

## Własności struktury „ja” a zaburzenia monitorowania źródła informacji u osób chorych na schizofrenię

### Features of the self-structure and source monitoring disorders in people with schizophrenia

Marek Nieznański

Z Katedry Psychologii Ogólnej Instytutu Psychologii  
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. A. Strzałeczki

#### Summary

**Aim:** The aim of this study was to explore relationships between self-structure and source monitoring in people with schizophrenia.

**Method:** Forty-one outpatients with an ICD-10 diagnosis of schizophrenic disorders participated in the study. Subjects were asked to select personality trait words from a check-list that described themselves, themselves as they were five years ago, and what most people are like. They also performed a source monitoring task and were assessed on current psychiatric symptoms.

**Results:** Patients who lacked a sense of continuity over time tended to attribute self-generated items to an external source. Subjects who had a less clearly defined self-structure and whose self-representation was less differentiated from others-representation tended to falsely attribute items to themselves.

**Conclusion:** The basic features of self-structure were significantly related to some problems in discrimination of self-generated stimuli in the source monitoring task.

*Słowa klucze:* schizofrenia, zaburzenia pamięci, struktura „ja”

*Key words:* schizophrenia, memory disorders, self concept

W ostatnich kilkunastu latach ukazało się wiele prac, które poszukiwały korelacji pomiędzy poszczególnymi funkcjami poznawczymi a zespołami objawów psychopatologicznych. Wśród propozycji teoretycznych wiążących genezę objawów wytwórczych z zaburzeniami procesów przetwarzania informacji najlepiej opracowana i najistotniejsza wydaje się koncepcja przedstawiona przez Fritha i Done'a [1]. Wskazuje się w niej na dwie podstawowe drogi wzbudzenia aktywności. Pierwsza to działania spontaniczne, zainicjowane przez „ja”, czyli powstałe na bazie własnych pragnień i potrzeb podmiotu. Druga droga inicjowania aktywności związana jest z wpływem stymulacji zewnętrznej. Zmiana w środowisku zostaje spostrzeżona przez organizm

i w odpowiedzi na nią, przy uwzględnieniu doświadczeń zgromadzonych w pamięci, wybrana zostaje odpowiednia aktywność. Koncepcja zakłada istnienie wewnętrznego systemu monitorowania, który określa, czy działanie było zainicjowane przez „ja”, czy wywołane zostało przez jakiś bodziec zewnętrzny. Załamanie funkcjonowania systemu monitorowania prowadzi do dezorientacji odnośnie do przyczyn własnych myśli i działań. Według Fritha i Done’a błędne rozpoznawanie bodźców wewnętrznych jako pochodzących z zewnątrz prowadzi do tego, że pacjent doświadcza własnych działań tak jakby wynikały z zewnętrznego wpływu, własne myśli spostrzega jako nasłane przez „obcą siłę”, wreszcie własna mowa wewnętrzna odbierana jest przez niego jak zewnętrzny „głos” [1].

W psychologii poznawczej przez określenie „monitorowanie źródła informacji” (source monitoring) rozumiane są procesy zaangażowane w dokonywanie atrybucji pochodzenia wspomnień, wiedzy czy przekonań. Wyróżniane są trzy podstawowe rodzaje monitorowania źródła: 1) rozróżnianie źródeł zewnętrznych, np. rozpoznanie, czy dana opinia pochodziła od osoby A czy B; 2) rozróżnianie źródeł wewnętrznych, np. czy wspomnienie odnosi się do myśli, wyobrażenia czy własnej wypowiedzi, oraz 3) odróżnianie źródła zewnętrznego od wewnętrznego. Ten ostatni rodzaj monitorowania źródła nazywany jest monitorowaniem rzeczywistości (reality monitoring) [2, por. 3]. Badania pokazują, że wiele wskazówek może być wykorzystywanych do identyfikacji źródła – są nimi m.in. informacje percepcyjne, dane kontekstowe, afekt związany ze wspomnieniem czy operacje poznawcze obecne w fazie kodowania informacji. Poprawność i łatwość identyfikacji źródła zależy od rodzaju i wielkości zasobów pamięciowych związanych z danym zdarzeniem oraz od efektywności procesów oceny. Istotne jest także to, w jakim stopniu określone własności są unikalne dla danego źródła [2, 4].

Wiele studiów empirycznych wykazało, że pacjenci chorzy na schizofrenię wykonują zadania monitorowania źródła informacji istotnie gorzej niż osoby zdrowe [5, 6], część badań potwierdziła także związek nasilenia objawów wytwórczych z błędami identyfikacji źródła bodźców. Dotyczy to szczególnie omamów słuchowych i urojeń wpływu, których nasilenie jest związane z liczbą błędów monitorowania rzeczywistości [7, 8, 9, por. 3].

Drugim kluczowym dla niniejszej pracy obszarem badań psychologii poznawczej jest struktura „ja”, zwana także schematem „ja” lub pojęciem „ja”. Jako szczególnie rozwinięta i bogata struktura wiedzy, schemat „ja” ma istotne własności, dzięki którym – poprzez dostarczanie stabilnych „punktów odniesienia” – nowe bodźce są sprawnie kojarzone i asymilowane. Aktywizacja schematu „ja” tworzy unikalny kontekst dla przyswajania informacji, umożliwia ich zakodowanie na najgłębszym poziomie przetwarzania [10, por. 11].

Hazel Markus [12] zwróciła uwagę na to, że w pewnych obszarach struktura „ja” może być lepiej wykształcona, bardziej szczegółowa, niż w innych. Markus zdefiniowała cechy dla podmiotu szczególnie ważne i charakterystyczne jako schematowe, cechy zaś peryferyczne i mało ważne w opisie samego siebie jako aschematowe. Jak pokazują badania, określenia odnoszące się do cech schematowych są lepiej pamiętane, łatwiej związane z konkretnymi przejawami w zachowaniu, pewniej i szybciej rozpoznawane

jako własne atrybuty. Cechy schematowe jako cechy dystynktywne – specyficzne, odróżniające „ja” od „innych” – konstytuują tożsamość podmiotu [13, 14].

W wielu definicjach tożsamości indywidualnej powtarzają się trzy podstawowe jej wymiary. Należą do nich: 1) poczucie spójności, jedności i identyczności z samym sobą, poczucie stanowienia jednej całości; 2) poczucie odrębności od otoczenia, niepowtarzalności własnej osoby; 3) poczucie ciągłości w czasie, względnej niezmienności „ja”, poczucie bycia tą samą osobą w różnych momentach życia [za: 15, 16, 17]. Wiele przesłanek wskazuje na to, że wszystkie te aspekty poczucia tożsamości są zaburzone u osób chorych na schizofrenię [18, 19, 20, por. 11, 21].

Już w samej nazwie „schizofrenia” (schizo – rozszczepia, phren – rozum, serce) twórca terminu Bleuler zawarł wg niego najistotniejszą cechę tej choroby (czy grupy chorób), tj. rozpad, rozszczepienie osobowości. Przejawia się ono w zaburzeniach sfery uczuciowej, wzajemnie sprzecznych zachowaniach, ambiwalencji postaw wobec siebie i otoczenia, uwidacznia się także w braku spójności mowy i myślenia [22, 23]. Zaburzenia poczucia „ja” uwzględniane są także w obrazie schizofrenii przez współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych DSM-III-R i DSM-IV. W podręczniku DSM-III-R [24, s.189] mowa jest o zaburzonym poczuciu „ja” i doświadczaniu zagubienia własnej tożsamości („extreme perplexity about one’s own identity”), a klasyfikacja DSM-IV [25, s. 279] wśród towarzyszących schizofrenii cech i zaburzeń wymienia depersonalizację i derealizację, które mogą osiągnąć nawet postać urojeń [por. 26]. Teorie reprezentujące poznawcze podejście w psychoterapii psychoz również wskazują na związki zaburzeń psychicznych z patologią przekonań na temat własnej osoby. Na przykład Perris [27, por. 28] uczynił pojęcie „dysfunkcyjnych schematów poznawczych dotyczących własnej osoby i innych ludzi” (dysfunctional working models of self and others) kluczowym elementem swojej teorii indywidualnej podatności na zachorowanie na schizofrenię. W swoich badaniach wykazał, że u chorych na schizofrenię reprezentacje poznawcze samych siebie i innych osób zawierają treści specyficzne tylko dla tej grupy pacjentów [29, por. 30]. Niemniej, jak podkreślają Stein i Markus [31], dla pełnego zrozumienia roli struktury „ja” w genezie zaburzeń psychicznych, obok analizy treści, równie ważna jest analiza własności formalnych struktury „ja” [por. 20].

Głównym celem przeprowadzonego eksperymentu było zweryfikowanie tezy o zależnościach między własnościami formalnymi struktury „ja” a sprawnością monitorowania realności u osób z rozpoznaniem schizofrenii. Wydaje się, że trudności w określeniu własnej tożsamości, które występują u znacznej części pacjentów, mogą wiązać się z niezdolnością do trafnej oceny, czy rozpoznawany bodziec był wcześniej wytworzony przez „ja”, czy „nie ja”.

### Material

W badaniach uczestniczyło 41 pacjentów, u których rozpoznano schizofrenię (n=34), zaburzenia schizoafektywne (n=6) lub utrwalone zaburzenia urojeniowe (n=1). Diagnoza ustalana była według wskazówek międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 [32]. Korzystano przy tym z aktualnych obserwacji stanu pacjenta i informacji zawartych w dokumentacji medycznej.

Wszyscy badani byli pacjentami Zespołu Leczenia Środowiskowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, u większości zaburzenia psychiczne miały charakter przewlekły,

aktualny stan oceniany był jako stabilny. Czas trwania choroby, ustalany na podstawie daty pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, wynosił przeciętnie 17,3 roku ( $\pm 8,97$ ). Średnia wieku pacjentów wynosiła 45,4 roku ( $\pm 8,39$ ), wśród badanych było 21 mężczyzn i 20 kobiet. Wszyscy pacjenci w okresie poprzedzającym badanie przyjmowali leki przeciwpyschotyczne w dawkach optymalnych dla leczenia ambulatoryjnego. Z powodu dużej różnorodności stosowanych leków zrezygnowano ze szczegółowej oceny ich wpływu na wyniki osób badanych. Uwzględniono jedynie ogólny podział neuroleptyków na tzw. leki klasyczne oraz atypowe, ponieważ doniesienia w literaturze sugerują, że przyjmowanie leków atypowych jest korzystniejsze dla funkcjonowania poznawczego [za: 33, 34].

## Metoda

### Własności struktury „ja”

Do przeprowadzenia badań nad obrazem samego siebie i obrazem innych ludzi sporządzona została lista 50 cech człowieka. Korzystano przy tym z *Listy określeń do opisu właściwości człowieka* opracowanej przez Lewicką [35]. Określenia wyselekcjonowano w taki sposób, aby reprezentowały możliwie różnorodne grupy cech oraz aby ich ocena była pozytywna i jednoznaczna. Przykładowo, wśród wybranych określeń znalazły się następujące słowa: inteligentny, przedsiębiorczy, atrakcyjny, towarzyski, pogodny, pracowity itd. Sposób oceny własności struktury „ja” wzorowano na narzędziach badawczych opracowanych przez Jarymowicz [36], ponieważ narzędzia te konstruowane były na podstawie poznawczej koncepcji tożsamości, przyjętej także w niniejszej pracy.

Osobom badanym polecano, by wybrały i zaznaczyły wszystkie te cechy z listy, które pasują do nich, następnie te, które pasują do nich, jakimi byli pięć lat temu, i na koniec te cechy, które pasują do większości ludzi. Następnie proszono o zakreślenie dokładnie 10, według nich, najważniejszych cech w każdym z trzech opisów. Wyodrębniono następujące główne miary opisujące własności formalne struktury „ja”:

1. Miara poczucia stabilności „ja” w czasie – to liczba tych cech najważniejszych w opisie samego siebie, które wystąpiły jako najbardziej istotne także w opisie „ja dawnego”. Tak więc miara ta mogła wahać się od 0 do 10, przy czym 0 oznaczało, że opisy „ja” i „ja dawnego” różnią się maksymalnie, natomiast 10 oznaczało, że w zakresie cech ważnych nie nastąpiła żadna zmiana, że osoba badana ma poczucie stabilności w czasie cech swojej osobowości.

2. Miara stopnia odrębności struktury „ja” – to liczba cech najważniejszych w opisie samego siebie, które osoba badana uznała za najistotniejsze także w opisie „innych ludzi”. Miara ta również mogła wahać się od 0 do 10, przy czym 0 oznaczało całkowite wyodrębnienie obrazu samego siebie z reprezentacji „innych”, 10 zaś świadczyło o całkowitym braku poczucia odrębności własnej osoby.

3. Łączna miara stabilności i odrębności schematu „ja” – stanowiła ją liczba cech najważniejszych w opisie „ja”, które zostały uznane przez badanego za najistotniejsze w opisie „ja dawnego” i jednocześnie nie zostały zaznaczone jako najważniejsze

w obrazie „innych ludzi”. Cechy te, w nawiązaniu do terminologii Markus, będą dalej nazywane cechami schematowymi.

4. Miara zróżnicowania obrazu samego siebie. Na podstawie liczby słów użytych do opisu samych siebie osoby badane podzielono na dwie podgrupy. Pierwszą stanowili pacjenci, których obraz samych siebie był niedostatecznie określony, tzn. ci, którzy z listy określeń wybierali skrajnie mało lub skrajnie wiele cech. Drugą podgrupę tworzyli pozostali pacjenci o relatywnie dobrze określonym obrazie samych siebie.

### Rozpoznawanie źródła bodźca

Przy konstruowaniu zastosowanego tu narzędzia oceny zdolności rozpoznawania źródła bodźca wzorowano się na opracowanym przez Fritha i wsp. [37] teście Memory For Action (MFA). Pierwsza część zadania polegała na podaniu przez osobę badaną sześciu słów zaczynających się na literę „p”, sześciu na literę „s” i sześciu na literę „k”. Słowa zapisywane były na specjalnym arkuszu. Gdy osoba badana podała swoje słowa, prowadzący eksperyment również wymieniał po sześć słów na litery „p”, „s” i „k”. Przygotowanych było także po sześć słów-dystraktorów, które w części rozpoznawania były bodźcami nowymi. W części polegającej na rozpoznawaniu badany mógł udzielić trzech rodzajów odpowiedzi: 1) słowo było wcześniej podane przez niego, 2) słowo wcześniej wymieniał prowadzący eksperyment i 3) słowo jest nowe, nie było przez nikogo wcześniej podawane.

Wyniki testu rozpoznawania źródła bodźca przedstawiono za pomocą liczby błędów, które popełniła osoba badana. Możliwe były następujące rodzaje błędów:

- 1) uznanie własnego słowa za: a) słowo podane przez eksperymentatora, b) nowe słowo;
- 2) uznanie słowa eksperymentatora za: a) słowo własne, b) nowe słowo;
- 3) uznanie nowego słowa za: a) słowo własne lub b) eksperymentatora.

Badanie rozpoczynało się od pierwszej części testu rozpoznawania źródła bodźca. W przerwie poprzedzającej rozpoznawanie słów pacjenci wypełniali kolejno kwestionariusze: „samoopisu”, „opisu siebie dawnego” i „opisu innych ludzi”. Następnie powracano do drugiej części zadania – rozpoznawania źródła bodźca.

### Ocena nasilenia objawów

Aktualny stan psychiczny pacjentów badano za pomocą skali Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [38, por. 39]. Jest to popularna metoda kliniczna zawierająca 18 pozycji, które opisują podstawowe objawy psychopatologiczne. Dwie pozycje skali odnoszą się do objawów wytwórczych – omamów i zaburzeń treści myślenia.

### Wyniki

Przyjęto, że o poczuciu stabilności głównych cech osobowości świadczyć będzie liczba określeń ważnych, które jednocześnie występowały w opisach „ja” i „ja dawnego”. Podobnie poziom wyodrębnienia obrazu samego siebie oceniano obliczając,

ile cech ważnych dla „ja” nie zostało uznanych za ważne w opisie „innych ludzi”. Obie miary nie korelowały ze sobą w stopniu istotnym statystycznie ( $r=0,11$ ,  $p=0,54$ ), można więc przyjąć, że dotyczą one odrębnych aspektów struktury „ja”. Zastosowano także łączną miarę poczucia stabilności i odrębności obrazu samego siebie, wyrażaną liczbą ważnych cech, które jednocześnie były stabilne i specyficzne dla obrazu samego siebie (patrz tabela 1).

Tabela 1

Ocena poziomu odrębności i poczucia stabilności struktury „ja”

	Liczba cech ważnych, wspólnych dla opisów		Liczba cech schematowych $n=33$
	„ja” i „ja - dawny” $n=33$	„ja” i „inni” $n=36$	
Ośrednia	3,97	1,97	3,08
Odchylenie standardowe	2,11	1,70	1,86
Min. – maks.	1–8	0–6	0–8

\* Pominięto przypadki, gdy liczba cech w obu lub w jednym z opisów była mniejsza niż 10

Umiejętność monitorowania źródła bodźca oceniano poprzez określenie liczby poszczególnych rodzajów błędów występujących w zadaniu rozpoznawania źródła słów (patrz tabela 2).

Tabela 2

Rodzaje błędów w zadaniu rozpoznawania źródła bodźca ( $n = 41$ )

	Słowa badanego rozpoznane jako		Słowa eksperymentatora rozpoznane jako		Słowa nowe rozpoznane jako	
	eksperymentatora	nowe	badanego	nowe	badanego	eksperymentatora
Ośrednia	1,37	1,27	0,05	0,70	0,01	0,02
Odchylenie standardowe	1,43	2,34	1,04	4,46	1,02	5,22
Min. – maks.	0–5	0–11	0–7	0–12	0–4	0–12

Liczba cech wspólnych dla opisu samego siebie i opisu „siebie dawnego” ujemnie korelowała, w stopniu istotnym statystycznie, z liczbą błędnych rozpoznań własnych słów jako pochodzących od eksperymentatora. Przeprowadzone badanie wykazało, że liczba cech ważnych, wspólnych dla obrazu samego siebie i innych osób, korelowała dodatnio, w stopniu istotnym statystycznie, z liczbą błędnych przypisań sobie słów nowych oraz słów eksperymentatora. Oceniając łącznie poczucie stabilności „ja” i odrębność schematu „ja” od obrazu „innych ludzi”, uzyskano istotną statystycznie korelację tej miary z liczbą błędnych przypisań słów własnych eksperymentatorowi (patrz tabela 3).

Tabela 3

Zależności między własnościami schematu „ja” a błędami w zadaniu rozpoznawania źródła bodźca (wg współczynnika korelacji rangowej  $\tau$ -Kendalla)

Liczba cech:	Słowa badanego rozpoznane jako:		Słowa eksperymentatora rozpoznane jako:		Słowa nowe rozpoznane jako:	
	eksperymentatora	nowe	badanego	nowe	badanego	eksperymentatora
ważnych, wspólnych dla „ja” i „ja dowiny” n=33	-0,35 p = 0,04	0,01 p = 0,96	-0,07 p = 0,61	0,07 p = 0,59	-0,04 p = 0,80	-0,24 p = 0,06
ważnych, wspólnych dla „ja” i „ja m” n=36	0,21 p = 0,12	0,05 p = 0,73	0,28 p = 0,04	-0,09 p = 0,48	0,24 p = 0,02	0,12 p = 0,33
schematowych n=33	-0,42 p = 0,003	-0,03 p = 0,82	-0,11 p = 0,44	0,03 p = 0,82	-0,06 p = 0,70	-0,20 p = 0,15

Na podstawie liczby słów użytych do opisu samego siebie osoby badane podzielono na dwie podgrupy. Pierwszą stanowili pacjenci (n=17) o skrajnie ubogim lub nie wyodrębnionym obrazie samych siebie – tzn. zaznaczający mniej niż 14 lub więcej niż 33 przymiotniki spośród 50 możliwych (liczby graniczne wybrano po uwzględnieniu wartości pierwszego i trzeciego kwartyla). Drugą podgrupę tworzyli pacjenci (n=18) o relatywnie dobrze określonym obrazie samych siebie – tzn. zaznaczający powyżej 14 lub poniżej 33 określeń (osoby wybierające dokładnie 14 lub 33 określenia nie weszły do żadnej z podgrup). Porównanie między wyróżnionymi w ten sposób podgrupami wykazało, że pacjenci o skrajnie ubogim lub niezróżnicowanym obrazie samych siebie popełniali istotnie więcej błędów polegających na przypisywaniu sobie słów będących bodźcami nowymi niż pacjenci o dobrze określonym obrazie „ja” (z = 2,16, p = 0,015, test Manna–Whitneya, jednostronny).

Dodatkowo zbadano także wpływ podstawowych zmiennych demograficznych i klinicznych na uzyskane rezultaty. Wiek badanych nie wiązał się znacząco z poziomem wyodrębnienia i poczuciem stabilności schematu „ja”, ani łączną ich miarą. Dłuższemu trwaniu choroby towarzyszyło mniejsze poczucie zmian w ważnych cechach osobowości, które według badanego zaszły w ciągu ostatnich pięciu lat ( $\tau = 0,26$ , p = 0,049). Czas trwania choroby nie wiązał się w sposób istotny z żadnym rodzajem błędów monitorowania źródła informacji, natomiast wiek badanych korelował istotnie z dwoma typami błędów. Im starsi wiekiem byli pacjenci, tym częściej przypisywali sobie słowa: nowe ( $\tau = -0,33$ , p = 0,009) i słowa eksperymentatora ( $\tau = -0,36$ , p = 0,003). Porównanie wyników pacjentów przyjmujących neuroleptyki klasyczne (n=21) i atypowe (n=17) wskazało na brak istotnych różnic w liczbie popełnianych błędów dotyczących rozpoznawania słów własnych i słów eksperymentatora, natomiast słowa nowe pacjenci przyjmujący leki atypowe, wbrew oczekiwaniom, istotnie częściej błędnie przypisywali sobie (z = 1,86, p = 0,03, test Manna–Whitneya,

jednostronny) oraz eksperymentatorowi ( $z=1,72$ ,  $p=0,04$ , test Manna–Whitneya, jednostronny).

Ogólne nasilenie objawów psychopatologicznych, wg sumy punktów w BPRS (średnia  $17,2\pm 10,54$ ), nie wiązało się istotnie z żadną ze zmiennych dotyczących struktury „ja” czy wykonania zadania monitorowania. Gdy jednak podzielono pacjentów na tych, u których występowały objawy wytwórcze ( $n=19$ ) (tzn. pacjentów, którzy uzyskali co najmniej 2 punkty w podskalach: omamy i/lub zaburzenia treści myślenia w BPRS), i tych, u których halucynacji ani urojeń nie stwierdzono ( $n=22$ ), wówczas wykryto różnice w wykonaniu zadania monitorowania źródła między podgrupami chorych. Pacjenci z objawami wytwórczymi popełniali istotnie więcej błędów polegających na uznawaniu słów eksperymentatora za swoje ( $z=2,07$ ,  $p=0,02$ , test Manna–Whitneya, jednostronny) lub za słowa nowe ( $z=1,97$ ,  $p=0,024$ , test Manna–Whitneya, jednostronny) niż pacjenci bez objawów pozytywnych. Wyróżnione podgrupy pacjentów nie różniły się znacząco między sobą pod względem liczby cech ważnych, wspólnych dla obrazu samych siebie i innych ludzi, a także liczby cech ważnych, wspólnych dla obrazu samych siebie i „siebie dawnych”. Również łączna miara stabilności i odrębności obrazu samych siebie nie uzyskała znacząco różnych wartości w tych podgrupach osób badanych.

### **Omówienie wyników**

Podsumowując należy stwierdzić, że przeprowadzone badanie wykazało, że pacjenci, którzy nie potrafili określić własnego „ja” i wybierali zaledwie kilka cech lub zaznaczali prawie wszystkie przymiotniki z podanej listy, istotnie częściej błędnie rozpoznawali informacje nowe jako te, które sami wcześniej wypowiedzieli. Ten rodzaj „fałszywych alarmów” w istotny sposób narastał także u pacjentów, mających problemy z wyodrębnieniem własnego obrazu, którzy opisując siebie i innych stosowali te same określenia ważne. Chorzy ci również częściej rozpoznawali informacje podane przez eksperymentatora jako własne. Pacjenci, u których zaobserwowano duże rozbieżności między obrazem samych siebie i „siebie dawnych” istotnie częściej błędnie przypisywali własne słowa źródłu zewnętrznemu.

Uzyskane rezultaty wskazują zatem, że pacjenci, u których obraz samych siebie jest słabo określony lub w znaczącym stopniu zbieżny z obrazem innych osób, są skłonni do przyswajania jako własnych informacji, które w rzeczywistości nie pochodziły od nich. Natomiast osoby, które charakteryzuje poczucie znacznej zmiany „ja”, wydają się w zadaniu monitorowania źródła odrzucać informacje, które wytwarzały same, uznając je za pochodzące ze źródła zewnętrznego. Należy także podkreślić, że wszystkie wyróżnione własności struktury „ja”, tzn. jej stabilność, odrębność i klarowność, były związane z błędami identyfikacji, polegającymi na ominięciach lub fałszywych alarmach dotyczących informacji pochodzących od „ja”, nie wiązały się natomiast z błędami rozróżniania między bodźcami podawanymi przez eksperymentatora a bodźcami nowymi.

Powyższe wyniki wskazują na istnienie korelacji między poziomem wypracowania struktury „ja” u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii a ich zdolnością identyfiko-



wania własnej aktywności poznawczej. Zależności te mogą być dwukierunkowe. Po pierwsze, słabość schematu „ja”, który jest schematem poznawczym w znacznym zakresie organizującym nabywanie nowych informacji, powoduje, że nie pełni on efektywnie swoich funkcji regulacyjnych, przez co zwiększa się liczba błędów w monitorowaniu źródła informacji. Po drugie, zaburzenie mechanizmów monitorowania informacji związanych z „ja” może negatywnie wpływać na stopień zorganizowania i wyodrębnienia struktury „ja”, ponieważ doświadczenia, które miały kształtować obraz samego siebie, nie są odpowiednio przyswajane i organizowane.

Związki między strukturą „ja” a monitorowaniem rzeczywistości można wyjaśniać także w inny sposób. Po pierwsze obniżenie zdolności rozróżniania informacji pochodzących od siebie i z innych źródeł może wynikać z ograniczonej wiedzy o sobie. Zubożenie obrazu samego siebie powoduje, że odniesienie informacji do „ja” staje się przypadkowe, a bodźce nie są głęboko powiązane ze strukturami poznawczymi, przez co informacja jest gorzej przechowywana i wyszukiwana niż wówczas, gdy struktura „ja” jest dobrze usystematyzowana. Ponadto badania Bayena i wsp. [40] wykazały, że podobieństwo źródeł utrudnia proces różnicowania pochodzących z nich informacji. Może to wyjaśniać zaobserwowaną trudność w monitorowaniu rzeczywistości u pacjentów o słabo wykształconej strukturze „ja”. Dostrzegają oni mniejszą liczbę różnic między „ja” a „inni”, tak więc w zadaniu monitorowania rzeczywistości źródła zewnętrzne („inni”) i wewnętrzne („ja”) są dla nich w większym stopniu podobne niż dla osób o wyraźnie określonych granicach „ja”.

Wreszcie, tendencja do błędnego przypisywania bodźców sobie może wynikać z przyjętej strategii odpowiadania. Pacjenci, którzy nie określają siebie jako wyraźnie odrębnych od „innych ludzi”, mogą przywiązywać mniejszą wagę do błędów w identyfikacji własnych informacji niż pacjenci, dla których istotne jest zaznaczenie własnej odrębności. Być może osoby chore na schizofrenię nie dążą do podkreślenia własnej odrębności, ponieważ czują się (lub rzeczywiście są) odrzucone przez społeczność, w której żyją. W badaniu Kwiatkowskiej [za: 41] niepełnosprawni młodzi ludzie, w sytuacji eksperymentalnej, akcentującej ich podobieństwo do innych ludzi, inaczej niż pozostali badani, nie zaniżali ocen swojego podobieństwa do innych ludzi. Nie jest wykluczone, że błędy monitorowania rzeczywistości są jednym z mechanizmów zacierania różnic między „ja” a „otoczenie”. Tym bardziej że badania wykazują, że u osób chorych na schizofrenię występują zniekształcenia poznawcze, np. w procesach atrybucji, służące podtrzymaniu pozytywnego obrazu samych siebie [por. 42, 43, 44].

Większość badań donosi o tendencji pacjentów z objawami wytwórczymi do przypisywania własnych informacji źródłu zewnętrznemu [7, 8, 9, 45]. Przeprowadzone badanie nie potwierdziło takiej zależności. Choć błędy pacjentów z objawami wytwórczymi również dotyczyły tu bodźców zewnętrznych, polegały jednak głównie na przypisywaniu ich sobie lub uznawaniu za nowe. Należy jednak zaznaczyć, że u zbadanych pacjentów, u których występowały omamy i/lub urojenia, nasilenie tych symptomów było w większości tylko umiarkowane.

W ostatnich kilkunastu latach dynamicznie rozwijają się metody rehabilitacji funkcji poznawczych w schizofrenii [por. 46]. Kluczowego znaczenia nabiera w tym kontekście objęcie oddziaływaniami deficytów o podstawowym znaczeniu dla stanu klinicznego pacjentów. W odniesieniu do tych chorych, u których szczególnie wyraźne są zaburzenia



und zu anderen Menschen passen. Die Patienten erfüllten auch die Aufgabe, die Quelle zu monitorieren. Es wurde ihr aktueller klinischer Zustand beurteilt.

**Ergebnisse:** Die Patienten mit dem gesunkenen Gefühl der “Ich” Kontinuität in der Zeit hatten eine Neigung, ihre Äußerungen in den Mund einer äußeren Quelle zu legen. Die Untersuchten mit einem schwach bestimmten eigenen Bild und die Patienten, deren eigenes Bild schwach vom Bild der anderen Menschen ausgesondert war, schrieben sich selbst die Reize irrtümlicherweise häufiger zu.

**Schlussfolgerungen:** Die Beurteilung der Hauptformaleigenschaften der “Ich” Struktur hing signifikant mit manchen Problemen mit der eigenen kognitiven Aktivität im Monitoring der Informationsquelle zusammen.

### Les caractéristiques de la structure de «moi» et les troubles du monitoring de la source d'informations chez les schizophrènes

#### Résumé

**Objectif:** Vérifier l'hypothèse de la relation de la structure de «moi» et la capacité de monitoring de la source d'information des schizophrènes.

**Méthode:** 41 patients diagnostiqués schizophréniques selon ICD-10. Les sujets ont dû choisir de la liste préparée d'avance des caractéristiques qui leur conviennent le plus maintenant, il y a cinq ans et qui concernent la majorité de gens. Les patients ont dû aussi faire le monitoring de la source d'information et on a estimé leur état actuel de santé.

**Résultats:** Les patients avec le sentiment diminué dans le temps de la continuité de «moi» manifestent la tendance à attribuer les propres paroles à la source extérieure tandis que les patients avec l'image peu définie de soi-même ou peu distincte des images des autres le plus souvent cette source trouvent en eux-mêmes.

**Conclusion:** L'estimation des caractéristiques formelles de la structure de « moi » se lie d'une manière signifiante avec certains problèmes de reconnaître sa propre activité cognitive dans le monitoring de la source d'information.

#### Piśmiennictwo

1. Frith CD, Done DJ. *Towards a neuropsychology of schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1988; 153: 437–443.
2. Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS. *Source monitoring*. Psychol. Bull. 1993; 114: 3–28.
3. Nieznański M. *Przetwarzanie kontekstu i monitorowanie źródła informacji w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 731–743.
4. Lindsay DS, Johnson MK. *Recognition memory and source monitoring*. Bull. Psychonom. Soc. 1991; 29: 203–205.
5. Vinogradov S, Willis-Shore J, Poole JH, Marten E, Ober BA, Shenaut GK. *Clinical and neurocognitive aspects of source monitoring errors in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1530–1537.
6. Stirling JD, Hellewell JSE, Hewitt J. *Verbal memory impairment in schizophrenia: no sparing of short-term recall*. Schizophr. Res. 1997; 25: 85–95.
7. Morrison AP, Haddock G. *Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations*. Psychol. Med. 1997; 27: 669–679.
8. Baker CA, Morrison AP. *Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition*. Psychol. Med. 1998; 28: 1199–1208.
9. Brébion G, Amador X, David A, Malaspina D, Sharif Z, Gorman JM. *Positive symptomatology*

- and source-monitoring failure in schizophrenia: an analysis of symptom – specific effects.* Psychiatry Res. 2000; 95: 119–131.
10. Greenwald AG, Banaji MR. *The self as a memory system: powerful, but ordinary.* J. Pers. Soc. Psychol. 1989; 57: 41–54.
  11. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości*, wyd. 3. Warszawa: PZWL; 2003.
  12. Markus H. *Ja w myśli i pamięci.* W: Maruszewski T, red. *Poznanie, afekt, zachowanie.* Warszawa: PWN; 1993, s.102–130.
  13. Mandrosz-Wróblewska J. *Rola schematów „ja” w przetwarzaniu informacji o sobie i innych ludziach. Teoria Hazel Markus i jej implikacje.* Przegl. Psychol. 1985; 18: 101–122.
  14. Jarymowicz M, Kwiatkowska A. *Atrybuty własnej tożsamości: właściwości spostrzegane jako wspólne dla „ja i „imych” versus specyficznie własne.* W: Jarymowicz M, red. *Studia nad spostrzeganiem relacji „ja–inni”: tożsamość, indywidualacja, przynależność.* Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988, s. 65–79.
  15. Mandrosz-Wróblewska J. *Tożsamość i niespójność „ja” a poszukiwanie własnej odrębności.* Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988.
  16. Kamińska-Feldman M. *Deindywiduacja: źródła i konsekwencje.* W: Jarymowicz M, red. *Studia nad spostrzeganiem relacji „ja–inni”: tożsamość, indywidualacja, przynależność.* Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988, s. 83–101.
  17. Braun B. *Rozwój samowiedzy a proces indywidualacji.* W: Jarymowicz M, red. *Studia nad spostrzeganiem relacji „ja–inni”: tożsamość, indywidualacja, przynależność.* Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988, s.41–63.
  18. De Bonis M, De Boeck P, Lida-Pulik H, Feline A. *Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls.* Compr. Psychiatry 1995; 36: 362–366.
  19. Robey KL, Cohen BD, Gara MA. *Self-structure in schizophrenia.* J. Abnorm. Psychol. 1989; 98: 436–442.
  20. Nieznański M. *The self and schizophrenia: a cognitive approach.* Swiss J. Psychol. 2003; 62: 45–51.
  21. Steuden S. *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią.* Lublin: KUL; 1997.
  22. Bilikiewicz A. *Psychozy schizofreniczne.* W: Bilikiewicz A, Strzyżewski W, red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* Warszawa: PZWL; 1992, s.188–202.
  23. Jarosz M. *Lekarz psychiatra i jego pacjent.* Warszawa: PZWL, 1990.
  24. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Third edition. Revised. Washington, DC: APA; 1987.
  25. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Fourth Edition. Washington, DC: APA; 1994.
  26. Hemsley DR. *The disruption of the ‘sense of self’ in schizophrenia: Potential links with disturbances of information processing.* Brit. J. Med. Psychol. 1998; 71: 115–124.
  27. Perris C. *Defining the concept of individual vulnerability as a base for psychotherapeutic interventions.* W: Perris C, McGorry PD, red. *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice.* Chichester: Wiley; 1998, s. 21–36.
  28. Nieznański M, Habrat E, Szyszkowski W, Chojnowska A, Walczak S. *Poczucie koherencji i dysfunkcjonalne schematy poznawcze u chorych na schizofrenię.* Lęk Depr. 2001; 6: 44–50.
  29. Perris C, Frank N, Gusmao R, Henry L, Lundberg M, Schaub A, Simos G, Richter J, Rognoni R, Ruchkin V, Valla J, and the International Research Group. *Assessment of dysfunctional working models of self and others in schizophrenic patients: a summary of data collected in nine nations.*

Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102: 336–341.

30. Nieznański M, Habrat E, Szyszkowski W, Chojnowska A, Walczak S. *Ocena przydatności Kwestionariusza Dysfunkcyjnych Schematów Poznawczych C. Perrisa i D. Fowlera*. *Łęk Depr.* 2001; 6: 37–43.
31. Stein KF, Markus HR. *The organisation of the self: an alternative focus for psychopathology and behaviour change*. *J. Psychother. Integr.* 1994; 4: 317–353.
32. World Health Organization. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, przeł. Pużyński S, Wciórka J. Kraków–Warszawa: Versalius, IPiN; 1997.
33. Sharma T. *Imaging neurocognitive effects of atypical antipsychotics*. Konferencja pt. „Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty patogenetyczne i kliniczne.” Poznań, 30–31 marca 1999.
34. Stip E. *Memory impairment in schizophrenia: perspectives from psychopathology and pharmacotherapy*. *Can. J. Psychiatry* 1996; 41 (supl. 2): 27–34.
35. Lewicka M. *Lista określeń do opisu właściwości człowieka*. *Przegl. Psychol.* 1983; 26: 703–713.
36. Jarymowicz M. *Odrębność schematów „ja – my – inni” a społeczne identyfikacje*. *Przegl. Psychol.* 1993; 36: 7–26.
37. Frith CD, Leary J, Cahill C, Johnstone EC. *Performance on psychological tests. Demographic and clinical correlates of the results of these tests*. *Brit. J. Psychiatry* 1991; 159, supl. 13, 26–29.
38. Overall JE, Gordham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychol. Rep.* 1962; 10: 799–812.
39. Wciórka J. *Współczesna diagnostyka schizofrenii*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998; 7: 117–134.
40. Bayen UJ, Nakamura GV, Dupuis SE, Yang C-L. *The use of schematic knowledge about sources in source monitoring*. *Mem. Cogn.* 2000; 28: 480–500.
41. Jarymowicz M. *Próba konceptualizacji pojęcia „tożsamość”: spostrzegana odrębność „ja – inni” jako atrybut własnej tożsamości*. *Przegl. Psychol.* 1989; 32: 655–669.
42. Kaney S, Bentall RP. *Persecutory delusions and the self-serving bias. Evidence from a contingency judgment task*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1992; 180: 773–780.
43. Lyon HM, Kaney S, Bentall RP. *The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks*. *Brit. J. Psychiatry* 1994; 164: 637–646.
44. Nieznański M. *Czynniki poznawcze w genezie przekonań urojeniowych*. *Studia Psychol.* 2003; 4: 151–161.
45. Rankin PM, O’Carroll PJ. *Reality discrimination, reality monitoring and disposition towards hallucination*. *Brit. J. Clin. Psychol.* 1995; 34: 517–528.
46. Nieznański M. *Trening umiejętności poznawczych – możliwości i ograniczenia nowej formy rehabilitacji w schizofrenii*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34: 267–274.
47. Dayus B, van den Broek MD. *Treatment of stable delusional confabulations using self-monitoring training*. *Neuropsychol. Rehab.* 2000; 10: 415–427.
48. Alderman N, Fry RK, Youngson HA. *Improvement of self-monitoring skills, reduction of behaviour disturbance and the dysexecutive syndrome: comparison of response cost and a new programme of self-monitoring training*. *Neuropsychol. Rehab.* 1995; 5: 193–221.

*PODZIĘKOWANIA:* Artykuł prezentuje niektóre spośród wyników zawartych w rozprawie doktorskiej napisanej pod kierunkiem Pana Profesora Andrzeja Strzałeckiego. Autor pragnie złożyć podziękowania Promotorowi oraz Recenzentom: Pani Profesor Irenie Heszen-Niejodek i Panu Profesorowi Andrzejowi Jakubikowi, za udzielone wskazówki co do tekstu rozprawy.

Otrzymano: 8.08.2002  
Zrecenzowano: 31.10.2003  
Przyjęto do druku: 24.05.2004

Adres: Marek Nieznański  
02-797 Warszawa  
al. Komisji Edukacji Narodowej 26 m.