

Schizofrenie, vědomí a Self

(Schizophrenia, Consciousness and the Self)

Předkládaný článek integruje nedávné práce (*pozn. před rokem 2003*) z oblasti evropské fenomenologické psychiatrie s některými pracemi z oblasti kognitivní vědy a fenomenologické filozofie. V první části článku autoři shrnují fenomenologický přístup a teoretický výklad, co je normální vědomí a sebeuvědomění. Tento výťah se dál proto zaměří pouze na pozitivní/negativní příznaky schizofrenie s důrazem na všem nemocným schizofrenií společné zkrslení vědomí a pocitu sebe sama tak, jak jej autoři článku ze svého pohledu prezentují a je odlišný od běžného medicínského pohledu, který převládá v tuzemsku.

Autoři se vymezují proti soudobému trendu, který klade důraz na značnou heterogenitu příznaků schizofrenie. Naopak navrhuji **pohled na symptomy sjednotit pomocí akcentu základních abnormalit vědomí**, na kterých projevy schizofrenie stojí. Tyto abnormality totiž podle nich předcházejí všem dalším různorodým příznakům, jež u tohoto onemocnění pozorujeme. **Schizofrenii autoři vnímají jako poruchu vnímání sebe sama (self-disturbance), konkrétně v případě schizofrenie používají pojem porucha ipseity (disturbance of ipseity)¹.**

Ipseitou je rozuměn náš pocit vlastního bytí, kdy svět kolem sebe zažíváme z pohledu 1. osoby / zažíváme sami sebe jako vitální sebe identický subjekt. Porucha ipseity zahrnuje tři aspekty:

- 1) hyperreflexivitu – zahrnuje zkrslené (ev. přehnané) sebeuvědomování (awareness), kdy aspekty sebe sama prožíváme jako vnější objekty. Tato souvisí také s
- 2) poruchou vnímání vlastních emocí a oslabený pocit vlastní existence, co by zdroje našeho jednání a vědomí (disturbance of self-affection/ self-presence),
- 3) ztrátu či narušení stability ev. distribuce pozornosti (disturbance „hold“ or „grip“) vůči objektům vstupujícím do našeho pole vědomí, případně narušení organizace tohoto vjemového pole (*tj. čemu dáme při vnímání význam a co přehlédneme*).

¹ Ipseita – z lat. Ipse – tj. výraz pro "já" nebo "sebe sama".

Pozn. MK: Ipseita souvisí s naší vlastní identitou/ totožností/ sebeuvědomováním, ale nelze tyto pojmy brát jako synonyma. **Ipseitě nejlépe odpovídá termín INDIVIDUÁLNOST, OSOBITOST (selfhood).**

Francouzský pojem ipseité, který překládáme jednoduše jako ipseita, zavádí pro tento druh identity Paul Ricoeur v knize *Soi-même comme un autre*, Ed. du Seuil, Paris 1990.

Detailně je pojem ipseita rozebrán např. v knize – Kliková, A. (2020). *Mimo princip identity*. Praha: Filosofie (AV ČR). Dostupné i online – zde: <https://filosofia.flu.cas.cz/upload/ebook/ebook-220.pdf>.

Tři syndromy v rámci schizofrenie – pozitivní a negativní příznaky, dezorganizace

Tradičně jsou symptomy děleny (zejména v anglosaské literatuře) na pozitivní a negativní příznaky. Přičemž negativní příznaky jsou definovány popisně – behaviorálně, a nikoliv v rámci nějaké z teorií. Jde de facto o snížení běžných funkcí, konkrétně nedostatek psychické aktivity nebo její subjektivní nedostatečnost (jedná se o vyšší psychické procesy, jako jsou sebeuvědomování, abstrakce, uvažování, emotivita, nebo vůle). Rozdělení na pozitivní vs. negativní symptomy se dle autorů jeví na první pohled logické, avšak jeho logiku či klinickou přesnost lze relativizovat. Například asociálnost, tj. nepřítomnost sociálně orientovaného chování, což je klíčový negativní příznak, je často doprovázena přítomností zvláštního nebo sociálně nevhodného, na sebe zaměřeného chování. Autoři tím poukazují na fakt, že toto dělení v sobě tak zjevně zahrnuje v některých ohledech paradoxní příznaky. Mnohé změny navíc lze jen těžko zachytit jednoduchými kvantitativními údaji.

Třetím markerem přítomnosti onemocnění jsou příznaky dezorganizace. Ten se ale dle autorů také opírá o „klamně jednoduchý kvantitativní koncept“. Pokud se totiž podíváme blíže, zpozorujeme, že pacienti se schizofrenií nevykazují snížení nebo absenci (sebe)organizace, ale spíše nekonvenční, resp. alternativní druhy organizace, které jsou pro toto onemocnění specifické (liší se v projevech u schizofrenie vs. mánie vs. deprese či demence). Je proto nutno i dezorganizaci popisovat spíše kvalitativně, specificky.

Pozitivní symptomy

Mezi nejvýraznější prvky tzv. pozitivního syndromu patří Schneiderovy „symptomy prvního řádu“. Ačkoliv v případě pozitivních příznaků by mělo jít o definice typu, že psychika dotyčného pacienta vykazuje „něco navíc“, většina z nich je vlastně definována jakousi sníženou měrou sebepojetí. Tedy ztrátou pocitu kontroly nad vlastním jednáním, myšlením, pocity, impulzy, tělesnými projevy. Ať už se jedná o případ, kdy se člověk necítí „ve své kůži“, nebo má dokonce pocit, že jednotlivé části jeho psychiky jsou pod kontrolou něčeho/ někoho jiného (cizí bytosti/ síly). Spolu s tímto snížením pocitu vlastní kontroly se může rovněž začít stírat jedincovo rozlišování Já od ne-Já.

Autoři zastávají stanovisko, že tyto projevy pocitovaného „vnějšího vlivu“ a snížená sebedůvěra nestojí jen na snížené schopnosti sebeuvědomování. Naopak ipseita je spojena s přehnaným sebeuvědomováním a hyperreflexivitou, jež společně zkreslují vědomí. Procesy sebereflexe a sebekontroly jsou pravděpodobně spíše sebeodcizující, případně naše Já mohou štěpit. Příkladem odcizení může být prosté zaměření se na prožitek vlastního těla. To při nějaké běžné činnosti téměř nevnímáme, což je pro nás normální pocit. Pokud na něj ale silně zaměříme pozornost, paradoxně jej začneme prožívat odcizeně, protože na co zaměříme ohnisko pozornosti, objektivizujeme – tj. i odcizíme (prožíváme na jiném místě). Pokud se člověk přestane zajímat o svět venku a stáhne svou pozornost do sebe, nevyhnutelně tím stahuje také ze světa sebe samého.

U schizofrenie se zdá, že stahování se do sebe postupuje tak dlouho, dokud se jednotlivé aspekty jáství a psychické funkce nezačnou jevit jako oddělené, včetně pocitu oddělení

od vlastního těla nebo jeho jednotlivých částí. Což pak v člověku vyvolává dojem, že je ovládán něčím zvenčí, nikoliv sebou samým „zevnitř“. Autoři pak dávají svůj výklad do souvislosti s výzkumy, které ukazují, že pacienti se schizofrenií si snadno nezvyknou nebo nepoužívají kontextuální návyky či paměťová schémata k orientaci ve vnímání a nevěnují pozornost známým podnětům nebo irelevantním informacím. V případě kinestetických vjemů a dalších zážitků spojených se sebeřízením by právě tento nedostatek habituace či nepozornosti mohl být zdrojem oněch hyperreflexivních vjemů (konkrétně automatické nebo „operativní“ hyperreflexivity). Přičemž tyto na sebe záhy začnou nabalovat víc a víc záměrných forem pozornosti (tzv. reflexivní hyperreflexivita). Je zajímavé, že tento progredující proces od mírného po extrémní sebeodcizení se zdá být umocněn tím, že pacient přijme pasivní observační postoj a že mnoho pacientů se schizofrenií jsou schopni někdy tyto příznaky minimalizovat při vykonávání nějaké bezmyšlenkovité činnosti.

Podobnou analýzou lze objasnit i další pozitivní příznaky, jako je ozvučování či vysílání vlastních myšlenek (třeba v rádiu, případně že je mohou slyšet jiní lidé). Také sem patří auditivní halucinace, kdy člověk „slyší“ znevažující komentáře na vlastní osobu, hádající se hlasy s ním, nadávající hlasy či hlasy, které o něm diskutují navzájem jako o 3. osobě. Pacient ovšem tyto hlasy nepovažuje za součást své vlastní vnitřní řeči, ale opět jako něco cizího, zvenčí. Všeobecně přijímané vysvětlení těchto halucinací je, že dotyčný svou vnitřní řeč chybně připisuje vnějšímu světu, tedy snížené schopnosti sebereflexe.

Pokud se na patogenezi podíváme z jiného úhlu pohledu, můžeme si všimnout náznaků existence určitých změněných stavů sebeuvědomování, které těmto halucinacím mohou předcházet. Dochází k tomu, že pacient zažívá subjektivní pocit, že se má něco zvláštního stát. Zakouší pocit zvětšující se propasti mezi zážitkem sebe sama a tokem vědomí. Mentální procesy a vnitřní řeč tak přestávají existovat na úrovni, kterou Husserl nazval "nulovým bodem" orientace: mentální procesy už neprostupuje pocit vlastního já, ale stávají se spíše objekty introspekce, jejich vlastnosti se stále více externalizují. Pozoruhodné je, že věty nebo fráze, které dotyčný „slyší“ nahlas, mají často gramatické zvláštnosti charakteristické pro vnitřní řeč. Specifický obsah audioverbálních halucinací je také důležitý. Mezi nejcharakterističtější sluchové halucinace u schizofrenie patří např. hlas, který popisuje pacientovo chování, nebo více vzájemně diskutujících hlasů o pacientově osobě. Zatímco halucinace typu ozvučování myšlenek pravděpodobně zahrnují externalizaci základní úrovně myšlení, výš zmíněné sluchové halucinace „cizích hlasů uvnitř hlavy“ jsou typické pro sebeuvědomění, jež toto sebeodcizení vytváří. Zdá se tedy, že tyto audioverbální halucinace tolik pro schizofrenii typické, řazené obvykle pod „symptomy prvního řádu“, představují pocit sebe odcizení a přivedení k explicitnímu uvědomění si procesu vědomí samotného. Což zpochybňuje obvyklé dělení příznaků na pozitivní vs. negativní. V jistém smyslu zde totiž pozitivní příznaky nezahrnují něco „nového/ navíc“, ale pouze uvědomění si toho, co je vždy přítomné (např. onu vnitřní řeč, která je normální prostředek našeho myšlení) a to v kontextu snížené „sebepřítomnosti“ (self-presence). **Tyto halucinace tak mohou vlastně představovat naopak zcela normální běžnou lidskou zkušenost, která je „pouze“ radikálně pozměněná, protože je prožívána v abnormálním stavu hyperreflexivního vědomí a snížené sebereflexe.**

Negativní symptomy

Negativní příznaky byly až do nedávna zkoumány méně. Patří mezi ně např. chudý řečový projev, oploštělá afektivita, apatie, anhedonie a celková netečnost ke svému okolí. Mnohé z negativních příznaků ve skutečnosti podle autorů nejsou přímými deficitními stavy, ale zahrnují naopak přítomnost pozitivních odchylek různého druhu (tj. „něco navíc“). Např. zatímco depresivní pacienti referují kvantitativní pokles energie, schopnosti efektivně řešit problémy atp., pacienti se schizofrenií uvádějí subjektivně kvalitativní změnu ve svém myšlení a vnímání, která je ale pro ně obtížně popsatelná. Nové poznatky naznačují, že pacienti, jež vykazují plochou emotivitu, uvádějí naopak intenzivní emoční reaktivitu, která je v rozporu s chováním pozorovaným navenek. A tato tvrzení byla podle autorů doložená i výzkumy s využitím elektrodermálního měření – reaktivita byla vyšší než u zdravé populace. Tato zjištění samozřejmě možnost přítomnosti anhedonie aj. u schizofrenie nepopírají.

V nedávné studii hloubkových rozhovorů s šesti pacienty s chronickou schizofrenií všichni zúčastnění popřeli snížení afektů nebo myšlení. Naopak účastníci popisovali kvalitativní změny těchto domén, včetně různých poruch sebeovládání, vědomí sebe sama, tendenci se ve svých myšlenkách ztrácet či narušení spontánních pohybů. Jedná se ale o doposud výzkumy málo podloženou oblast. Asi nejbohatší popis subjektivní stránky negativních příznaků přinesl klasik evropské fenomenologické psychiatrie W. Blankenburg². Podle něj je ústřední abnormalitou typickou pro schizofrenii „**ztráta přirozené danosti**“ (**self-evidence**)³. Lze ji popsat jako ztrátu obvyklého „zdravého rozumu“, orientace na realitu a pocit bezproblémové kvality pozadí. Což obvykle člověku umožňuje považovat za samozřejmou velkou část reality, včetně té sociální. Toto narušení pak způsobuje, že pacienti se schizofrenií podávají slabé výkony zejména v řešení praktických problémů.

Nedostatek schopnosti brát mnohé fenomény jako dané může na první pohled působit jako jasný negativní příznak, protože jde zde o nedostatek něčeho běžně přítomného – tj. „zdravého rozumu“. Avšak Blankenburgovi se jeví, že tyto pacienti zažívají naopak stavy zvýšené reflexe vědomí, ve kterých si uvědomují i procesy či struktury vlastního jednání a prožívání, které zůstávají běžnému člověku skryty, protože nemá potřebu jim věnovat pozornost. Pacient se schizofrenií se tak „zasekne“ u přemýšlení nad věcmi/ jevy, které zdravý člověk nemá potřebu řešit, protože je považuje za samozřejmost. Pro schizofreniky je nemožné přestat přemýšlet. Podle výzkumů často preferují analytické, sekvenční, vědomé a kvazi-volní myšlení, a to i v případech, kdy běžně využíváme automatické, méně vědomé a holistické myšlenkové strategie. Zdá se, že právě tato přehnaná usilovnost přispívá pak u lidí se schizofrenií k subjektivním pocitům přetížení a zmatku.

Podle Blankenburga stojí tato ztráta přirozené danosti v pozadí jiného výrazného příznaku – tzv. „**perplexity**“. Perplexita znamená uvědomovaný si nepříjemný a pro pacienta absolutně nevysvětlitelný pocit, že není schopen udržet konzistentní chápání reality nebo se vyrovnávat s běžnými požadavky každodenního života. V jejím jádru stojí fakt,

² kniha *The Loss of Natural Self Evidence: A Contribution to the Study of Symptom-Poor Schizophrenics*

³ **Self-evidence** – skutečnost, která je tak zřejmá, že není potřeba ji dokazovat; možná synonyma – samozřejmost, nepopíratelnost, nevyhnutelnost... Zdroj: <https://www.collinsdictionary.com/>

že zvědomením si něčeho, co běžně máme vědomí nepřístupné (třeba myšlenkové pochody), ztrácíme schopnost ukotvení se v realitě, orientace v ní. Naše běžné rámce přemýšlení, (resp. že něco není potřeba řešit) zmizí a vše se najednou stává „problémem“, o kterém je nutno usilovně přemýšlet. Toto hypervědomí pak vyloučí jakoukoliv spontaneitu, naruší pocit vlastní vitality, (sebe)motivaci apod. Podle Blankengurga je tato ztráta přirozené danosti podstata tzv. „primárního autismu“ u schizofreniků, a stejně tak může i za zpomalení činnosti či dokonce ustrnutí, nečinnost.

I u dalších negativních příznaků, jako jsou apatie nebo lhostejnost, lze podle autorů výzkumy doložit, že jsou ve skutečnosti naopak doprovázeny celou řadou prožitků, které by bylo možno označit spíše za příznaky pozitivní (abnormality ve vnímání, rozpoznávání, vnímání tělového schématu, jednání i emocí). Jako další příklad autoři uvádějí **tzv. cenestezie**, kdy pacient zažívá pocity tlaku, tahu aj. vjemy pohybu ve svém těle nebo na jeho povrchu. Jde o vjemy kinestetické, vestibulární nebo tepelné a pocity, které se projevují na těle jako pociťované zmenšení nebo zvětšení těla či jeho částí. Tyto nepříjemné pocity také doprovází pocit úbytku životní energie, tělesné neohrabanosti nebo přímo blokády, které pak v chování pacienta navenek pozorujeme. Zdá se, že tyto zážitky opět zahrnují hyperreflexivní uvědomování si vlastních běžných pochodů v těle, kterých si zdravý jedinec běžně nevšimá. **Ačkoliv to není časté, tyto zážitky podobné cenesteziím až pozoruhodně podle autorů pocitům připomínají tělesné pocity u lidí s neurózou či poruchou osobnosti.** Také můžeme najít velkou podobnost se zkušenostmi, jež uvádějí zdraví jedinci, kteří si osvojili určitý druh abnormálního odtažitého introspektivního chování (*podle autorů viz Angyal, introspektivní postoj k vlastnímu tělesnému prožívání*).

Kvalitní popisy těchto příznaků přímo od pacientů se schizofrenií jsou vzácné, Výjimkou je autobiografie básníka a esejisty A. Artauda (prakticky jediný člověk se schizofrenií, který u sebe popsal negativní příznaky). Hyperreflexivní příznaky, které Artaud barvitě vylíčil, u něj vedly až k pocitům „proměnlivé závratě“ a „mrtvolné únavy“, které člověka postihnou, když se snaží dosáhnout tělesného a myšlenkového sjednocení (u zdravého jedince je kognitivní integrace zcela automatická). Blankenburg pak tento stav nazývá „schizofrenickou astenií“.

Dezorganizace a její příznaky

Syndrom dezorganizace zahrnuje celou řadu abnormalit v organizaci myšlení, řeči a pozornosti (např. inkoherence v myšlení, paralogické myšlení, chudý řečový projev, nesoustředěnost...). Podle autorů se opět jedná o důsledek hyperreflexivity a současně snížené schopnosti sebereflexe. Nemocný jedinec ztrácí schopnost zaměřit se na nějaké hlavní téma (figuru) a věnovat se mu. I zde autoři vnímají jako zásadní blíže specifikovat kvalitu dezorganizačních symptomů u schizofreniků a odlišit tak, co je typické pro schizofrenii a co pro jiná duševní onemocnění (např. mánie).

Typicky u schizofrenie bývají popisované příznaky, které souvisí s „omezením perspektivy“ (perspectival abridgment). Jedinec se zaměří pouze na jeden možný úhel pohledu, který není schopen opustit a současně se v jeho mysli blokují všechny další alternativní

možnosti. To pak v praxi způsobí např. že vše bere doslovně, či tak typické kvazifilozofování. I zde je v hlavní roli porucha pozornosti (hyperreflexivita), kdy na rozdíl od intaktního jedince (či s mánií/ depresí), u kterého se velká část poznávání, myšlení aj. mentálních dějů odehrává automaticky, mimo jeho vědomí, se v případě mysli schizofrenika zformuje nadměrné vědomí. Výzkumy podle autorů dokládají, že v případě pro schizofrenii tak typických poruch formálního myšlení nejde ani tak o neschopnost se soustředit (což nastává u mánie), ale spíše o selhání udržet si určité ukotvení se v jediné perspektivě/ referenčním rámci. Porucha myšlení u schizofrenních pacientů spočívá v „dezorganizovanosti, zmatení a myšlenkové proměnlivosti“, kdy se jednotlivé myšlenky smíchají navzájem. Zatímco formální porucha myšlení u manických pacientů je "extravagantně kombinační“. Pozorujeme se zde i jakousi rozpustilost, hravost. To vše naznačuje naopak zrychlení myšlenkových procesů a uvolnění zábran.

V případě poruch jazyka je u pacientů se schizofrenií narušena zejména pragmatická rovina. Zasaženy jsou subtilní a proměnlivé vztahy mezi tím, co v daném okamžiku rozhovoru vynořuje jako hlavní téma a co je pozadí. Většina vysvětlení těchto příznaků staví na čistě kognitivních dysfunkcích, jakou jsou poruchy asociace, selhávání pozornosti, paměti, plánování, myšlení apod. Tyto funkce mohou být i skutečně narušeny. Autoři článku ale prezentují svůj vhled, že i zde jde o hyperreflexivní narušení běžných forem vědomí a také že ony příznaky jsou úzce spjaty s **úpadkem schopnosti sebeúcty/sebelásky (self-affection)**. Normální (kladné) sebepojetí je podmínkou prožívání chuti k jídlu, životní energie i životní perspektivy. Je základem lidské motivace, protože organizuje naše prožívání a dává objektům ve světě pro nás význam (co by překážky, touhy, nástroje, jak něčeho dosáhnout atp.). Ačkoliv si toto kladné vnímání sebe sama spojujeme s životním smyslem, vitalitou, schopností požitku aj., je něčím mnohem fundamentálnějším. Pokud nemáme pevně daný bod orientace ve světě (významy, ke kterým bychom se mohli vztahovat), neumíme rozlišit prostředky od cíle, neumíme si určit, co je důležité (figura vs. pozadí) apod. Ztrácíme tak nejen orientaci, ale i důvody, proč zaměřovat svou pozornost ven na svět okolo, mimo sebe. Psychiatři často pak tyto pacienty popisují jako anhedonické. Tato anhedonii či citová oploštělost jsou ale podle autorů článku ve skutečnosti jen aspektem emocí, které souvisí s hlubšími změnami ipseity a sebeuvědomování. **Oslabená sebeláska se tak podílí na poruchách soustředění a bezprostředního vybavování.**

Roli hyperreflexivity i snížené ipseity v příznacích dezorganizace pěkně podle autorů ilustrují některé pasáže od A. Artauda. Své vlastní myšlení Artaud popisuje jako plodné, ale nestabilní, co by „násilný proud“ neustále se měnících vzájemně nesourodých myšlenek. Podle autorů zde Artaud nelíčí představy běžného druhu, jaké bychom našli třeba i v deliriu či máni, agitované depresi nebo hraničních stavech. Ale popisuje jakousi hyperreflexivní kaskádu, kdy má jedinec tendenci vlastní mysl prožívat až „z vnějšku“. Jako by mozek viděl celou myšlenku najednou, ze všech možných úhlů, ve všech možných formách, což lze vyjádřit všemi možnými pojmy najednou, přičemž každý z těchto pojmů/ úhlů pohledu se zdá být ve srovnání s ostatními tím nejdůležitějším a současně nejvíc pochybným. Navíc tuto složitost do obyčejné věty není v lidských silách vložit. Jedinec trpící schizofrenií zažívá nekonečné množství nových dojmů, vjemů. To způsobí až jakési zmizení či rozpad fundamentálních

předpokladů, v důsledku čehož pak musí usilovně přemýšlet i o tom, proč červená barva je považována za červenou a působí na něj jako červená.

Hyperreflexivita a snížená sebereflexe jsou komplementárními aspekty zásadní proměny (poruchy ipseity), která narušuje jakýkoliv smysl pro konceptuální nebo percepční uchopení reality (conceptual hold and perceptual grip). Oboje společně pak tvoří to, co Artaud nazývá "destruktivní prvek, který demineralizuje mysl a zbavuje ji jejích prvních předpokladů", čímž se "půda pod [jeho] myšlením rozpadá".

Prodromy schizofrenie – klinické projevy zachytitelné v prodromální nebo i premorbidní fázi

Autoři svou myšlenku, že v jádru schizofrenie je zejména porucha pacientova self, dokládají běžně přijímaným pohledem, že prodromy jsou vlastně typické příznaky nemoci, jež jsou pouze manifestovány v mnohem jemnější podobě.

Přestože je dostupných málo studií, jmenují výzkum Harzmana et al. (1984). Ten identifikoval poruchy v sebezpojetí, co by výrazný rys premorbidní fáze ve školním věku. Prospektivní studie (Klosterkötter et al., 2001) ukázala na množství anomálních zážitků, jež prodromy schizofrenie provázejí. Tyto „základní příznaky“ zahrnují různé druhy depersonalizace, poruch proudu vědomí a zkrácených tělesných funkcí. Tedy prožitky, které podle názoru autorů článku svědčí o hyperreflexivitě a snížené sebereflexi. Norský výzkum (Møller & Husby, 2000) postavený na rozhovorech s dvaceti lidmi po první atace nemoci zjistil tři oblasti změn v jejich sebezpojetí – 1) u všech pacientů došlo k hlubokým a znepokojivým změnám v prožívání sebe sama; 2) téměř u všech nastaly také hluboké změny v prožívání sebe sama a 3) téměř všichni si stěžovali na nepopsatelnost, nepostizitelnost této své změny. Většina z nich také uvedla, že se zabývala metafyzickými, nadpřirozenými nebo filozofickými otázkami. Vlastní studie autorů článku (Parnas et al., 1998) dospěla k téměř totožným výsledkům.

V článku lze nalézt výsledky dalších obdobných studií, které všechny vedly autory k jednomu závěru, že **poruchy sebezpojetí jsou specifické pro celé spektrum poruch schizofrenního okruhu** (ačkoliv poruchy sebezpojetí nejsou součástí ani jednoho z obecně uznávaných z diagnostických manuálů). Také se podle nich ukazuje, že **přítomnost poruch sebezpojetí lze považovat za prodromy schizofrenie**. Přítomnost hlubokých poruch sebezpojetí u pacientů, kteří byli při prvním přijetí do odborné péče diagnostikováni jako schizotypální⁴, může být rizikovým markerem pro budoucí propuknutí psychotické poruchy.

Autoři upozorňují na důležitost uvědomění si, že povaha těchto poruch sebeovládání nemusí být v prodromální fázi před vypuknutím psychózy okamžitě zřejmá. Typicky si člověk stěžuje na to, že se s ním „něco zásadního děje“, přitom ale není schopen popsat, v čem ty zakoušené změny spočívají. Často udává vágní stesky jako jsou úzkosti, snížená motivace

⁴ **Schizotypální porucha** – „je stav na hranici schizofrenie a poruchy osobnosti“. MKN ji řadí do okruhu F2x (poruchy schizofrenního okruhu), kdy zjednodušeně lze poruchu charakterizovat jako „zvýrazněné prodromální příznaky schizofrenie“. Oproti tomu DSM ji řadí mezi poruchy osobnosti. Více třeba zde <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/01/03.pdf>

či zhoršení nálady. Stížnosti se pohybují na spektru od „necítím se ve své kůži“ po „stává se ze mě monstrum“. Pacienti v prodromální fázi se obvykle cítí odtrženi od základů, na kterých stavěli doposud svůj pocit vlastní identity. Mohou si stěžovat i na zvýšenou potřebu zkoumat své vlastní nitro, nadměrné přemítání a analyzování svých myšlenek, zakouší pocit „že jsou jen divákem svého vlastního života“, ev. až nepříjemný odstup od sebe sama. Také je trápí, že pro nadměrné množství myšlenek mají ztíženou komunikaci s druhými lidmi. Případně zažívají pocity velké vnitřní prázdnoty, vnímají roztržitost vlastního vědomí či popisují, jako by jim postupně mizel pocit jejich vlastního já.

Z fenomenologického hlediska podle autorů pozorujeme deformaci záměrného chování a také toho, jak dotyčný zakouší, vnímanou realitu. Vnímání se stává mechanickým, čistě receptivním smyslovým procesem, a navíc deformované intruzemi, které jsou znakem hyperreflexivity. Narušení sebereflexe a reflexivity s sebou nese i jakousi polyvalenci (spíše než ambivalenci) a s počínající ztrátou přirozené danosti včetně fragmentace významů. Což jsou všechno charakteristické znaky schizofrenního autismu i perplexity. Oscilující a často hyperreflexivní vědomí pak člověku podkopává jeho dosavadní přirozené rámce, což vede k poruchám implicitní/ explicitní struktury myšlení, cítění a vnímání. Ekvivalent k těmto změnám pak lze pozorovat na úrovni chování a řeči. „Chudší řeč“ zde není důsledek nedostatku energie či iniciativy, ale mnohem zásadnější a složitější poruchy vědomí...

Autoři zakončují, že **dobré pochopení fenomenologického rozměru může pomoci klinickým psychologům a psychiatrům stejně tak výzkumníkům k přesnějšímu diagnostickému rozlišení**, které, jak věří, bude nakonec možné validovat prostřednictvím longitudinálního výzkumu.

Zpracovala: Martina Kateřínáková