

Anomalne doświadczenie – klucz do wyjaśnienia procesu powstawania urojeń?¹

Anomalous experience – a key for explanation of process of delusions' formation?

Abstract: The aim of this article is a problem of anomalies which occur in experience of delusional patients. This problem is mentioned in cognitive theories of delusions. The author characterizes such theories, but concentrates on bottom-up theories which treat delusion as a rational answer to anomalous experience. She suggests that they are insufficient for making an explanation of delusions. She tries to emphasize some elements of such theories which can be helpful in explaining and understanding the phenomenon of delusions.

Key words: delusions, anomalous experience, cognitive theories of delusions

Wprowadzenie

Nasze poznanie i myślenie nie dzieją się w próżni. To, jakie żyjemy przekonania i z jakich powodów je zmieniamy, zależy od wielu czynników – nie tylko procesów percepcyjnych czy emocjonalnych, ale też różnych procesów biochemicznych, które wpływają na nasz sposób doświadczania świata. Oddziałują one na nasz sposób myślenia – zarówno ten niepatologiczny, jak i patologiczny, którego przykładem są urojenia.

Urojenia stanowią, obok halucynacji, jeden z podstawowych symptomów chorób psychicznych. Ich zdefiniowanie jest problematyczne, mimo iż diagnoza wydaje się w większości przypadków trafna [Kapusta 2010a; Rhodes, Gipps 2008]. Jedną z pierwszych definicji urojeń, autorstwa Karla Jaspersa, zawierała trzy główne określenia: subiektywność, nekorygowalność i niezrozumiałość [Grzywa, Gronkowski 2010].

W DSM IV urojenie jest traktowane jako: „Fałszywe przekonanie oparte na niewłaściwym wnioskowaniu o zewnętrznej rzeczywistości, silnie podtrzymywane pomimo tego, w co wierzy prawie każdy i pomimo ustanowienia bezspornych i oczy-

¹ Artykuł jest zmodyfikowanym rozdziałem pracy magisterskiej *Myśl, która myśli się sama. Krytyczna analiza kognitywnych teorii urojeń*, obronionej 25 września 2012 roku w Instytucie Filozofii UJ (promotor: dr S.T. Kołodziejczyk, recenzent: dr hab. J. Bremer, prof. UJ).

wistych dowodów lub faktów przeciwnych” [DSM-IV 2000]. W najnowszej klasyfikacji amerykańskiej, DSM V, urojenie jest traktowane jako „trwałe przekonanie, które nie jest podatne na zmiany w świetle sprzecznych dowodów”² (tłum. A.S.) [DSM-V 2013].

Filozof czytający tę definicję może postawić wiele pytań dotyczących między innymi użytych w niej pojęć czy sposobów odróżniania urojeń od innego rodzaju przekonań. Może też zastanowić się nad procesem powstawania urojeń. Temu ostatniemu zagadnieniu, zawężonemu do jednego ze stanowisk kognitywnych teorii urojeń, zostanie poświęcony niniejszy artykuł.

Autorka rozpocznie swoje rozważania od przedstawienia podstawowych kwestii związanych z kognitywnymi teoriami urojeń. Następnie scharakteryzuje dokładniej teorie oddolne traktujące urojenie jako racjonalną reakcję na anomalne doświadczenie. Postara się również wskazać argumenty za przyjęciem tych teorii i kontrargumenty. Pod koniec artykułu Autorka postara się pokazać, jakie elementy tych teorii mogą sprzyjać lepszemu zrozumieniu problematyki urojeń.

Informacje wstępne

Rodzaje urojeń

Urojenia stanowią grupę niejednorodnych zjawisk, które można klasyfikować na różne sposoby. Można podzielić je na urojenia: organiczne i funkcjonalne, pierwotne i wtórne, monotematyczne i politematyczne, ograniczone (*circumscribed*) i dopracowane (*elaborated*) [Bortolotti 2010]. Poniższe rozważania uczytelni przedstawienie podziału na urojenia monotematyczne i politematyczne.

Podział ten opiera się na określeniu liczby obszarów tematycznych, których dotyczy urojenie [Bortolotti 2010]. Urojenia monotematyczne skupiają się na jednym problemie i zwykle są niezwiązane z innymi przekonaniami. Politematyczne natomiast dotyczą różnych tematów i składają się z większej liczby przekonań, treściowo i formalnie z sobą powiązanych.

Przykładami urojeń monotematycznych są urojenie Capgrasa i urojenie Cotarda. Przy urojeniu Capgrasa pacjent twierdzi, że osoba mu bliska (np. małżonek) została porwana, a jej miejsce zajął identycznie wyglądający oszust [Capgras, Reboul-Lachaux 1923, za: Stone, Young 1997]. Osoba z urojeniem Cotarda twierdzi, że jest odcieśniona lub że jest martwa [Cotard 1882, za: Campbell 2001]. Urojenia politematyczne często pojawiają się w schizofrenii, ich przykłady to urojenia braku kontroli (np. nasyłanie myśli) i urojenia prześladowcze [Bortolotti 2010].

Kognitywne teorie urojeń

Kognitywne teorie urojeń dotyczą procesu powstawania urojeń, ich przyczyn upatrują w procesach poznawczych. W ich obrębie można wyróżnić teorie oddolne (*bottom-up*) i odgórne (*top-down*) [Bortolotti 2010]. Zwolennicy teorii oddolnych szukają

² „fixed beliefs that are not amenable to change in light of conflicting evidence”.

przyczyny urojeń w zmianach doświadczenia, natomiast zwolennicy teorii oddolnych w zaburzeniach rozumowania. W niniejszym artykule Autorka skupi się na teoriach oddolnych, zwanych również empirycystycznymi. Urojenie jest w nich traktowane jako racjonalna odpowiedź na anomalne doświadczenie. Stanowi ono próbę wyjaśnienia nietypowych doznań [Maher 1999, za: Kapusta 2010a], które powstają zwykle na skutek zmian organicznych w mózgu [Campbell 2001].

Podejście oddolne – szersze ujęcie

Dwie wersje podejścia oddolnego

W podejściu oddolnym można wyróżnić dwie wersje – wyjaśniającą (*explanationist account*) i aprobującą (*endorsement account*) [Bayne, Pacherie 2004; Langdon, Bayne 2010]. Różnica między nimi opiera się na sposobie pojmowania anomalii w doświadczeniu.

W wersji wyjaśniającej [Maher 1999, za: Kapusta 2010a; Stone, Young 1997] treść doświadczenia jest bardziej rozmyta od treści urojenia [Bortolotti 2010]. Przekonanie powstaje stopniowo, w wyniku procesu inferencyjnego [Langdon, Bayne 2010]. Pacjent rozpoznaje, że w jego doświadczeniu świata zaszła zmiana, i próbuje ją wyjaśnić [Bayne, Pacherie 2004].

W wersji aprobującej pacjent doświadcza wyraźnej zmiany percepcyjnej [Langdon, Bayne 2010]. Treść doświadczenia jest tak samo bogata konceptualnie jak treść urojenia [Bortolotti 2010]. Danym zmysłowym odpowiada wyraźna interpretacja [Langdon, Bayne 2010], która staje się treścią urojenia.

Charakterystyka anomalnego doświadczenia

W modelu empirycystycznym anomalne doświadczenie stanowi podstawę do błędnego wnioskowania, którego skutkiem jest powstanie urojeń. Mówiąc o anomalnym doświadczeniu, można myśleć o niezwykłym doznaniu, jakie przeżywa podmiot, o zmianie treści percepcyjnej doświadczenia lub o obu tych czynnikach łącznie. W każdym z tych przypadków można mieć do czynienia z inną odmianą teorii oddolnej – wersją wyjaśniającą lub aprobującą.

Pierwsza z tych możliwości dotyczy emocji, jakich chory doświadcza; nastroju, w jakim jest; zmian, które w jego doświadczeniu zachodzą, a których nie potrafi często skonceptualizować. Mówi się wtedy o nastroju urojeniowym, który traktuje się czasem jako pierwszy etap w procesie powstawania urojeń [Kapusta 2010a]. W modelu tym zmiana doznań jest etapem wyjściowym do zbudowania hipotezy urojeniowej. Jest zatem warunkiem koniecznym do powstania urojenia, nie jest jednak warunkiem wystarczającym. To rozumienie doświadczenia jest zgodne z wersją wyjaśniającą podejścia oddolnego.

Druga z tych możliwości dotyczy treści doświadczenia. Wiąże się to z wyraźną zmianą percepcyjną. Przedmiotem takiego doświadczenia może być zmieniona rzeczywistość, na przykład jakaś forma halucynacji, która może się stać warunkiem wystarczającym do powstania urojenia. Jest to zgodne z modelem aprobującym.

Połączenie obu tych czynników spowodowałoby znaczną zmianę doświadczenia. Anomalny byłby zarówno stan podmiotu (doznanie, nastrój), jak i treść percepcyjna. Zazwyczaj bierze się na warsztat tylko jeden z tych czynników. Pytanie o możliwy udział ich obu nie jest jednak bezzasadne. Istnieje możliwość, że w urojeniu zostaje zaburzony zarówno sposób doświadczania (który objawia się zmianą charakteru doznań), jak i treść percepcyjna. Analiza takiego przypadku jest bardziej skomplikowana, ale być może bardziej adekwatna przy tak zróżnicowanym i wielowarstwowym zjawisku, jakim są urojenia [Langdon, Bayne 2010].

Świadomość zmiany doświadczenia

Istotną kwestią, którą należy rozważyć w trakcie analizy doświadczenia wpływającego na powstawanie urojeń, jest świadomość jego zmiany. Można rozróżnić doświadczenie, w którym podmiot w stanie anomalnym (A) ma świadomość tego stanu, i doświadczenie, w którym tej świadomości nie ma. W pierwszym przypadku bardziej adekwatna wydaje się wersja wyjaśniająca oddolnego modelu powstawania urojeń. Pacjent ma świadomość stanu A i z niego wyciąga odpowiednie wnioski. W drugiej sytuacji podmiot nie uświadamia sobie, że jego doświadczenie ma charakter anomalny. Może przyjąć wtedy halucynację za zwyczajną treść percepcyjną. Tę opcję lepiej wyjaśnia wersja aprobująca podejścia oddolnego. Chory bierze anomalne doświadczenie za dobrą monetę, a jego rozumowanie nie różni się od rozumowania osoby zdrowej [Davies, Colheart 2000].

Gdy podmiot znajduje się w stanie A i nie jest go świadom, mogą istnieć co najmniej dwie przyczyny takiej sytuacji: podmiot może nie posiadać dostępu do treści doświadczenia lub może mieć zaburzony dostęp. W obu przypadkach zrozumiałe są nieadekwatne reakcje chorego. Gdy zmienia się treść doświadczenia, a pacjent tej zmiany nie zauważa, jego reakcje mogą być tak samo racjonalne, jak u człowieka bez tej zmiany.

Wydaje się, że większość pacjentów urojeniowych nie posiada takiego dostępu do swoich stanów. Nie potrafią oni zdystansować się wobec swoich nowych przekonań, nie potrafią się do nich krytycznie odnieść. Przyczyną takiego stanu rzeczy mogą być anomalie w ich sposobie doświadczania świata.

Zmiany percepcji spowodowane uszkodzeniami mózgowia

W empirycystycznym modelu powstawania urojeń przypuszcza się następujący łańcuch wydarzeń [Stone, Young 1997]:

uszkodzenie mózgu → anomalne doświadczenie → błędne wnioskowanie → urojenie

Wiele urojeń monotematycznych zauważa się przy uszkodzeniach prawej półkuli (obszarów skroniowo-ciemieniowych) [Stone, Young 1997]. Znajdują się w niej ośrodki związane z percepcją wzrokową, między innymi percepcją twarzy. Deficytów w rozpoznawaniu twarzy doświadczają na przykład pacjenci z urojeniem Capgrasa, którzy sądzą, że ich bliski został podmieniony [Stone, Young 1997]. Opierając się na modelu rozpoznawania twarzy Ellisa i Younga [1990, za: Bayne, Pacherie 2004],

można uznać, że urojenie to stanowi odwrotność prozopagnozji³ [Bayne, Pacherie 2004; Stone, Young 1997]. Ciekawym faktem dotyczącym urojenia Capgrasa jest to, że wydaje się ono związane jedynie ze zmysłem wzroku. W momencie gdy chory rozmawia ze swoim bliskim przez telefon, rozpoznawanie tożsamości rozmówcy jest zachowane [Hirstein, Ramachandran, 1997, za: Stone, Young 1997]. Przy wskazywaniu biologicznych podstaw urojeń politematycznych towarzyszących schizofrenii podkreśla się natomiast zmiany w systemie dopaminergicznym, wpływające na sposób doświadczania świata [Kapur 2003, za: Kapusta 2010a].

Natura poszczególnych urojeń zależy od tego, w jakim stopniu zaburzony został proces powstawania przekonań [Stone, Young 1997]. Z perspektywy biologicznej można to przeformułować na stopień zaburzenia układu nerwowego. Z perspektywy psychologicznej można badać, w jakim nastroju był pacjent przed ujawnieniem się urojenia. W przypadku urojenia Capgrasa okazuje się, że interpretacja doświadczenia zależy od podejrzliwego nastroju pacjenta. Urojeniu Cotarda natomiast towarzyszy bardzo silna depresja, która skłania do odnajdywania przyczyny niecodziennego doświadczenia w sobie [Young 2000, za: Campbell 2001].

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że model oddolny korzysta z prostego przejścia od danych biologicznych do psychologicznych. Argumentów ze stanu fizjologicznego nie należy jednak traktować jako niepodważalnych. Bez wątplenia stan układu nerwowego ma wpływ na percepcję, ale relacja między nimi nie jest jednoznacznie określona. Można oczywiście podać wiele przykładów, w których dane uszkodzenie mózgowia koreluje z określonym doznaniem. Nie można jednak jednoznacznie określić, czy relacja między tymi wydarzeniami jest jedynie korelacją statystyczną, czy relacją przyczynową lub inferencyjną. Uznanie którejs z nich jest już kwestią interpretacji, angażującej wiele różnorodnych założeń.

Anomalne doświadczenie jako warunek powstania urojeń

Analizując wykładnie teorii oddolnej, warto zadać pytanie: w jaki sposób zmienia się sposób myślenia na skutek zmian percepcyjnych? Zniekształcone doświadczenie może być wystarczającym lub koniecznym warunkiem do powstania urojeń. Obie opcje rozpatrzone zostaną w dalszej części artykułu.

³ W modelu tym wyróżnia się dwa szlaki przetwarzania informacji twarzowej: wizualno-semantyczny (odpowiedzialny za rozpoznawanie obiektu) i wizualno-afektywny (odpowiedzialny za reakcję emocjonalną na widok obiektu). W prozopagnozji zaburzony jest pierwszy z nich – chory nie rozpoznaje znanych twarzy, mimo iż reakcja emocjonalna na ich widok zostaje zachowana. Przy urojeniu Capgrasa jest na odwrót – rozpoznawanie twarzy jest zachowane, ale nie towarzyszy mu reakcja afektywna. Jej brak skłania taką osobę do uznania współtowarzysza za kogoś obcego [Campbell 2001].

Warunek wystarczający

Argumenty z doznania

Poniżej przedstawione zostaną argumenty świadczące o tym, że zmiana doznań może stanowić podstawę do powstania urojeń.

Urazy mózgu

Wydaje się, że argumentem za zasadniczą rolą zaburzenia percepcji przy powstawaniu urojeń są wyniki badań nad przypadkami osób z urazami mózgu. Niejednokrotnie podaje się przykłady osób cierpiących na urojenia Capgrasa z lezjami w okolicy ciemieniowo-skroniowej prawej półkuli [Stone, Young 1997] czy zdradzających symptomy urojenia Cotarda z lezjami w korze skroniowo-ciemieniowej prawej półkuli [Stone, Young, 1997]. W wyniku takich zaburzeń pacjenci cierpią na deficyt w przetwarzaniu obrazu twarzowego, a dokładniej reakcji emocjonalnej na widok znajomych twarzy.

Takie deficyty w analizowaniu obrazu wzrokowego są zwykle skorelowane z anormalnym doznaniem. Może stać się ono warunkiem wystarczającym do wysunięcia wniosku o charakterze urojeniowym.

Wpływ emocji na rozumowanie

Przypuszcza się, że emocje mają duży wpływ na zmianę myślenia. Wpływają one zarówno na tematykę, jak i strukturę przeżyć [Kępiński 2001]. Podobnie jak nadmierne rozemocjonowanie może doprowadzić do chwilowego zaburzenia rozumowania, tak deficyty emocjonalne mogą wpłynąć na powstanie urojeń. Można to zauważyć zarówno przy urojeniu Capgrasa, jak i urojeniu Cotarda. Jedną z cech tych urojeń jest brak reakcji emocjonalnej na widok jednej lub kilku osób (w urojeniu Capgrasa) bądź też wszystkich ludzi (w urojeniu Cotarda) [Stone, Young 1997]. Niestandardowa reakcja emocjonalna może być również przesłanką do powstania innych rodzajów urojeń, na przykład urojeń prześladowczych. Pacjent może odczuwać wrogość osób, które traktują go neutralnie. Odpowiednie stany emocjonalne mogą zatem wystarczyć do tego, by pacjent zaakceptował wyjaśnienie urojeniowe jakiegoś doznania.

Argumenty z treści doświadczenia

Za teorią oddolną stoją również argumenty związane z analizą treści doświadczenia percepcyjnego, towarzyszącego pacjentom urojeniowym.

Nieodwołalność danych na wejściu

Argumentem za uprzywilejowanym charakterem doświadczenia w powstawaniu urojeń jest charakterystyka treści percepcyjnej. Narzuca się ona niejako w sposób automatyczny, tworząc przekonanie odporne na wątplenie [Langdon, Bayne 2010]. Ramachandran i Hirstein [1997] nazwali to pierwszym prawem qualiów – ich nieodwołalnością. Stwierdzili, iż nie można uznać, że od danego momentu zacznie się widzieć słońce jako żółte albo doświadczać bólu jako łaskotania – danych na wejściu nie można modyfikować prostym aktem woli.

Dokładnie to mówią zwolennicy podejścia aprobowanego (*endorsement account*). Treść danych zmysłowych ma określone znaczenie. Dlatego właśnie, jeśli zmiana w percepcji jest bardzo wyraźna, to towarzyszy jej znaczna zmiana w interpretacji świata. Jeśli anomalne doświadczenie potraktowane jest jako prawdziwe, prowadzi do znacznej rewizji dotychczasowych przekonań pacjenta [Davies, Colheart 2000]. Taka wizja jest spójna z jednoczynnikowym modelem powstawania urojeń Brendana Mahera [1999, za: Kapusta 2010a], który mówi o tym, że sama zmiana doświadczenia może spowodować zmianę myślenia.

Halucynacje

Szczególnym rodzajem doświadczenia, które może się stać podstawą urojenia, są halucynacje. Doświadczenie świata w odmienny sposób może doprowadzić do rewizji przekonań.

Warunek wystarczający – kontrargumenty

Do każdego z przywołanych argumentów można przywołać kontrargument, pokazujący, że anomalne doświadczenie nie jest warunkiem wystarczającym do powstania urojeń.

Ad Argumenty z doznania

Ad Urazy mózgu

Samo uszkodzenie szlaku przetwarzania informacji twarzowej nie musi prowadzić do powstania urojenia. Pacjenci z urazami w okolicach skroniowo-ciemieniowych skarżą się często, że ich odczucia na widok ukochanej osoby są „dziwne” [Davies, Colheart 2000]. Zmiana w doświadczeniu twarzy innych osób i swojej nie zawsze skłania jednak do uznania śmiałych hipotez wysuwanych przez pacjentów z syndromem Capgrasa czy Cotarda [Stone, Young 1997].

Nie można zatem jednoznacznie stwierdzić, że między określonym uszkodzeniem mózgu a wystąpieniem urojenia zachodzi relacja przyczynowa. Z tego, że w wielu przypadkach występuje taka korelacja, nie można wnioskować o jej generalnym charakterze.

Ad Wpływ emocji na rozumowanie

Zmiana doświadczenia emocjonalnego nie musi skłaniać do zmiany przekonań. Jest bardzo prawdopodobne, że afekt wpływa na poznanie, ale bez refleksji nad nim i bez jego interpretacji nie może pojawić się przekonanie urojeniowe.

Co więcej, pacjent z poważną depresją może powiedzieć „czuję się, jakbym był martwy”, a nie „jestem martwy” [Kapusta 2010a]. Drugie stwierdzenie jest silniejsze i stanowi wynik długiego procesu inferencyjnego. W przypadku urojenia Cotarda rodzi się jeszcze inne pytanie: Jak ze sposobu widzenia przedmiotów można wnioskować o własnym nieistnieniu? [Campbell 2001]. Musi być to rezultat szczególnego rodzaju rozumowania.

Ad Argumenty z treści doświadczenia**Ad Nieodwołalność danych na wejściu**

Zmiana w percepcji, nawet bardzo radykalna, nie jest wystarczająca do uznania hipotezy urojeniowej. Przy powstawaniu przekonań biorą udział dwie zasady: konserwatywności i obserwacyjnej adekwatności [Fodor 1989, za: Stone, Young 1997]. Pierwsza z nich mówi o tym, że nie należy dokonywać radykalnych zmian w przekonaniach. Druga natomiast dotyczy zgodności twierdzeń z obserwowanymi danymi. Przy myśleniu niezaburzonym człowiek nie rewiduje swoich przekonań na podstawie jedнокrotnej zmiany w doświadczeniu, ale w takich chwilach bardziej ufa swojemu rozumowi niż zmysłom. Natomiast w przypadku urojeń pacjent bardziej ufa doświadczeniu niż dotychczasowym swoim przekonaniom. Widać zatem, że sama zmiana percepcyjna nie powoduje zmiany myślenia, ale potrzebna jest jednocześnie zmiana rozumowania oraz zaufania do zastanej wiedzy i narzucających się danych zmysłowych.

Ad Halucynacje

Nie każda halucynacja prowadzi do urojenia [Chapman, Chapman 1988; Langdon, Bayne 2010; Rhodes, Gipps 2008]. Można ją potraktować jedynie jako pewne nietypowe doświadczenie i nie rewidować pod jego wpływem dotychczasowych przekonań. Tym, co sprawia, że halucynacja staje się podstawą urojenia, jest jej interpretacja [Bentall 2006].

Warunek konieczny

Teorie traktujące doświadczenie jako warunek konieczny do powstania urojeń traktują je jako szczególnego rodzaju doznanie. Są one zgodne z wersją wyjaśniającą teorii oddolnej.

Powstawanie urojeń według Karla Jaspersa

Wydaje się, że anomalne doświadczenie jest warunkiem koniecznym powstania urojeń. Bez odpowiednich danych na wejściu nie powstałoby rozumowanie określonego rodzaju. Jest to podstawowe twierdzenie dwuczynnikowych koncepcji urojeń, które czerpią z teorii Karla Jaspersa.

Jaspers podzielił urojenia na pierwotne i wtórne [Jaspers 1963, za: Kapusta 2010a]. Urojeniami pierwotnymi są wszelkie doznania, nastroje i odczucia, które wywołują wrażenie, że dzieje się coś niezwykłego i podejrzanego. Tworzą one tak zwaną urojeniową atmosferę, powodującą zmianę percepcji otoczenia. Skutkuje to zwykle sformułowaniem określonego sądu, który tworzy urojenie wtórne.

Powstawanie urojeń według Antoniego Kępińskiego

Podobną koncepcję powstawania urojeń miał Antoni Kępiński [Kępiński 2001]. Dzielił on proces powstawania urojeń na trzy fazy: oczekiwania, olśnienia i uporządkowania. W pierwszej fazie pacjent odczuwa dziwne napięcie i niepokój. W drugiej – widzi rzeczywistość w nowy sposób i zaczyna rozumieć, skąd się ten niepokój bierze. Trzecia faza natomiast polega na podporządkowaniu całego widzenia świata powstałej koncepcji urojeniowej. Nowe przekonanie nabiera szczególnego rodzaju znaczenia w obrębie istniejącego systemu wiedzy, pacjent ma polepszoną pamięć i spostrzegawczość dotyczącą wszystkiego, co wiąże się z jego urojeniem.

Dwuczynnikowe koncepcje powstawania urojeń

Współczesne dwuczynnikowe koncepcje powstawania urojeń przypominają zarówno teorię Jaspersa, jak i Kępińskiego. Jedną z nich zaproponowali Davies i Colheart [2000]. Wyróżniają oni cztery etapy w procesie powstawania urojeń. Pierwszym z nich jest deficyt poznawczy (który zwykle jest skutkiem uszkodzenia mózgu). Łączy się on często z zaburzeniami percepcyjno-afektywnymi, które wpływają na zmiany w doświadczeniu. Potem powstaje wstępna hipoteza urojeniowa (etap drugi). Mimo sprzeczności z innymi przekonaniem, hipoteza zostaje przyjęta przez pacjenta (etap trzeci). Dzieje się tak, ponieważ przez neurologiczny defekt zahamowany zostaje proces rewizji przekonań. System przekonań urojeniowych pozostaje niedopracowany (etap czwarty). Jest on odgraniczony od innych przekonań i w rezultacie pacjent nie dąży do tego, żeby jego urojenie było spójne z innymi poglądami. Widać to wyraźnie w urojeniach monotematycznych, na przykład przy urojeniu Capgrasa – pacjent, który twierdzi, że jego żona została porwana i podmieniona, nie dąży do tego, aby swoją żonę odnaleźć.

Warunek konieczny – kontrargumenty

Żaden z powyższych modeli powstawania urojeń nie jest w stanie wyjaśnić procesu zmiany myślenia. Anomalie percepcyjne i doznaniowe nie wystarczą do zaakceptowania treści przekonań urojeniowych.

Ad Powstawanie urojeń według Karla Jaspersa

Teoria urojeń Jaspersa nie wyjaśnia, dlaczego takie, a nie inne przekonanie pojawia się na skutek określonego nastroju. Przykładowo, w urojeniu Capgrasa teoria ta pokazuje, dlaczego pacjent stwierdza, że jego bliski został podmieniony, a nie jedynie, że doświadcza go w inny sposób. Tak radykalne przekonania, jakie występują w urojeniach Capgrasa czy Cotarda, wymagają większej liczby czynników sprawczych.

Co więcej, teoria ta nie może dotyczyć wszystkich urojeń. Niektóre z nich, na przykład urojenia prześladowcze, mogą powstać bez percepcyjnej anomalii [Bentall 2006]. Warto nadmienić, że bardzo często nie da się zauważyć związku między określoną percepcją a powstałym na jej skutek urojeniem – pacjent, który patrzy na płytki na

ścianie i na tej podstawie stwierdza, że „koniec świata jest bliski”, zdaje się angażować inne procesy poznawcze poza percepcją [Campbell 2001]. Samo doznanie wywołane przez spoglądanie na płytki nie jest podstawą takich wniosków. Wydaje się, że istnieje szczególnie rodzaj rozumowania, który pozwala na tego typu inferencje.

Ad Powstawanie urojeń według Antoniego Kępińskiego

Teoria Kępińskiego zdaje się o wiele bardziej przekonująca od teorii Jaspersa. Pokazuje bowiem, dlaczego przekonanie będące podstawą urojenia nabiera tak dużego znaczenia, że staje się dla pacjenta ważniejsze od dotychczasowych twierdzeń na temat świata. Nie ma w niej jednak wyjaśnienia, w jaki sposób z dziwnego nastroju pacjent wyciąga tak daleko idące wnioski, jak na przykład stwierdzenie, że jest on martwy. Sama percepcja albo doznanie nie może również zapewnić długotrwałego podtrzymania takich myśli [Rhodes, Gripps 2008].

Ad Dwuczynnikowe koncepcje powstawania urojeń

Teoria Daviesa i Colhearta pokazuje, w jaki sposób może powstać dziwne przekonanie, niespójne z całą dotychczasową wizją świata. Nie wyjaśnia jednak tego, dlaczego jest ono podtrzymywane i nie podlega rewizji [Davies, Coltheart, Langdon, Breen 2001]. Wszystkim teoriom tego pokroju brakuje również wyjaśnienia, jak z odpowiedniego doznania afektywnego wnioskuje się konkretne przekonania. Określony nastrój nie jest bowiem tak bogaty treściowo, jak przekonania urojeniowe [Campbell 2001].

Wnioski dotyczące doświadczenia urojeniowego

Powyższe rozważania pokazują, że anomalnego doświadczenia nie można uznać ani za warunek konieczny, ani za wystarczający procesu powstawania urojeń. Nie można zatem twierdzić, że urojenie jest racjonalną reakcją na anomalne doświadczenie. Co więcej, można podać w wątpliwość racjonalność pacjentów urojeniowych (przez wskazanie braków w umiejętności wyciągania logicznych wniosków z doświadczenia lub niemożności rewizji przekonań [Campbell 2001; Kapusta 2010a]).

Z teorii oddolnych można wysnuć jednak wiele istotnych wniosków związanych z procesem powstawania urojeń (i prawdopodobnie przekonań w ogóle). Po pierwsze, wskazują one na wpływ zmian na poziomie biologicznym na sposób doświadczania świata i myślenie o nim.

Po drugie, podkreślona jest w nich rola emocji w rozumowaniu i języku. Badacze zauważają, że urojeniom towarzyszy często depresja [Campbell 2001], stany lękowe [Grzywa, Gronkowski 2010] oraz spłylenie afektu [Bentall 2006]. Język osób z urojeniami jest również mocno nacechowany emocjonalnie [Docherty 2011]. Dużą rolę odgrywają tu emocje negatywne, przede wszystkim niepokój [Docherty 2011].

Po trzecie, przyglądając się doznaniom osób urojeniowych można zauważyć, że część z nich wiąże się z problematyką cielesności. W największym wymiarze dotyczy

to urojenia Cotarda, w którym pacjent mówi, że jest odcieleśniony lub martwy. Istnieją również inne przykłady urojeń, w których ten wymiar jest stawiany na pierwszym miejscu, na przykład w somatoparafrenii, w której pacjent twierdzi, że jego kończyna do niego nie należy [Grzywa, Gronkowski 2010]. Można zatem wnioskować, że problem ucieleśnienia jest ważnym aspektem urojeń [Kapusta 2010b; Rhodes, Gipps 2008]. Odcielesnienie bądź, w łagodniejszej postaci, brak poczucia tożsamości z własnym ciałem może prowadzić do zaburzeń myślenia.

Można zatem stwierdzić, że mimo iż problematyka anomalnego doświadczenia nie może stać się jedyną podstawą wyjaśniania procesu powstawania urojeń, to jednak wnosi wiele do prób ich zrozumienia.

Podsumowanie

W niniejszym artykule przywołane zostały oddolne kognitywne teorie urojeń, traktujące urojenie jako racjonalną reakcję na anomalne doświadczenie. Autorka przedstawiła argumenty za uznaniem tych teorii oraz kontrargumenty. Wydaje się, że anomalne doświadczenie nie może być uznane za jedyny warunek w procesie powstawania urojeń. Warto zwrócić uwagę na elementy zmienionego rozumowania, które prawdopodobnie muszą towarzyszyć anomaliiom w doświadczeniu, aby doprowadzić do urojenia – na przykład sposób wyciągania wniosków z doświadczenia oraz zaburzona umiejętność rewizji przekonań. Prawdopodobnie zatem połączenie teorii odgórnych i oddolnych mogłoby być kluczowe dla zbudowania pełniejszej charakterystyki procesu powstawania urojeń.

Teorie oddolne, mimo że nie wyjaśniają w pełni procesu powstawania urojeń, wskazują na istotne kwestie przydatne w ich rozumieniu. Podkreślają bowiem rolę biologii (zmian na poziomie mózgowym lub biochemicznym) oraz emocji i ucieleśnienia w procesach poznawczych. Badanie tych kwestii może stać się bardzo wartościowe nie tylko dla osób zajmujących się urojeniami, lecz także dla tych, którzy badają inne rodzaje przekonań.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Text Revision (DSM-IV-TR), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition (DSM-5), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bayne T., Pacherie E. (2004). *Bottom up or top down?* „Philosophy, Psychiatry and Psychology” 11 (1), s. 1–11.
- Bentall R. (2006). *Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a ‘complaint-orientated’ approach to understanding mental illness*. „Medical Hypotheses” 66, s. 220–233.

- Bortolotti L. (2010). *Delusion*. W: E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. URL = <http://plato.stanford.edu/archives/fall2010/entries/delusion/> [data pobrania: 2.09.2012].
- Campbell J. (2001). *Rationality, meaning and the analysis of delusion*. „Philosophy, Psychiatry and Psychology” 8, s. 89–100.
- Capgras J., Reboul-Lachaw J. (1923). *L'illusion des 'sosies' dans un délire systématisé chronique*. „Bulletin de la Société Clinique et Médecine Mentale” 11, s. 6–16.
- Chapman L.J., Chapman J.P. (1988). *The genesis of delusions*. W: T.F. Oltmanns, B.A. Maher (red.), *Delusional Beliefs*. New York: Wiley and Sons, s. 167–183.
- Cotard J. (1882). *Du délire des négations aux idées d'énormité*. „Archives de Neurologie” 4, s. 152–170.
- Davies M., Coltheart M. (2000). *Introduction. Pathologies of Belief*. „Mind and Language” 15 (1), s. 1–46.
- Davies M., Coltheart M., Langdon R., Breen N. (2001). *Monothematic delusions: Towards a two-factor account*. „Philosophy, Psychiatry and Psychology” 8 (2/3), s. 133–158.
- Docherty N.M. (2011). *On identifying the processes underlying schizophrenic speech disorder*. „Schizophrenia Bulletin” 37, s. 3–11.
- Ellis H.D., Young A.W. (1990). *Accounting for delusional misidentifications*. „British Journal of Psychiatry” 157, s. 239–248.
- Fodor J. (1989). *The Theory of Content and Other Essays*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Grzywa A., Gronkowski M. (2010). *Urojenia – zaburzenia treści myślenia*. „Current Problems of Psychiatry” 11, s. 67–76.
- Hirstein W., Ramachandran V.S. (1997). *Capgras syndrome: A novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons*. „Proceedings of the Royal Society: Biological Sciences” B 264, s. 437–444.
- Jaspers K. (1963). *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press, s. 167–183 (tłum. J. Hoenig, M.W. Hamilton).
- Kapur S. (2003). *Psychosis as a state of aberrant salience. A framework linking biology, phenomenology and pharmacology in schizofrenia*. „The American Journal of Psychiatry” 160, s. 13–23.
- Kapusta A. (2010a). *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kapusta A. (2010b). *Racjonalność szaleństwa. Filozoficzne dyskusje wokół współczesnych koncepcji urojeń*. W: Z. Drozdowicz (red.), *O racjonalności w nauce i życiu społecznym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 35–44.
- Kępiński A. (2001). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Langdon R., Bayne T. (2010). *Delusion and confabulation: Mistakes of perceiving, remembering and believing*. „Cognitive Neuropsychiatry” 15, s. 319–345.
- Maher B. (1999). *Anomalous experience in everyday life. Its significance for psychopathology*. „The Monist” 4 (82), s. 547–570.
- Ramachandran V.S., Hirstein W. (1997). *Three laws of qualia*. „Journal of Consciousness Studies” 4, s. 429–458.
- Rhodes J., Gipps R. (2008). *Delusions, certainty, and the background*. „Philosophy, Psychiatry, and Psychology” 15 (4), s. 295–310.
- Stone T., Young A.W. (1997). *Delusions and brain injury: the philosophy and psychology of belief*. „Mind and Language” 12, s. 327–364.
- Young A.W. (2000). *Wondrous strange: The neuropsychology of abnormal beliefs*. W: M. Coltheart, M. Davies (red.), *Pathologies of Belief*. Oxford: Blackwell, s. 47–73.