co mimo znacznej utraty informacji w trakcie ich przekazywania, na skutek np. fluktuacji uwagi (zmienności, niejednakowego skupiania w każdej chwili), istnienia nastawień, utrudnionych warunków spostrzegania itp., umożliwia prawidłową percepcję mowy. W pewnych przypadkach mechanizm ten może powodować zaburzenia np. w postaci iluzji, kiedy domyślna część zdania może wynikać z silnego oczekiwania takiego właśnie zakończenia, lub omamów, kiedy silne nastawienie lękowe powoduje domyślanie się, że np. ktoś wypowiada oskarżające pacjenta słowa.

KONCEPCJE SEMANTYCZNE

Podstawową funkcją sieci poznawczej umysłu jest funkcja symboliczna, polegająca na koordynowaniu informacji i metainformacji z rezultatami działania celowego człowieka. Funkcja ta obejmuje zatem tworzenie reprezentacji otoczenia o różnym stopniu abstrakcji i złożoności, rejestrowanie i analizowanie rezultatów operacji cząstkowych, które prowadzą do rozwiązań końcowych w kontekście przewidywanych wyników. Funkcją sieci jest też redukcowanie struktur poznawczych i poszukiwanie równoważności między różnymi domenami posiadanej wiedzy, bieżące koordynowanie i doprowadzenie w razie potrzeby do zmiany celów tej aktywności. Przy spełnianiu tych funkcji uwzględniane są różne perspektywy czasowe, alternatywne konsekwencje, hierarchia potrzeb, posiadane doświadczenie, stany emocjonalne, warunki otoczenia itp.

Mózg człowieka interpolując symbole na obszary, gdzie bezpośrednio doświadczenie wykazuje luki i niejasności, pozwala mu two-

żyć, opóźnić i modyfikować reakcje, a za pomocą „znaków werbalnych” do własnych doświadczeń włączać doświadczenia innych ludzi. Langer [1976] utożsamia znaki z odruchem warunkowym. Okoliczność towarzysząca powstawaniu odruchu staje się znakiem warunkowym, któremu dana reakcja w rzeczywistości odpowiada. Tutaj bierze swój początek życie umysłowe, ponieważ tu właśnie rodzi się błąd, a zatem i prawda.

Hoffman i wsp. [1994] przedstawili bardzo szczegółowe badanie semantycznej zawartości omamów słuchowych czterech pacjentek. Punktem wyjścia dla tego badania było pytanie – dlaczego omamowe głosy są przypisywane jakiemś zewnętrznemu źródłu. Okazało się, że te treści były za każdym razem specyficzne dla poszczególnych pacjentek i dosyć ograniczone pod względem semantycznym. Porównano związki semantyczne w wypowiedziach omamowych i w rzeczywistej rozmowie. Wyliczono, że w przypadku wypowiedzi omamowych było ich 204, a w przypadku realnej rozmowy 205, co pozwala wnioskować, że wypowiedzi omamowe pod względem liczby związków semantycznych nie różnią się od normalnej mowy. Prawdopodobnie powoduje to, że chorzy traktują omamowe głosy jak normalną wypowiedź, a to z kolei prowadzi do przypisywania im jakims osobom poza nimi.

Z badań Paulsen i wsp. [1996] wynika, że zaburzenie funkcjonowania sieci semantycznej jest mniejsze u osób, które zachorowały później i u chorych na paranoidalny podtyp schizofrenii. Można przypuszczać, że powtarzające się treści omamów w kolejnych epizodach schizofrenii wynikają z powtarzającego się uczynnienia tych samych elementów sieci semantycznej przez czynnik powodujący powtarzanie się epizodów choroby. Leudar i wsp. [1996] stwierdzili, że wszyscy pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii niezależnie od obecności u nich objawów negatywnych i omamów słuchowych wykazywali deficyt w wewnętrznym monitorowaniu planów fonetycznych. Deficyt ten nie wiązał się z zaburzeniami pamięci roboczej, uwagi, ani

czasu reakcji wyboru i wydaje się, że jest on specyficzny dla chorych na schizofrenię.

Hoffman [1986] próbował powiązać omamy słowne z rozerwaniem procesu planowania. Twierdził, że omamy słowne są wytwarzane w procesie dwuetapowym. Pierwszym, koniecznym warunkiem tego procesu jest pojawienie się częściowych planów, czy bardziej precyzyjnego, gruntownego planu nie związanego z czynnikami bieżących zamierzeń. Hoffman odnosi się do planów jak do obrazów głosowych. Omamy słowne wg niego są tworzone w szczególnie trudnych sytuacjach planowania. Drugi konieczny warunek jest taki, że słowne obrazy są interpretowane celowo i jeśli mają związek z zewnętrznym działaniem to mogą być doświadczone jako „głosy”.

ROLA PAMIĘCI

Fakt, że pamięć wyobrażeń może być bardzo żywa i szczegółowa, prowadzi czasem do powstania błędnego przekonania, że zdarzenia, które sobie wyobrażaliśmy, wydarzyły się w rzeczywistości. Bocker i wsp. [2000] starali się sprawdzić hipotezę, że omamy wynikają z pomieszania źródeł bodźców, czyli z trudności rozpoznania czy bodziec pochodzi ze źródła zewnętrznego, czy z wyobraźni. Po zastosowaniu testów badających percepcję i żywość wyobraźni okazało się, że u pacjentów przeżywających omamy istnieje związek pomiędzy ich intensywnością, a trudnościami w odróżnianiu źródeł spostrzeganych bodźców. Osoba przeżywająca omamy przypisuje błędnie swoje własne myśli źródłom zewnętrznym. Myśli pochodzące z jakiegoś źródła są uzewnętrzniane i interpretowane jako pochodzące z innego źródła, nie są one zatem odpowiedzią na bodźce zewnętrzne, lecz są powodowane brakiem celowości działania.

Nie ulega wątpliwości, że omamy jakkolwiek są objawami wynikającymi z zaburzeń percepcji, to w szczególności sposób dotyczący też myślenia [Meehl 1989]. Są teorie uważające omamy za wynik zaburzenia wydoby-

wania informacji z pamięci. Inne mówią o zatarciu granic między rzeczywistością a wyobraźnią, o projekcji wyobrażeń w przestrzeń zewnętrzną.

Forgus i De Wolfe [1974] stwierdzili w swoich badaniach zgodność między treścią omamów i urojeń a selektywnością percepcji u pacjentów chorych na schizofrenię. Podkreślają oni, że treściowa zawartość objawów psychopatologicznych powoduje powstanie szczególnych kategorii poznawczych, których chorzy używają do stworzenia własnej koncepcji świata.

Morrison i wsp. [1995] sugerują, że omamy słuchowe są związane z natrętnymi, narzuconymi myślami, których treść nie jest przez osobę doznającą je akceptowana. Twierdzą oni, że przypisanie takich myśli źródłom zewnętrznym jest podtrzymywane przez to, że takie podejście, choć nieświadome, redukuje dysonans poznawczy, który pojawia się jako nie dająca się pogodzić niezgodność tych myśli z przekonaniem żywionym przez te osoby.

Część doświadczenia człowieka stanowi wiedza nabyta od innych ludzi dzięki procesom komunikacji. Inna część to wiedza w sensie właściwym, czyli uogólniona informacja o świecie zdobyta przez naukę. Całość doświadczenia można uporządkować w szeregu informacji wedle poziomu entropii. Na jednym końcu tego szeregu będzie informacja, której prawdziwość jest całkowicie pewna. Należy tu część wiedzy naukowej oraz część doświadczenia osobniczego, a także większość „świadectwa zmysłów”. Na drugim końcu jest informacja niepewna, czyli domysły, hipotezy, mity i przesady, które są przekonaniem. Są to elementy doświadczenia będące już własnym wytworem człowieka (lub innych ludzi), powstałe pod presją tych sił motywacyjnych, które określa się jako motywację poznawczą. W każdym razie, w doświadczeniu ludzkim odróżnia się wiedzę od przekonań, choć subiektywna wiara w prawdziwość obu rodzajów informacji zależy od wykształcenia i może odbiegać od rzeczywistości. Jak wiadomo z badań

Festingera i innych, sfera niepewności jest tą, w której doświadczenie kształtuje się pod wpływem sił motywacyjnych.

MONITOROWANIE RZECZYWISTOŚCI

Monitorowanie rzeczywistości jest terminem, który opisuje proces rozróżniania między zewnętrznymi a wewnętrznymi źródłami informacji. Johnson i wsp. [1993] twierdzą, że na sądy o źródle informacji wpływają takie czynniki jak: poziom ogólnej wiedzy, plastyczność czy sztywność przekonań, rodzaj i przewidywane skutki błędu, kontekst społeczny i motyw osoby, która opisuje to, co pamięta. Prawdopodobnie pamięć informacji pochodzących ze źródeł zewnętrznych jest bardziej percepcyjna, przestrzenna i czasowa. Pamięć generowana ze źródeł wewnętrznych zawiera natomiast więcej informacji o procesach poznawczych, które były zaangażowane w kreowanie tej pamięci. Stwierdzono, że na przekonanie o źródle pamięci wpływają też zachowane informacje dotyczące innych zdarzeń. To, co zapamiętujemy na podstawie informacji pochodzących ze źródeł zewnętrznych często określamy słowem „pamiętam”, a to co pochodzi ze źródeł wewnętrznych słowem „wiem”. W przeżyciach omamowych zacierą się różnica pomiędzy przestrzenią zewnętrzną i wewnętrzną. Ulega zmianie nie tylko sam materiał zmysłowo spostrzegany, ale zmieniają się wszystkie elementy procesu spostrzegania. Swoiste zmiany psychiki osób chorych na schizofrenię powodują zmniejszenie regulującego wpływu otaczającej rzeczywistości na ich wyobrażenia, uczucia i zachowanie. Zmiany te polegają na upośledzeniu bezpośredniości w odczuwaniu spostrzeżeń i bodźców z otoczenia, na osłabieniu dynamiki i afektu. Za taką koncepcją przemawiają wyniki badań Blakemore i wsp. [2000]. Porównano grupy chorych na schizofrenię, chorobę afektywną i osoby zdrowe pod względem różnicowania percepcji bodźców dotykowych dostarczanych przez eksperymentatora z bodźcami pochodzącymi od nich samych.

Autorzy wykazali, że chorych na schizofrenię, aktualnie przeżywających omamy cechowały słabsze umiejętności różnicowania źródła bodźców w porównaniu z pozostałymi. Autorzy sugerują, że przyczyna tego zjawiska leży w zaburzeniu mechanizmu tzw. *self-monitoring*, czyli tej funkcji, która pozwala nam na odróżnianie zjawisk pochodzących od wewnątrz, czy z zewnątrz. Dodatkowo u tych chorych może mieć znaczenie poczucie zewnętrznego oddziaływania, czy sterowania.

Jeżeli chory relacjonuje przeżycia omamowe, to z definicji jest przekonany o ich prawdziwości, zatem wypowiedane przez niego sądy mają charakter przekonań. Z psychologicznego punktu widzenia tworzenie się przekonań próbuje się wyjaśnić interakcją układów emocjonalnego i poznawczego. Crow [1998] uważa, że objawy pierwszorzędowej schizofrenii wynikają z dysfunkcji tego współdziałania, z czym wiąże się niemożność rozkodowania źródła doznań psychopatologicznych. Jeżeli pacjent traci zdolność rozdzielenia tego, co pochodzi od niego, a co ze świata zewnętrznego – to jego tożsamość może ulec dezintegracji. Już Minkowski za podstawę omamów uważał zmianę postawy chorego wobec postrzeganej rzeczywistości. Chory przeżywa równocześnie dwa światy: świat realny i świat omamów, które wzajemnie się przenikają.

AKTYWNOŚĆ SUBWOKALNA

Nieco innego aspektu funkcjonowania umysłu dotyczą wyniki badań Pishkina i Williamsa [1983], opartych na hipotezie, że u chorych na schizofrenię uszkodzone są tzw. procesy pośredniczące w wydobywaniu informacji z pamięci trwałej, co powoduje skłonność do perseweracji i trudności wyboru odpowiedniej strategii przypominania. Aby uzasadnić to przypuszczenie wykonali badania aktywności wokalnej i subwokalnej, podczas wykonywania zadań kategoryzacji wzorów geometrycznych przez grupę chorych na schizofrenię i grupę kontrolną.

Aktywność wokalna polega na głośnym wypowiedaniu skierowanych do siebie poleceń w trakcie wykonywania zadania, lub „dyktowaniu” sobie kolejności działań, natomiast aktywność subwokalna ogranicza się do bezgłośnego wypowiadania podobnych treści, co można zbadać przyrządem mierzącym ruchy mięśni głośni i krtani. Wykazano, że aktywność ta wzrastała proporcjonalnie do stopnia trudności zadań, przy czym wzrost był większy w grupie chorych. Zachowanie wokalne i subwokalne w czasie rozwiązywania problemów jest mechanizmem prymitywnym, często obserwowanym u dzieci. Pozwala to przypuszczać, że wzrost aktywności subwokalnej u chorych jest próbą użycia tych bardziej prymitywnych mechanizmów pośredniczących. Nie można wykluczyć, że zachodzi tutaj zjawisko próby użycia dodatkowych bodźców słuchowych w celu wzmocnienia mechanizmu wydobywania informacji z pamięci długoterminowej.

Inny pogląd na zjawisko aktywności subwokalnej lub wokalnej znajduje się w koncepcji Baddeleya i Hitcha [1977]. W myśl poglądów tych autorów, pamięć robocza, której najbliższym odpowiednikiem w innych teoriach jest pamięć krótkoterminowa, składa się z tzw. centralnego wykonawcy i pętli artykulacyjnej. Pierwsza z tych struktur odpowiada za bieżące wykonywanie operacji pamięciowych, druga zaś za chwilowe przechowywanie informacji w pamięci roboczej dzięki ich nieustannemu powtarzaniu. To powtarzanie, zapobiegające zapomnianiu ma charakter bezgłośnej artykulacji, czyli mówienia do siebie, skąd pochodzi nazwa pętli artykulacyjnej. Stephane i wsp. [2001] po przeanalizowaniu badań dotyczących związku pomiędzy słownymi omamami słuchowymi a aktywnością subwokalną konkludują, że nie stwierdzono uszkodzeń strukturalnych w polach słuchowych pacjentów z omamami. Znalaziono jednak dowody na elektrofizjologiczne odchylenia od normy w korze odpowiadającej za percepcję mowy. Dane uzyskane za pomocą funkcjonalnego obrazowania mózgu nie są jednoznaczne, ale wskazują na

lewy górny zakręt skroniowy jako jeden z substratów dla powstawania omamów. Pole Wernickego odpowiada za percepcję mowy, a pole Broki za jej ekspresję, w związku z czym to pierwsze odpowiada za powstawanie omamów, drugie za ewentualnie pojawiającą się mowę subwokalną. Mimo rozwoju badań mózgu przy użyciu skomplikowanych technik nadal nie ma jednolitej teorii wyjaśniającej czy i w jakim stopniu omamy wiążą się z zaburzeniem połączenia „wewnętrznej mowy” z „wewnętrznym uchem”, a na ile z uszkodzeniem „pętli fonologicznej”.

PODEJŚCIE PSYCHOANALITYCZNE

W teorii psychoanalitycznej omamy nie są nigdy wczesnym objawem psychozy, a pojawiają się jedynie wtedy, gdy dochodzi do znacznego zaburzenia „ego”. Są one wyrazem przekształcenia treści podświadomych i nieświadomych w świadome, w szczególnej sytuacji psychologicznej. Ten materiał przybiera formę wyobrażeń zmysłowych, które ulegają projekcji i wtórnice są przyjmowane jako pochodzące z przestrzeni zewnętrznej. Treść omamów odzwierciedla ich psychodynamiczne znaczenie. Jeśli chory przeżywa poczucie winy, to wyraża się w ono omamach słuchowych krytykujących. Obawy przed zachowaniami agresywnymi, czy popełnieniem morderstwa mogą być symbolizowane jako omamowo „widziane” straszne zwierzęta lub potwory.

Jednym ze sposobów wywoływania omamów jest hipnoza. Wiele osób w transie hipnotycznym może przeżywać albo zasugerowane, albo powstałe samoistnie słyszenie dźwięków i głosów, widzieć ludzi czy miejsca, czuć różne smaki i zapachy. Bliss i wsp. [1983] uważają, że związek między hipnozą a schizofrenią nadal nie jest dostatecznie poznany. Po przebadaniu 45 pacjentów stwierdzili, że rozpoznanie schizofrenii, psychozy schizofrennej i stanów granicznych jest przez psychiatrów ustalane za często. Część tych przypadków stanowią zaburzenia hipnotyczne

u osób z osobowością mnogą (*self hypnotic disorders with multiple personalities*), kiedy to objawy psychopatologiczne mogą być generowane przez spontaniczną autohipnozę.

WPLYWY KULTUROWE

W literaturze znajdują się dane wskazujące na to, że czynniki kulturowe wywierają wpływ na pewne aspekty psychopatologii głównie przez to, że określają standardy normalności i nienormalności. Konieczność przestrzegania pewnych obowiązujących reguł społecznych może być przyczyną stresów przekraczających indywidualne progi tolerancji. Schwartz i wsp. [1985] w badaniach transkulturowych przy użyciu PSE nie znaleźli żadnych zależności między treścią objawów psychopatologicznych występujących w schizofrenii, a kulturą. Wpływy kulturowe są bardziej istotne dla tworzenia się pewnych konfiguracji osobowości, które nie mogą sprostać wymaganiom otoczenia [Marsella i Kameoka 1989].

Człowiek ujmując poznawczo rzeczywistość (otoczenie, ludzi, siebie) nie tylko w aspekcie statycznym, ale również w aspekcie dynamicznym, w ciągłej zmienności, która stale ma miejsce tak w świecie fizycznym, jak i ożywionym, a zwłaszcza w świecie społecznym. Omamy często pojawiają się w związku z zewnętrznymi sytuacjami, jak np. w czasie posiłku albo w obecności ludzi, lub też w samotności, co wskazuje, że pozostają one w pewnym związku z sytuacją kontekstową.

Garety i wsp. [2001] przytaczają liczne dowody przemawiające za rolą czynników społeczno-poznawczych w powstawaniu omamów i urojeń. Należą do nich: urodzenie się w mieście, odrzucenie w dzieciństwie, utrata rodziców w dzieciństwie, urazy psychiczne, upokorzenia, przynależność do grupy etnicznej niżej stojącej na drabinie społecznej. Czynniki te mogą doprowadzać do ukształtowania się niskiej samooceny i depresyjnych schematów spostrzegania społecznego, a to z kolei do pojawienia się objawów psychozy.

ROLA METAFORY

Spitzer [1988] sugeruje, że pewne wypowiedzi chorych psychicznie, które zazwyczaj są diagnozowane jako urojenia lub omamy, są metaforami użytymi przez pacjenta do opisanego jego „nieopisywalnych” przeżyć. Można założyć, że wypowiedzi chorych dotyczące słyszenia przez nich głosów jest wyrażeniem metaforycznym, szczególnie jeśli rozpatruje się taką cechę omamów słuchowych, jak często podkreślana przez pacjentów ich wszechwiedza i wszechmoc. O metaforyczności czy niemetaforyczności wyrażenia decyduje nie spójność dosłownego, zgodnego z kodem rozumienia znaczenia słów. Metaforę można też określić jako wyrażenie, w którym wyrazy, użyte niezgodnie z ich słownikowym znaczeniem, uzyskują nowe znaczenie. Powstaje ono w efekcie ukształtowania się nowego kontekstu słownego, na fundamencie znaczeń dotychczasowych. Najogólniej można powiedzieć, że metafora to zespół wyrazów, w którym cechy znaczeniowe jednych wyrazów zostają przeniesione na drugie, na zasadzie zauważonego podobieństwa między nimi, niekiedy nawet odległego. W ten sposób tworzy się nowa swoista całość semantyczno-obrazowa, która jest podstawą komunikowania się nie wprost [Dobrzyńska 1988].

Rozważana jest także możliwość, że omamy mają charakter wyobrażenia. Subiektywny zapis doświadczenia zmysłowego, „wyobrażenie zmysłowe” nie jest bezpośrednią odbitką rzeczywistego doświadczenia, lecz „rzutowany” jest w trakcie procesu kopiowania w nowy wymiar, bardziej lub mniej stabilną formę, którą nazywamy „obrazem”. Tych obrazów, kiedy już powstaną, nie determinuje w sposób trwały i stały model zjawiska naturalnego na podstawie którego powstały, stają się bowiem od niego niezależne. Potrafimy je na ogół przywołać, mają one zdolność „znaczenia” rzeczy. Są bowiem wyobrażeniami rzeczy, symbolami, poprzez które je pojmujemy, pamiętamy, rozważamy, nie stykając się z nimi w danej chwili. Wyobrażenia są najłatwiejszymi narzędziami

abstrahowania pojęć z burzliwego strumienia wrażeń. Rozwijają się one od pojedynczego, statycznego wyobrażenia do scen. Większe, bardziej złożone elementy, które symbolizują zdarzenia mogą zawierać coś więcej niż jedynie składniki wizualne, kinestetyczne lub słuchowe. Langer [1976] nazywa je „fantazjami”, które wywodzą się ze szczególnego doświadczenia, sięgają wydarzeń, których było się świadkiem. Jednak pierwotne wyobrażenie szybko się wyabstrahuje i użyte symbolicznie przedstawia wszelkie odmiany faktycznego wydarzenia.

Każde wydarzenie lub zjawisko, jakie obserwujemy, jeśli ma się utrwalić w pamięci, musi zapisać się jako fantazja, wyobrażenie, za pomocą którego można je ponownie wywołać w wyobraźni, albo rozpoznać, kiedy pojawi się powtórnie. Wszystko, co dzieje się za drugim razem, przypomina albo nie przypomina tego, co zdarzyło się pierwszy raz. Fantazja, czyli wyobrażenie pojęciowe, powstaje stopniowo z wielu wrażeń, lecz jej zrąb zostaje wyabstrahowany przy pierwszym kontakcie. Sprawia to, że późniejsze przykłady są już „znane”.

Są badania wskazujące, że wzory myślenia spotykane u pacjentów z omamami wzrokowymi są podobne do pewnych fragmentów myślenia używanego w procesach decyzyjnych [Nayani i David 1996]. Silne nastawienie emocjonalne zniekształca przebieg opisanych wyżej procesów. Te nastawienia mogą się wiązać zarówno z życzeniowym oczekiwaniem jak też z obawą, która też jest formą oczekiwania, ale zabarwioną negatywnie. Może się to odbywać przez subiektywne zawyżanie prawdopodobieństwa pojawienia się przedmiotu oczekiwanego. Gdyby w danej sytuacji nie miało miejsca obciążenie emocjonalne, to na podstawie posiadanego doświadczenia możliwe by było dokonanie korekty i taka interpretacja zjawiska nie miałyby miejsca. Zdarza się, że za wskaźniki obecności przedmiotu oczekiwanego są przyjmowane niewystarczające dane sensoryczne. Bez obciążenia emocjonalnego nie zostałyby one zinterpretowane w taki sposób.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, najczęściej uwagi psychologów w poszukiwaniu etiologii omamów przyciągają zaburzenia poznawcze, szczególnie dotyczące myślenia jako procesu przetwarzania informacji. Dotychczas nie wyjaśniono, które etapy tego procesu ulegają większym zaburzeniom. Jedni badacze przywiązują większą wagę do zaburzeń w początkowych etapach, szczególnie podkreślają rolę uwagi, której zaburzenie powoduje nieprawidłową selekcję bodźców niosących informacje i zaburzenie ich różnicowania. Inni większą rolę przypisują zakłóceniu procesów planowania, zaburzeniu semantycznym, które wiążą się z wydobywaniem informacji z magazynu pamięci, spostrzeganiu kontekstu, zacieraaniu się różnicy pomiędzy przestrzenią wewnętrzną i zewnętrzną. Rozważana jest też koncepcja, że wypowiedzi omamowe są pewną metaforą na opisanie przez pacjenta przeżyć, które są dla niego niezrozumiałe. Powszechnie uważa się, że u chorych na schizofrenię istnieje w pamięci aktywność interferująca, która powoduje funkcjonalne zaburzenie spostrzegania kontekstu. Evans i wsp. [2000] sugerują, że omamy słuchowe występują w przypadku zaburzonego mechanizmu przetwarzania informacji zarówno w jego fazach początkowych, czyli tych, które zależne są od skupienia uwagi na dopływających z zewnątrz i z wewnątrz organizmu bodźców, jak i w fazach końcowych, kiedy tworzą się struktury metalingwistyczne, w czym bierze udział proces atrybucji. Wg Cameron [2002] pamięć robocza u pacjentów z objawami pozytywnymi pozostaje niezaburzona, inaczej niż to się dzieje u pacjentów z przewagą objawów negatywnych.

Przedstawione koncepcje nie są zatem ze sobą sprzeczne, szczególnie, kiedy ma się na myśli omamy głosowe, najczęstsze w schizofrenii. Nie są też sprzeczne z innymi koncepcjami, omawianymi w I części tej pracy [Grzywa i wsp. 1997].

PIŚMIENICTWO

1. Arieti S. Interpretation of schizophrenia. London: Crosby Lockwood Staples; 1974.
2. Baddeley AD, Hitch G. Recency re-examined. W: Dornic S, red. Attention and performance. New York: Academic Press; 1977.
3. Bentall RP, Baker GA, Havers S. Reality monitoring and psychotic hallucinations. *Br J Clin Psychol* 1991; 3: 213–22.
4. Blakemore SJ, Smith J, Steel R, Johnstone CE, Frith CD. The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychol Med* 2000; 30 (5): 1131–9.
5. Bliss EL, Larson EM, Nakashima SR. Auditory hallucinations and schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171 (1): 30–3.
6. Bocker KB, Hijman R, Kahn RS, De Haan EH. Perception, mental imagery and reality discrimination in hallucinating, and non-hallucinating schizophrenic patients. *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 397–406.
7. Bush RR, Mosteller F. Stochastic models for learning. New York: J. Wiley; 1960.
8. Cameron A, Oram J, Geffen GM, Kavanagh DJ, McGrath JJ, Geffen LB. Working memory correlates of three symptom clusters in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2002; 110: 49–61.
9. Crow TJ. Nuclear schizophrenic symptoms as a window on the relationship between thought and speech. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 303–9.
10. Dobrzyńska T. Uwarunkowania kulturowe metafory. W: Bartmiński J, red. Konotacja. Lublin; 1988: 155–68.
11. Evans CL, McGuire PK, David AS. Is auditory imagery defective in patients with auditory hallucinations. *Psychol Med* 2000; 30: 137–48.
12. Forgas RH, De Wolfe AS. Coding and cognitive input in delusional patients. *J Abnorm Psychol* 1974; 83 (3): 278–84.
13. Freedman BJ. The subjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 333–40.
14. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001; 31: 189–95.
15. Goodwin DW, Alderson P, Rosenthal R. Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24: 77–80.
16. Grzywa A, Karakuła H, Kucharska-Pietura K. Poszukiwania genezy halucynacji. I. Badania neuroanatomiczne, biochemiczne i psychofizjologiczne. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 365–79.
17. Hendrickson J, Adityanjee. Lilliputian hallucinations in schizophrenia: case report and review of literature. *Psychopathology* 1996; 29 (1): 35–8.
18. Hoffman RE. Verbal hallucinations and language production process in schizophrenia. *Behav Brain Sci* 1986; 9: 503–48.
19. Hoffman RE, Oates E, Hafner J, Hustig HH, McGlashan TH. Semantic organization of hallucinated “voices” in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (8): 1229–30.
20. Hoffman RE. New methods for studying hallucinated “voices” in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; supl 395: 89–94.
21. Honig A, Romme MAJ, Ensink BJ, Escher SDM, Pennings MHA, Devries MW. Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186 (10): 646–51.
22. Howard R, Almeida O, Levy R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med* 1994; 24: 397–410.
23. Ingram RJ. Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychol Bull* 1990; 107 (2): 156–76.
24. Jenner JA, Van de Willige G. HIT, hallucination focused integrative treatment as early intervention in psychotic adolescents with auditory hallucinations: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 148–52.
25. Johns LC, Hemsley D, Kuipers E. A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non-psychiatric group. *Br J Clin Psychol* 2002; 41: 81–6.
26. Kent G, Wahass S. The content and characteristics of auditory hallucinations in Saudi Arabia and the UK: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 433–7.
27. Kot T, Serper M. Increased susceptibility to auditory conditioning in hating schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 282–8.
28. Langer SK. Nowy sens filozofii. Warszawa: PIW; 1976.
29. Leudar I. What do voices do with words: Pragmatics of verbal hallucinations. Abstracts of Xth World Congress of Psychiatry. Madrid: Excerpta Medica; 1996.

30. Linton PH, Kuechenmeister CA, Kuechenmeister SB. Personality type and psychiatric symptom formation. *Research Communications in Psychology, Psychiatry Behav* 1986; 11 (1): 37–49.
31. Marsella AJ, Kameoka VA. Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology. W: Wexler S, red. *Measuring mental illness*. Washington DC: 1989.
32. Meehl PE. Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 52: 275–88.
33. Miller LJ. Qualitative changes in hallucinations. *Am J Psychiatry* 1996; 152 (2): 265–7.
34. Miller LJ, O'Connor E, DiPasquale T. Patients' attitudes toward hallucinations. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 584–8.
35. Morrison AP, Haddock G. Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychol Med* 1997; 27: 669–79.
36. Morrison AP, Haddock G. Self-focused attention in schizophrenic patients with and without auditory hallucinations and normal subjects: A comparative study. *Person Individ Diff* 1997; 23 (6): 937–41.
37. Morrison AP, Haddock G, Tarrier N. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behav Cogn Psychother* 1995; 23: 265–80.
38. Morrison AP. A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behav Cogn Psychother* 1998; 26: 289–302.
39. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 67–78.
40. Nayani TH, David AS. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med* 1996; 26: 177–89.
41. Noyes AP, Kolb LC. *Nowoczesna psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1969.
42. Oulis PG, Mavreas VG, Mamounas JM, Stefanis CN. Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 97–102.
43. Paulsen JS, Romero R, Chan A, Davis AV, Heaton RK, Jeste DV. Impairment of the semantic network in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1996; 63: 109–21.
44. Pishkin V, Williams WV. Cognitive deficit in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171 (1): 24–9.
45. Reggia JA, Montgomery D. A computational model of visual hallucinations in migraine. *Comput Biol Med* 1996; 26 (2): 133–41.
46. Roth M, Kerr A, Howorth P. Commentaries on “audible thoughts” and “speech defect” in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 536–9.
47. Schwartz BD, Winstead DK, Adinoff B. Temporal integration deficit in visual information processing by chronic schizophrenics. *Biol Psychiatry* 1983; 11: 1311–20.
48. Slade PD, Bentall RP. *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1988.
49. Spitzer M. *Ichstorungen: In search of a theory*. W: Spitzer M, Uehlein FA, Oepen G, red. *Psychopathology and Philosophy*. Berlin: Springer-Verlag; 1988: 167–83.
50. Stephane M, Barton S, Boutros NN. Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. *Schizophr Res* 2001; 50: 61–78.
51. Wandzel L, Falicki Z. Omamy wzrokowe w schizofrenii – na podstawie analizy przypadków klinicznych. *Psychiatr Pol* 1989; 1: 31–5.
52. Weiss KM, Chapman HA, Strauss ME, Gilmore GC. Visual information decoding deficits in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1992; 44: 203–16.
53. Wells A. Metacognition and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behav Res Cogn Psychother* 1995; 23: 301–20.
54. West LJ. A clinical and theoretical overview of hallucinatory phenomena. W: Siegel RK, West LJ, red. *Behavior, experience and theory*. New York: John Wiley & Sons; 1975.
55. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *The measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and Catego Program*. London: Cambridge University Press; 1974.