

Zaburzenia poczucia siebie w schizofrenii w ujęciu Christiana Scharfettera

Self-awareness disorders in schizophrenia in Christian Scharfetter's concept

AGNIESZKA HOCHLEWICZ, JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Przedstawiono koncepcję Ch. Scharfettera postulującą pięć wymiarów świadomości „ja” (poczucia siebie) oraz ich zaburzeń w schizofrenii. Przedstawiono też polskie tłumaczenie kwestionariusza *Ego-Psychopathology Questionnaire* (Psychopatologia „ja”) przeznaczonego do badania tych zaburzeń wraz z omówieniem przeprowadzonych przy jego pomocy badań.

SUMMARY. A concept by Ch. Scharfetter proposing five dimensions of self-awareness and their disorders in schizophrenia is outlined. Moreover, a Polish adaptation of the *Ego-Psychopathology Questionnaire* designed for the assessment of such disorders is presented and relevant studies using this questionnaire are discussed.

Słowa kluczowe: psychopatologia „ja” / schizofrenia / kwestionariusz EPP

Key words: ego-psychopathology / schizophrenia / EPP Questionnaire

Celem tego opracowania jest przybliżenie poglądów współcześnie żyjącego szwajcarskiego psychiatry Christiana Scharfettera, w którego kręgu zainteresowań znalazła się szeroko pojęta psychopatologia [Scharfetter 1976], a w szczególności „psychopatologia „ja” (niem.: *Ich-Psychopathologie*, ang.: *ego-psychopathology*). Tej tematyce poświęcił wiele wysiłku badawczego. Wyprowadził zwartą teorię funkcjonowania świadomości siebie, jej zaburzeń w schizofrenii oraz opracował praktyczną metodę badania takich zaburzeń – kwestionariusz EPP (*Psychopatologia „ja”*). To opracowanie jest z konieczności dość wąską tematycznie próbą zaznajomienia czytelników z dorobkiem tego zbyt mało znanego w naszym kraju autora.

Przedtem należy jednak zwrócić uwagę na pewne szczegóły terminologiczne, istotne dla przyswojenia tej tematyki językowi polskiemu. Terminologia dotycząca omawianych tu zagadnień powstała pierwotnie w ob-

rębie języka niemieckiego, jej tłumaczenie na język angielski odbyło się nie bez trudności ze względu na brak analogicznych pojęć angielskich i wpływ popularnej w tym języku terminologii psychoanalitycznej. Przykładem może być użycie w angielskich tłumaczeniach tekstów Scharfettera terminu *ego* jako odpowiednika niemieckiego zaimka *Ich* (ja). Jednak angielskie *ego* nie jest tylko prostym zaimkiem (jak: *I*), lecz niesie z sobą znaczenia koncepcji psychoanalitycznych [por. Rycroft 1968], w których *ego* jest metapsychologicznym konstruktym strukturalnym opisującym jedną z części aparatu psychicznego osoby. *Ich* w koncepcjach Scharfettera, a wcześniej Jaspersa [1973] i wielu innych psychopatologów, nie ogranicza się do takich skojarzeń, lecz akcentuje fenomenologiczny, zwrotny, subiektywny aspekt pojęcia, podkreślony w złożeniu *Ich-Bewusstsein* (świadomość „ja”, własnego „ja” czy raczej: „siebie”) i odpowiadający raczej angielskiemu

self (siebie). Sam Scharfetter [1995b] traktuje wyrażenia świadomość siebie (*self-awareness*) i świadomość „ja” (*ego-consciousness*) jako synonimy, wskazując też na wzajemną zastępowalność zaimków ja/sobie/mnie (*I/self/me*). By uniknąć tu możliwych nieporozumień poniżej zestawiono polskie odpowiedniki tych niemieckich i angielskich słów, których jednoznaczne użycie pozostaje, mimo wszystko, trudne, ponieważ w języku polskim

zarówno terminologia niemieckiej fenomenologii psychiatrycznej, jak i angielskiej psychoanalizy brzmi często dość sztucznie. Pewną pomocą jest tu „zobiektywizowana” użyciem cudzysłowu pisownia zaimka „ja” lub użycie dość staromodnego, lecz w tym kontekście bardzo odpowiedniego rzeczownika jaźń – wskazującego na podmiot przeżyć psychicznych i oznaczającego jego poczucie przeżywania siebie (por. Bilikiewicz 1969, s. 35)

niemiecki	angielski	polski
<i>ich</i> , w złożeniach: <i>Ich-</i>	<i>ego</i>	ja
<i>selbst</i> , w złożeniach: <i>Selbst-</i>	<i>self, self-</i>	siebie
<i>Ich-Bewusstsein</i>	<i>ego-consciousness</i> <i>self-awareness</i>	świadomość, poczucie „ja” (siebie), własnego „ja”, jaźń
<i>Selbst-erleben</i>	<i>self-experience</i>	doświadczenie, przeżywanie „ja” (siebie), własnego „ja”
<i>Ich-Pathologie</i> , <i>Ich-Psychopathologie</i>	<i>ego pathology</i> , <i>ego psychopathology</i>	patologia (psychopatologia) „ja”, siebie, poczucia siebie, jaźni
<i>Ich-Störungen</i>	<i>ego disorders</i>	zaburzenia „ja”, poczucia siebie, jaźni

DOŚWIADCZANIE SIEBIE, ŚWIADOMOŚĆ „JA”, ZABURZENIA „JA”

Zdaniem Scharfettera indywidualna pewność osoby dotycząca poczucia „ja” („to jestem ja”, „siebie samego”, świadomości siebie lub świadomości „ja”) jest w zachodniej kulturze doświadczeniem jak najbardziej naturalnym i oczywistym. „Świadomość siebie oznacza pojmowanie siebie jako uporządkowanego w sposób ciągły i spójnego, żyjącego podmiotu o ustalonej, lecz plastycznej tożsamości, odgranicyzowanego od innych (nie-siebie) i zdolnego do scalania własnych myśli, uczuć, spostrzeżeń i działań oraz do panowania nad nimi” [1995b, s. 3].

Ten podmiot można rozumieć zarówno jako (1) samo świadome siebie „ja”, jak i jako (2) „ja” stanowiące rodzaj przedmiotu, ujawnianego dzięki autorefleksji i co najmniej czę-

ciowo dostępnego także obserwacji czy badaniu podejmowanemu przez innych (tj. przez „nie-ja”). To drugie rozumienie („ja” empiryczne lub „doświadczone”) jest właściwym przedmiotem zainteresowania psychiatry. To pierwsze („ja” transcendentne) jest nim tylko pośrednio, jako nieodłączny, lecz i niedostępny badaniu a konieczny warunek tamtego.

Rozwijając teorię świadomości „ja”, Scharfetter [1995b] odnalazł wiele poprzedzających koncepcji w pracach dziewiętnastowiecznych i współczesnych filozofów i psychiatrów europejskich. Analizował też obecność i znaczenie odpowiadających pojęć w kulturach i religiach Wschodu, zwłaszcza w hinduizmie i buddyzmie.

Doświadczenie siebie nie jest czymś bezwzględnie stałym, lecz płynnym, składającym się ze zmieniających się stanów (jakości) „ja”, które w mniejszym (stany ego-

-dystoniczne) lub większym (stany ego-syntoniczne) stopniu odpowiadają podstawowemu obszarowi „ja”. Świadomość siebie podlega rozwojowi zarówno w sensie filogenetycznym, jak i ontogenetycznym. Rozwój ten ma wiele uwarunkowań biologicznych, mikro- i makrospołecznych oraz kulturowych. Wyobrażenie o sobie nie jest czymś stałym, niezmiennym. Nie jest też czymś, z czym przychodzimy na świat. Sposób widzenia siebie wykształca się stopniowo i ulega zmianom w toku rozwoju osobniczego. Badając kształtowanie się obrazu siebie we wczesnych okresach życia człowieka, psychologia rozwojowa napotyka na wiele trudności. Jednak na ogół panuje zgodność opinii co do pewnych etapów rozwoju osobowości osiąganych przez dzieci. Np. kilkuniesięczne niemowlę odczuwa fizyczne granice między sobą a otoczeniem, w 2–3 roku życia przychodzi moment, gdy dziecko zaczyna mówić o sobie „ja” i ma poczucie swojej jednostkowej odrębności. Rozwój mowy, nauka, wychowanie, rozwój biologiczny, środowisko społeczno-kulturowe i wiele innych czynników powoduje dalszy rozwój osobowości, który według jednych teoretyków zamyka się wraz z osiągnięciem wieku dojrzałego, zdaniem innych trwa nieprzerwanie przez całe biologiczne życie. Niezależnie jednak od rozwoju psychofizycznego, od cielesnych i duchowych zmian osobowości człowieka, w warunkach prawidłowych zachowujemy poczucie ciągłości i tożsamości własnego istnienia.

Zdaniem Scharfettera [1995 a i b], świadomość siebie jest w kulturze zachodniej (obok tzw. świadomości przedmiotów) podstawowym przejawem świadomości codziennej, związanej ze stanem czuwania w ciągu dnia, stanowiącej środkową część kontinuum między przejawami „nadświadomości” (jak w stanach mistycznych, medytacyjnych, religijnych) a przejawami „podświadomości” (jak we śnie i stanach podobnych do snu). „Ja” jest tym obszarem psychiki, w którym doświadczamy ciągłości swojego istnienia, swojej tożsamości, niezależnie od

zmieniających się warunków zewnętrznych. W obrębie tego obszaru dokonujemy rozgraniczenia świata wewnętrznego od zewnętrznego, rozróżnienia pomiędzy „ja” a „nie-ja”, pomiędzy „moim” a „obcym”. W zakresie „ja” przeżywamy nieustanną zmianę nas samych od urodzenia aż do śmierci. W tym rozumieniu także ciało jest częścią tej psychofizycznej całości – jest częścią naszego „ja”. Poczucie siebie pozwala nam traktować wszystkie aktywności psychiczne i fizyczne jako własne, należące do nas samych. Jest to ta część naszej świadomości, która skupia funkcje psychiczne i odpowiada za kontrolę procesów dośrodkowych i odśrodkowych. Jest centrum odbierającym informacje płynące ze świata wewnętrznego i zewnętrznego. W sposób zarówno automatyczny, jak i celowy koordynuje ono i integruje te wpływy, pośrednicząc w wymianie między „ja” a „nie-ja”, między ciałem i światem zewnętrznym, między osobowością i jej zewnętrznymi przejawami. „Ja” przeżywa siebie samo jako coś zarówno kierowanego przez instynkty, pragnienia, życzenia czy impulsy, jak i kontrolującego je.

Rozważania nad powyższymi cechami poczucia siebie i próba stworzenia teoretycznego modelu jego funkcjonowania doprowadziła Scharfettera [1976, 1995a i b] do wyodrębnienia pięciu podstawowych wymiarów „ja”: żywotności (*vitality, Vitalität*), aktywności (*activity, Aktivität*), spójności (*consistence/coherence, Konsistenz*), rozgraniczania (*demarcation, Abgrenzung*) i tożsamości (*identity, Identität*). Najbliższe korzenie tego podziału sięgają psychopatologii Jaspersa [1973], który proponował bardzo podobny aparat pojęciowy (świadomość „ja” opisywana jako świadomość własnej: aktywności, jedności, tożsamości, osobowości, czy odczuwanej relacji „wewnętrznego” do „zewnętrznego”). Scharfetter rozbudował tę koncepcję i wyprowadził z niej szereg ciekawych implikacji klinicznych pozwalających lepiej zrozumieć świat ludzi dotkniętych psychozą. Określenie „wymiar” ma tu znaczenie szczególne, które podkreśla, że nie

chodzi o niezależne od siebie obszary i pozwala uniknąć iluzji, że mamy do czynienia z realnymi strukturami. Wymiary te są teoretycznymi konstruktami psychologicznymi służącymi do opisu i badania poczucia siebie jako składnika świadomości. Znaczenie określić poszczególnych wymiarów świadomości siebie można odczuć intuicyjnie. Autor koncepcji zestawia je następująco [Scharfetter 1995a i b].

żywotność (witalność) „ja”

 pewność własnej żywotności, bytowania jako żyjącej istoty

aktywność „ja”

 pewność określania przez samego siebie własnego przeżywania, myślenia i działania, funkcjonowania jako jednostki samodzielnie sterującej sobą, kierującej scalaniem funkcji dośrodkowych (np. spostrzegania), poznawczych (np. myślenia), poznawczo-afektywnych (np. relacji myśli do uczuć/afektów) i odśrodkowych (np. mówienia, poruszania się, reakcji, działań),

spójność „ja”

 pewność własnego spójnego biegu życia, bycia istotą zwartą, spójną i uporządkowaną psychicznie oraz cieleśnie

rozgraniczanie „ja”

 odgraniczenie obszaru siebie (od obszaru nie należącego do siebie), odróżnianie siebie od innych rzeczy i istot, świadomości granic między „ja” a „nie-ja”

tożsamość „ja”

 pewność własnej tożsamości osobowej, fizjonomicznej, seksualnej, biograficznej (pochodzenia, funkcji społecznych)

Wymiary te pojmowane są jako korelujące ze sobą, ale każdy z nich może mieć względną niezależność. Chociaż okazuje się [Scharfetter 1995b], że większość pacjentów schizofrenicznych przejawia zaburzenia w więcej niż jednym wymiarze świadomości siebie, Scharfetter powołuje się na opisywane przez innych badaczy kliniczne przykła-

dy doświadczenia zaburzeń w obrębie tylko jednego wymiaru (np. żywotności lub tożsamości) lub dwóch (np. aktywności i tożsamości lub zwartości i granic). Opisując „ja” empiryczne proponuje dwa graficzne modele jego struktury: hierarchiczny i niehierarchiczny. Pytanie, który z tych modeli lepiej opisuje rzeczywistość, Scharfetter pozostawia otwarte.

Porządek hierarchiczny obrazuje rysunek piramidy (ze zlokalizowaną na najniższym, podstawowym poziomie żywotnością i warstwowo ułożonymi nad nią: aktywnością, zwartością, granicami i tożsamością, która obejmuje wierzchołek piramidy) lub cebuli (z położoną centralnie żywotnością, a najbardziej zewnętrznie – tożsamością).

Wymiar witalności, czyli pewności bycia żywym, byłby tu warunkiem zaistnienia wszystkich innych wymiarów. Ciężkie zaburzenia witalności „ja” (np. doświadczenie umierania lub bycia martwym) mogą zawieszają aktualną świadomość siebie wywierając niebezpieczny wpływ na inne wymiary „ja”. Pacjent może np. oniemieć i zniechęcić (mutyzm i stupor) lub być całkowicie pochłonięty próbą odzyskania poczucia własnego istnienia poprzez hiperwentylowanie, wywoływanie krwawień lub okaleczanie się. Często jednak można spotkać pacjentów z zaburzeniami w obrębie innych wymiarów, którzy nie przeżywają utraty żywotności (witalności) „ja”.

Aktywność można uważać za drugi z podstawowych wymiarów „ja”. Utrata żywotności prowadzi do zaburzeń, a nawet do paraliżu aktywności, ale zaburzenia aktywności mogą też występować u pacjentów, którzy nie doświadczają niedoboru witalności. Tego typu zaburzenia spotykamy np. u pacjentów, którzy odczuwają, że siły zewnętrzne kierują ich myśleniem i ruchami.

Żywotność i aktywność umożliwiają rozwój poczucia spójności „ja”. Efektem tego jest ludzkie doświadczenie bycia sobą w antropomorficznym ciele, pewność spójności wszystkich elementów tworzących „ja”. Pewność poczucia własnej spójności wydaje

się wstępnym warunkiem dla przejrzystego odgraniczenia siebie, ustalenia granic własnego ja. Z tego powodu zaburzenia zwarłości i granic „ja” często współwystępują.

Rozwój tożsamości „ja” opiera się na pozostałych wymiarach „ja”. Tylko wówczas zindywidualizowana tożsamość siebie może przejawiać pewną stałość w swych bardzo podstawowych aspektach (genealogia, biografia, płeć, fizjonomia, uzdolnienia, funkcje społeczne).

ślugaństwo się takimi popularnymi terminami jak „siła” ego, „obraz siebie”, ponieważ precyzują one pewne szczególne właściwości świadomego siebie, już ukonstytuowanego podmiotu. Szeroko pojęte zdrowe, skuteczne funkcjonowanie jednostki w jej społecznym kontekście zależy od dobrego stanu jej „ja”. Natomiast wiele zniekształconych, niedostosowanych, rozszczepionych, niedojrzałych stanów „ja” można przypisać określonym kategoriom nozologicznym.

Stany „ja”	Kategorie nozologiczne
<i>Spójne</i>	
słabe, wrażliwe	różne zaburzenia „nerwicowe” i osobowościowe
niezrównoważony obraz siebie	osobowość narcystyczna
brak autonomii, „ja” niedojrzałe	ifantylizm
„ja” szczątkowe	autyzm dziecięcy
<i>Niespójne</i>	
rozszczepienie ze względnie dobrze upostaciowaną tożsamością	osobowość mnoga
segmentacja z przesuwaniami się stanów ja”	osobowość typu <i>borderline</i>
dezintegracja z rozpadem podstawowych aspektów	schizofrenia
zasłonięcie lub osłabienie	melancholia, depresja
podwyższenie, wzmocnienie, nadczynność	mania
redukcja, defekty sprawności poznawczej i regulacji uczuciowej	zespoły mózgowie
brak „ja”	śpiączka

Alternatywny, niehierarchiczny model opisuje „ja” przez analogię do struktury pomarańczy – każdy segment jest względnie niezależnym składnikiem złożonej całości, która nie ma struktury hierarchicznej. Poszczególne aspekty leżą naprzeciw siebie. Ale nawet w tym modelu zaburzenia jednego elementu wpływają na stan innych. Choroba jednego segmentu prowadzi do choroby całej pomarańczy – cała świadomość „ja” jest chora.

Dopiero taki wielowymiarowy opis sposobu doświadczania siebie pozwala, zdaniem Scharfettera [1976], na sensowne po-

W ostrych i przewlekłych chorobach mózgu dochodzi do utraty „ja”. Mówiąc bardziej ostrożnie – uznajemy, że „ja” nie funkcjonuje już spójnie w świadomej postaci. W śpiączce „ja” przestaje być obecne. Patologia „ja” w chorobach psychicznych była opisywana przez wielu autorów, szczególnie o orientacji psychoanalitycznej [Scharfetter 1976, por. Sokolik 1994]. Najbardziej jaskrawa dezintegracja i rozpad w zakresie podstawowych wymiarów poczucia siebie zachodzi jednak w zaburzeniach schizofrenicznych.

ZABURZENIA „JA” W SCHIZOFRENII

Analizując obraz kliniczny schizofrenii z punktu widzenia zaburzeń poczucia siebie, Scharfetter najpierw analizuje jakie efekty kliniczne są powodowane zaburzeniami w poszczególnych wymiarach „ja”. Można je zestawić następująco (odsetki oznaczają częstość występowania w badaniach autora, w populacji 552 chorych na schizofrenię [Scharfetter 1995b]).

żywołność (93%)

przeżywanie (lub lęk przed nim) własnego umierania, śmierci, upadku, już nie bycia, końca świata, upadku innych ludzi

aktywność (92%)

brak poczucia sprawstwa własnych działań i myślenia, poczucie obcego sterowania lub wpływu, pozostawiania działań, przeżyć, odczuwania i myślenia pod obcą kontrolą, poczucie porażenia, owładnięcia

spójność (85%)

zmiana spójności i właściwości ciała, zanikanie spójności ciała lub jego części,

związków między myślami a uczuciami, wątków myślenia, impulsów woli lub działania, duszy, świata, kosmosu

rozgraniczanie (71%)

niepewność, słabość lub zanikanie rozgraniczenia między „ja” a „nie-ja”, brak własnej (prywatnej) przestrzeni w obszarze ciała, myślenia, uczuć, zaburzenie rozróżniania między „wewnętrznym a zewnętrznym”, między „własnym” a „obcym”

tożsamość (52%)

niepewność własnej tożsamości, strach przed jej utratą, utrata tożsamości, zmiana fizjonomii lub postaci, zmiana płci, przemiana w inne stworzenie, zmiana tożsamości związanej z pochodzeniem

Następnie, przeżyciom i zachowaniom typowym dla zaburzeń poszczególnych wymiarów poczucia siebie Scharfetter przypisuje określony obraz symptomatologiczny, włączając tu także objawy interpretowane jako reakcje hiperkompensacyjne.

Zaburzenia witalności „ja” obejmują doświadczenie swojej własnej śmierci albo

Tablica 1. Przejawy i objawy zaburzeń żywołności „ja”.

<i>Przeżycia/zachowania pacjenta</i>	<i>Objawy kliniczne</i>	<i>Nadkompensacja</i>
zastyganie w bezradności i porażeniu	osłupienie katatoniczne	
panika	podniecenie katatoniczne	
upewnianie się o jeszcze zachowanym życiu	katatoniczna hiperwentylacja, prowokowanie krwawień, kaleczenie się	
urojeniowe interpretacje o chorobie cielesnej	urojenia hipochondryczne	urojenia uzdrowienia
urojeniowe interpretacje ukierunkowane na własne „ja”	własny koniec, urojenia nihilistyczne	urojenia uzdrowienia, wszechmocy, inne wielkościowe
urojeniowe interpretacje ukierunkowane na świat (ekspansywna, projekcyjna eksternalizacja)	koniec świata	urojenia naprawy, odnowy świata, zbawiania, mesjanistyczne
urojeniowa interpretacja, wyjaśnieniem zagrożenie z zewnątrz	urojenia prześladowcze	

umierania, końca świata, wszechświata, upadku rodzaju ludzkiego lub strach przed takimi zagrożeniami. Pacjent może doświadczać siebie jako żyjącego, jednocześnie zapewniając, że czuje się martwy. Fakt, że rozmawia nie jest argumentem przeciwko swemu nieistnieniu (tabl. 1).

Zaburzenia aktywności „ja” obejmują poczucie braku lub niedostatku własnych możliwości, siły do podjęcia określonego przez siebie działania, myślenia, postrzegania. Pacjent może mieć przekonanie, że znajduje się pod kontrolą sił zewnętrznych mocy, że jest manipulowany przez innych. Z zaburzeniami aktywności Scharfetter wiąże urojeniowe przekonania pacjentów, że

ich przeżycia pochodzą od innych, są zakłócane, zabierane, blokowane, a także poczucie słabości, sparaliżowania lub owdzielenia przez niezwykle moce. Nadkompensacją może być przekonanie o własnej wszechmocy (tabl. 2).

Zaburzenia spójności „ja” mogą przejawiać się poczuciem zanikania spójności cielesnej lub psychicznej, a także spójności świata zewnętrznego. Pacjent może mieć wrażenie rozpadu, rozszczepienia, rozerwania powiązań między odczuwaniem, myśleniem, wolą, impulsami i działaniem (tabl. 3).

Zaburzenia rozgraniczania „ja” obejmują osłabienie lub brak rozróżniania między obszarem „ja” i „nie-ja”. Granice „ja” pozwalają

Tablica 2. Przejawy i objawy zaburzeń aktywności „ja”.

<i>Przeżycia/zachowania pacjenta</i>	<i>Objawy kliniczne</i>	<i>Nadkompensacja</i>
	zwiększone napięcie intencji, kontrola ruchowa (ruchy przymusowe, echopraksja, echolalia)	
upewnianie się co do jeszcze zachowanej możliwości własnego poruszania się	stereotypie ruchowe	
zastyganie w lęku panika z bezładnym nadmiarem ruchu	osłupienie katatoniczne podniecenie katatoniczne	
interpretacje urojeniowe	urojenia obcego wpływu (w zakresie ruchów, myślenia, czucia, i in.) urojenia prześladowcze (ujemnego obcego wpływu)	urojenia wszechmocy

Tablica 3. Przejawy i objawy zaburzeń spójności „ja”.

<i>Przeżycia/zachowania pacjenta</i>	<i>Objawy kliniczne</i>	<i>Nadkompensacja</i>
zastyganie w lęku	katatoniczne osłupienie	
panika z bezładnym nadmiarem ruchów	podniecenie katatoniczne	
sposstrzeganie samego siebie	poczucie wewnętrznego pęknięcia, rozszczepienia, rozpadu, ulegania sprzecznościom	
interpretacje urojeniowe	koniec siebie, rozszczepienie jaźni, zwielokrotnienie „ja”, podwojenie „ja”, ekspansywna eksternalizacja: koniec świata	urojenia naprawy świata, uzdrawiania, zbawienia (urojenia wszechmocy)

Tablica 4. Przejawy i objawy zaburzeń rozgraniczania „ja”.

<i>Przeżycia/zachowania pacjenta</i>	<i>Objawy kliniczne</i>	<i>Nadkompensacja</i>
lęk i bezradność	osłupienie katatoniczne, postawa zaskoczenia	
lęk i bezładny nadmiar ruchów	podniecenie katatoniczne	
niepewność orientacji w znanym otoczeniu	poczucie obcości, derealizacja, nastrój urojeniowy (trema)	maniakalne porozumienie ze wszystkimi, urojenia boskiego wywyższenia
poczucie utraty, poczucie: świat nie jest już ojczyzną, poczucie izolacji		urojenia „altruistyczne”: uzdrawiania, zbawiania, naprawy świata
lękowe wycofanie się	autyzm	
zlewanie się „ja” i świata zewnętrznego	transytywizm, apersonizacja	

Tablica 5. Przejawy i objawy zaburzeń tożsamości „ja”.

<i>Przeżycia/zachowania pacjenta</i>	<i>Objawy kliniczne</i>	<i>Nadkompensacja</i>
zastyganie w bezradności i panice	osłupienie katatoniczne, postawa zaskoczenia	
panika z bezładnym nadmiarem ruchu, przecenianie własnego wyglądu	podniecenie katatoniczne	
interpretacje urojeniowe	urojeniowa zmiana tożsamości, urojenia zmiany osoby, urojeniowa zmiana płci, urojenia pochodzenia, zwielokrotnienie, podwojenie „ja” (z podwójnym księgowaniem)	

nie tylko na odczuwanie prywatności doświadczeń psychicznych, ale i właściwą ocenę przepływu informacji na zewnątrz (odśrodkowo) i do wewnątrz (dośrodkowo). Prawidłowe funkcjonowanie granic można uważać za warunek, jak i rezultat stabilnej tożsamości siebie (tabl. 4).

Zaburzenia tożsamości „ja” obejmują wątpliwości, poczucie zmiany czy nawet jej utraty. Mogą ogniskować się na sprawie wyglądu, płci, pochodzenia lub innych szczegółów biograficznych (tabl. 5).

Według Scharfettera, różnorodny obraz kliniczny schizofrenii można uważać za wyraz wysiłku reorganizacji, poprzez który pacjent próbuje uchronić się przed ostateczną

dezintegracją. Byłaby to próba swoistej autoterapii. Jeśli zagrożenie dezintegracją powstaje nagle w ostrej i ciężkiej postaci, przy braku możliwości adaptacji i wypracowania strategii radzenia sobie, kliniczna reakcja jest bardziej ujednoczona i przejawia się na poziomie bardzo podstawowym (psychomotorycznym), jako: stupor, pobudzenie, parakinezy, echopraksja, automatyzm itd. Jeśli zagrożenie nie jest zbyt ciężkie lub rozwija się powoli a osoba zachowuje jakieś możliwości adaptacji i wypracowania strategii radzenia sobie, objawy kliniczne są bardziej indywidualne, a większy wpływ na nie zyskują poznawcze reinterpretacje zagrożenia pozostające pod kontrolą osobowości

ci i uwarunkowań społeczno-kulturowych (zmiana zachowań w interakcji z innymi osobami, szczególnie reakcje emocjonalne, różnorodne, w tym także urojeniowe interpretacje wydarzeń). Zdaniem Scharfettera w takich reakcjach na zagrożenia zintegrowanego poczucia siebie przejawiają się trzy filogenetycznie stare wzorce ragowania: zastyganie, ucieczka i próba walki (tzw. 3F: *freezing, fleeing, faithing*). W zespołach katatonicznych miałyby przeważać zaburzenia bardziej podstawowych zaburzeń „ja” (żywołność, aktywność, spójność), w zespołach hebefrenicznych – zaburzenia spójności, a w zespołach paranoidalnych – zaburzenia rozgraniczania i tożsamości.

KWESTIONARIUSZ „PSYCHOPATOLOGIA ‘JA’”

Teoretyczna koncepcja Scharfettera znalazła swe urzeczywistnienie w kwestionariuszu *Psychopatologia „ja”* (niem. IPP, *Ich-Psychopathologie*, ang. EPP, *Ego-psychopathology*) skonstruowanym na podstawie analizy zbioru wypowiedzi pacjentów na temat sposobu doświadczania swego „ja”. Pierwsza wersja składała się ze 160 takich stwierdzeń, spośród których do ostatecznej jego wersji – po wyeliminowaniu występujących zbyt rzadko lub zbyt często i po połączeniu stwierdzeń podobnych – zakwalifikowano 53. Poza stwierdzeniami opisującymi pięć wymiarów poczucia siebie, włączono do niego po kilka dodatkowych stwierdzeń opisujących nadmierną kompensację, odczucia cielesne, zaburzenia myślenia, wzmoczenie samokontroli, w celu badania ich korelacji z wymiarami „ja”. Polskie tłumaczenie tego kwestionariusza przedstawiono w aneksie. Za jego pomocą przeprowadzono szereg studiów empirycznych sprawdzających właściwości psychometryczne narzędzia i poszerzające wiedzę na temat klinicznych korelatów patologii „ja” [Scharfetter 1995b].

Badaniami tymi, prowadzonymi od blisko 20 lat, objęto w sumie 552 chorych na schizofrenię a także mniejsze grupy chorych

z depresją (87) i osobowością typu borderline (25). Wstępna analiza wykazała, że w większości przypadków obserwowano jednocześnie przejawy z zakresu wszystkich pięciu (61,6%) lub większości (25%) wymiarów. Zaburzenia ograniczone do jednego wymiaru występowały wyjątkowo rzadko (0,4%). Badania przy pomocy czynnikowej analizy konfirmacyjnej potwierdziły znaczną zbieżność modelu patologii „ja” zaproponowanego na podstawie przesłanek teoretycznych z wynikami empirycznymi.

Próby redukcji zmiennych prowadzone za pomocą analiz czynnikowych (główne składniki) i skalowania wielowymiarowego pozwoliły na wyodrębnienie trzech empirycznych czynników patologii „ja” nazwanych przez autora: (1) „ja” zagrożonym i nadkompensowanym, (2) „ja” rozszczępionym i prześladowanym oraz (3) „ja” cielesnym – rozczłonkowanym i uśmierconym. Relacje pięciu teoretycznych wymiarów do trzech empirycznych syndromów okazały się niezbyt proste, choć zachodziły między nimi dość wysokie korelacje. Zdaniem autora, nie przeczy to słuszności teoretycznego modelu patologii „ja”, lecz wskazuje, że wyniki zastosowania różnych metod analizy zwracają uwagę na różne aspekty zagadnienia – bardziej jakościowe w przypadku wymiarów teoretycznych, a bardziej ilościowe w przypadku syndromów empirycznych.

Ocena rzetelności narzędzia dała wyniki potwierdzające jego wartość. Kwestionariusz wykazał wystarczającą zgodność wewnętrzną (alfa Cronbacha dla całości: 0,88, dla wymiarów: 0,61–0,68, dla syndromów: 0,76–0,77). Badania zgodności między ocenającymi przeprowadzone w 15 próbach po 25–61 chorych dały wyniki wysokie (ważony współczynnik kappą: średnio 0,90 dla oceny szczegółowej a 0,69 dla oceny globalnej). Mimo swej kontrowersyjności, ocena zgodności w kolejnych badaniach (*test-retest*) dała względnie dobre wyniki (kappą = 0,65). Próba oceny rzetelności diagnostycznej, poprzez ponowną kwalifikację diagnostyczną do schizofrenii, depresji lub zaburzeń typu

borderline, dokonywana na „ślepo”, tj. tylko na podstawie wyników kwestionariusza, dała wyniki zachęcająco trafne.

Trudniejsza jest ocena trafności EPP. Scharfetter przytacza jednak [1995b] wyniki całej serii badań, które traktowane łącznie zwiększają zaufanie do trafności zarówno narzędzia, jak i koncepcji, na której ono się opiera.

Wcześniejszy wiek wystąpienia choroby korelowała z silniejszą patologią „ja”, natomiast czas jej trwania, jak też wskaźniki funkcjonowania społecznego nie wykazywały istotnych związków. Wysokie początkowo wyniki EPP wiązały się, mimo redukcji wyników skal, z gorszym przebiegiem choroby w toku 2,5-letniej obserwacji. Występowanie, jak i współwystępowanie zaburzeń myślenia i zaburzeń cielesnych (wg EPP) było częste i korelowało z wyższymi wartościami patologii „ja”.

Interesujące wyniki uzyskano badając korelacje między skalami klinicznymi (PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale* Kaya i wsp.; InSka, *Intentionalitäts-Skala* Mundta) oraz niektórymi fizykalnymi właściwościami mowy i głosu chorych a patologią „ja”. Np. żywotność „ja” oceniana wg EPP korelowała z obiektywnymi wskaźnikami obniżonej ekspresji dźwiękowej chorych. Negatywne objawy PANSS korelowały ujemnie z wymienionym powyżej syndromem 2 („ja” rozszczipione i prześladowane), a pozytywne objawy PANSS dodatnio z syndromami (2) oraz 1 („ja” zagrożone i nadmiernie kompensowane). Syndrom 3 (cielesne „ja” rozczłonkowane i uśmiercone) korelowała dodatnio ze skalą urojeń i autyzmu wg InSka. Patologia „ja”, zwłaszcza syndrom 3, korelowała też dodatnio z podskalą schizofrenii wg systemu AMDP a ujemnie z jego podskalą afektywną. W innym badaniu potwierdzono wysokie korelacje wyników oceny poczucia „ja” za pomocą EPP z wynikami oceny za pomocą narzędzia oceniającego funkcje ego w ujęciu psychoanalitycznym (*Ego Function Assessment Scale* Bellaka). Oba narzędzia pozwalały różnicować chorych na schizofrenię od chorych na depresję. Wykazano też korelacje

między ciężkością zaburzeń „ja” a nasileniem tzw. objawów podstawowych wykrywanych za pomocą kwestionariusza Süllwold (*Frankfurter Beschwerde-Fragebogen*), tj. dyskretnych deficytów neuropsychologicznych uważanych za przejaw gotowości do wyzwalania się objawów schizofrenicznych. Im większa patologia „ja”, tym mniejszą skuteczność wykazywały spontaniczne strategie autoterapeutyczne podejmowane przez chorych.

W porównaniu z chorymi na depresję chorzy na schizofrenię przejawiali patologię „ja” częściej i była ona zdecydowanie cięższa oraz zwykle obejmowała wszystkie 5 wymiarów, zwłaszcza jednak charakterystyczne zaburzenia aktywności „ja” (nasyłanie myśli, uczuć, działań z zewnątrz). Pacjenci depresyjni rzadko odpowiadali pozytywnie na pytania EPP, najczęściej okazując ograniczenia w zakresie żywotności i aktywności. Pacjenci z zaburzeniami typu borderline wypadali w tych porównaniach pośrednio.

Patologia „ja” oceniana za pomocą EPP korelowała też w pewnym stopniu z zaburzeniami „ja” towarzyszącymi tzw. alternatywnym stanom świadomości wyzwalanym eksperymentalnie za pomocą substancji farmakologicznych (ketamina, amfetamina, psylocybina) u zdrowych ochotników, a opisywanymi za pomocą kwestionariusza APZ. APZ opisuje trzy wymiary tych niezwykłych stanów (beźmiar oceaniczny, strach przed rozpuszczeniem *ego*, zmiany percepcji wzrokowej), wśród nich także pewne elementy zaburzeń poczucia „ja”. Występowanie zaburzeń wg EPP i wg APZ korelowało, z drugiej strony, ze wzmocnieniem metabolizmu w płatach przedczołowych (*hyperfrontality*) w badaniu przy użyciu PET. Porównanie takiej eksperymentalnej patologii „ja” z zaburzeniami obserwowanymi u chorych na schizofrenię wskazuje jednak na duże różnice między nimi.

PODSUMOWANIE

Przedstawione informacje prowadzą do wniosku, że model rozumienia zaburzeń „ja” zaproponowany przez Scharfettera jest

zarówno dobrze przygotowany od strony teoretycznej, jak i wnikliwie przebadany empirycznie. Wydaje się stanowić interesującą propozycję psychopatologiczną, odpowiadającą na wiele poprzednich intuicji szukających w zaburzeniach „ja” jakiegoś wspólnego mianownika objawów wytwórczych w schizofrenii, by wspomnieć to zwłaszcza o Jaspersie [1973] czy K. Schneiderze [1971], który tak skłonny był interpretować znaczenie wyodrębnionych przez siebie objawów pierwszorzędowych, ciągle stanowiących popularne (*vide* ICD-10 i DSM-IV) i skuteczne [Klosterkötter 1995] narzędzie diagnostyki psychoz schizofrenicznych. Kwestionariusz EPP może stanowić pomoc w bardziej wnikliwym i rzetelnym jego wykorzystaniu. W Polsce był jak dotąd wykorzystany w badaniu znaczenia objawów wytwórczych dla przebiegu schizofrenii paranoidalnej [Rzewuska 1988].

PODZIĘKOWANIE

Panu Profesorowi Christianowi Scharfetterowi dziękujemy za życzliwą zgodę na podjęcie tłumaczenia i opublikowanie polskiej wersji kwestionariusza EPP.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz T: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1963 (wyd 6).
2. Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. Springer. Berlin, Heidelberg, New York 1973 (wyd. 9).
3. Klosterkötter J: Positive and negative symptoms. Was ist brauchbarer für die Diagnose Schizophrenie? *Nervenarzt*, 1994, 65, 444-453.
4. Rycroft C: Critical dictionary of psychoanalysis. Penguin, Harmondsworth 1972.
5. Rzewuska M.: Charakterystyka przebiegu schizofrenii paranoidalnych. IPiN, Warszawa 1988 (rozprawa habilitacyjna).
6. Scharfetter C: Allgemeine Psychopathologie. Thieme Stuttgart 1976
7. Scharfetter C: Schizophrene Menschen. Diagnostik. Psychopathologie. Forschungsansätze. Beltz, Weinheim 1995a (wyd. 4).
8. Scharfetter C: The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression. Private Publication. Zürich 1995b.
9. Schneider K: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1971 (wyd. 9)
10. Sokolik M.: Psychologia i Ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości. Santorski and Co. Warszawa 1994.

*Adres: Lek. Agnieszka Hochlewicz, I Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*

Aneks

EPP Psychopatologia „ja”

Ch. Scharfetter

Ego-psychopathology

Psychiatryczny Szpital Uniwersytecki w Zürichu, Dział Badawczy

Badanie patologii „ja” w doświadczaniu siebie odbywa się w trakcie swobodnego wywiadu klinicznego, który można elastycznie dopasowywać do tematów podejmowanych przez pacjenta. Poszczególne części kwestionariusza można wypełniać stosownie do tematów poruszonych przez pacjenta spontanicznie lub, jeśli tak się nie dzieje, mogą być wypełniane poprzez zadawania pytań, w postaci ustrukturuwanej. Wywiad trwa około godziny

Ocena poszczególnych punktów. Ocenione muszą zostać wszystkie punkty. Każdy z nich wymaga odpowiedzi wg skali od 0 do 2 (trzy przedziały):

0 nigdy nie przeżywała[e]m

1 obawa lub niepewność co do przeżycia stanowiącego treść pytania

2 często występujące lub intensywnie przeżywane

Ocena globalna. Dodatkowo należy całościowo ocenić występowanie lub niewystępowanie przeżyć z zakresu każdego z pięciu wymiarów patologii „ja”. Co najmniej jedna odpowiedź pozytywna oznacza potwierdzenie zaburzeń danego wymiaru świadomości „ja”. W takim przypadku badający może ocenić stopień (intensywność) tego zaburzenia (1–5)

0 = nie, nigdy nie przeżywała[e]m

1 = pacjent ma wątpliwości, niejasność

2 = tak, przeżywała[e]m (raz lub częściej)

9 = odpowiedź niejasna

TOŻSAMOŚĆ

- 1 Już nie była[e]m pewna[y], czy jestem sobą albo: czuła[e]m, że jestem kimś innym niż dotychczas.
- 2 Częściej niż dotąd sprawdzała[e]m w lustrze swój wygląd.
- 3 Ciągłe powtarzała[e]m sobie: jestem sobą albo: jestem istotą ludzką.
- 4 Zmieniała się moja pleć. Czuła[e]m się jak mężczyzna [kobieta].
- 5 Uważała[e]m, że jestem innego pochodzenia, że mój życiorys jest inny niż wcześniej sądziła[e]m.

ROZGRANICZENIE

- 6 Czuła[e]m się jak pozbawiona ochrony, bezbronna[y] wobec obcych oddziaływań. Nie potrafiła[e]m się obronić i zupełnie nie wyczuwała[e]m już własnych granic.
- 7 By się ochronić, musiała[e]m się całkowicie, fizycznie lub psychicznie oddzielić od innych ludzi. Nikomu już nie pozwalała[e]m przystępować do siebie, zamknę[a]ła[e]m się.
- 8 Stapiała[e]m się z innymi ludźmi w jedną istotę albo w jedną całość z innymi stworzeniami i przedmiotami świata. Nie można już było wskazać, gdzie były moje początkowe granice.
- 9 Przeżywając coś, często nie wiedziała[e]m czy przeżywam to rzeczywiście ja, czy ktoś inny.

SPÓJNOŚĆ

- 10 Czuję[em] w sobie jakieś pęknięcie, albo: wierzyłam[em], że całość mej osoby pęka, rozdziela się, albo – że się rozpuszczam, rozpadam
- 11 Miała[em] poczucie, jakby cały świat wybuchł i rozpadł się na kawałki.
- 12 Moje uczucia przestawały pasować do moich myśli, przeżyć i zachowań. Moje przeżywanie stawało się niespójne, pozbawione wewnętrznych powiązań.
- 13 Czuję[em] się rozdarta[y] między dwiema mocami/przeciwnościami (np. między dobrem a złem). Sprzeczne uczucia lub rozbieżne impulsy psychiczne rozrywały mnie.
- 14 Słyszała[em] głosy dochodzące z mego wnętrza lub z zewnątrz, choć nikogo nie było.

AKTYWNOŚĆ

- 15 Czuję[em] wpływ czegoś niejasnego na moje ruchy, postępowanie i mowę. Moje działanie było utrudnione i była[em] wtedy jak zahamowana[y] albo sparaliżowana[y].
- 16 Czuję[em] się prześladowana[y], śledzona[y], obserwowana[y] i nadzorowana[y]. Traciła[em] swobodę w swoim działaniu i decyzjach.
- 17 Nie mogła[em] już robić tego, co chciała[em]; moje ruchy i zachowanie były kierowane albo sterowane. Czuję[em] się jak narzędzie, jak marionetka.
- 18 Czuję[em] się zwyciężona[y], opanowana[y] przez obce siły/moce/osoby.

ŻYWOTNOŚĆ

- 19 Czuję[em] się tak, jakby życie ze mnie uciekało, jakbym umierała [umierał].
- 20 Myślała[em], że jestem nieżywa[y], martwa[y], jak jakaś mumia.
- 21 Miała[em] poczucie, że świat a z nim wszystko, co żyje – kończy się.
- 22 Moja dusza, moja wewnętrzna żywotność były mi odbierane, niszczone albo zabijane we mnie.
- 23 Osoby albo siły zewnętrzne próbowały lub zamierzały mnie zniszczyć, zabić.

NADKOMPENSACJA

- 24 Miała[em] wielką moc oraz wpływ i mogła[em] kierować ludźmi, siłami natury albo wszystkim, co się dzieło na świecie.
- 25 Potrafiła[em] leczyć chorych w nadnaturalny sposób.
- 26 Miała[em] widzenia: mogła[em] widzieć rzeczy, które były daleko ode mnie lub wydarzyły się w jakimś innym czasie.
- 27 Miała[em] jedno lub liczne dzieci.
- 28 Dawałem życie nowym stworzeniom.
- 29 Czuję[em] się podwojony lub zwielokrotniony. Składała[em] się z wielu istot lub takie istoty żyły we mnie/zamieszkiwały mnie.

PRZEMIANY/MANIPULACJE W ZAKRESIE CIAŁA

- 30 Wygląd [postać] mojego ciała zmieniała się całkowicie lub częściowo.
- 31 Części mojego ciała nie pasowały już do siebie w zwykły sposób. Ich połączenia rozluźniały się, wszystko się przesuwalo, przemieszczało (nie czuję[em] się już w swoim ciele na miejscu).
- 32 Moje ciało lub jego części pękały, rozplływały się, albo rozpadały się.
- 33 Części mojego ciała odłączały się od całości tak, iż odczuwała[em] ja jako znajdujące się poza mną.
- 34 Całe moje ciało lub jego poszczególne części obumarły lub obumierały (albo rozkładały się już).

- 35 Celowo kaleczyła[e]m się, by poczuć ból.
 36 Celowo kaleczyła[e]m, by widzieć swą krew.
 37 Nie czuła[e]m już swojej skóry i musiała[e]m ją z tego powodu drapać, szczypać, uderzać.
 38 Moja płciowość uległa zmianie.
 39 Musiała[e]m szczególnie mocno oddychać albo: moje odychanie słabło lub całkiem się zatrzymywało.

ZABURZENIA MYŚLENIA

- 40 Inni ludzie mogli czytać moje myśli.
 41 Potrafiła[e]m czytać myśli innych osób.
 42 Szyfrowała[e]m swoje wypowiedzi lub myśli tak, że tylko ja mogła[e]m je zrozumieć.
 43 Moje własne myśli uciekały, rozbrzmiewały wszędzie dookoła. Nie mogła[e]m już ich zatrzymać w sobie ani dla siebie. Wymykały mi się i wszyscy je znali.
 44 Moje myśli pękały, rozpadały się. Z tego powodu miała[e]m w głowie olbrzymie zamieszanie.
 45 Nasyłano mi obce myśli [np. przez telepatię, przez hipnozę]. Moje myślenie i odczuwanie bywało kierowane z zewnątrz.
 46 Moje myślenie bywało zaburzone z zewnątrz: przerywano mi cały tok myślenia lub zabierano poszczególne myśli.

REAKCJE RUCHOWE, NATRĘCTWA, AUTOMATYZMY

- 47 Wszystko co się dookoła działo, wydawało mi się niebezpieczne. Była[e]m w stanie wzmożonej gotowości do alarmu, obserwowała[e]m wszystko uważnie i w napięciu.
 48 Musiała[e]m szczególnie uważać na swoje ruchy, dokładnie kontrolować ich przebieg.
 49 Wielokrotnie powtarzała[e]m własne ruchy lub słowa.
 50 Automatycznie naśladowała[e]m ruchy lub słowa innych ludzi, jak echo.
 51 Na dłuższy czas zastygała[e]m z lęku i przerażenia, zupełnie bez ruchu, nic nie mówiąc.
 52 Wpadała[e]m w jakąś dziką, nie opanowaną panikę. Wszystko budziło lęk.
 53 Atakowała[e]m innych ludzi lub z przerażenia waliła[e]m w przedmioty.

OCENA GLOBALNA

TOŻ/ROZ/SPO/AKT/ŻYW

- 0 nie, nigdy nie przeżywała[e]m
 1 pacjent ma wątpliwości, niejasność
 2-5 tak, przeżywała[e]m to raz lub częściej [stopniowanie zależy od rozmiarów i nasilenia]
-

Thumaczenie: Jacek Wciórka, Agnieszka Hochlewicz