

Z o f i a R o s i ń s k a

Doświadczenie schizofrenii – doświadczenie ludzkie

Wszyscy widzieli, nic nie rozumieli,
jak to zwykle nie tylko w Tworzech bywa.

Jerzy Krzysztoń, *Oblęd*

Słowa kluczowe: *schizofrenia, rozszczepienie, logorea, omamy, elastyczność, ja minimalne, nadrefleksyjność*

Celem mojej wypowiedzi jest zwrócenie uwagi na:

- po pierwsze, różne określenia schizofrenii istniejące w obrębie psychiatrii oraz na „wychylanie się” ku sobie psychiatrii i filozofii,
- po drugie, na istnienie podobieństw między niektórymi doświadczeniami opisywanymi przez chorych i zdrowych.

Chcę też podkreślić, iż mimo zachodzących podobieństw istnieje pomiędzy zdrowiem i chorobą różnica. Otwartym jest pytanie, gdzie przebiega granica określająca tę różnicę i co ją wyznacza.

1

Pierwszym zdaniem w 1300-stronicowym podręczniku oksfordzkim na temat związku filozofii z psychiatrią jest cytat z wykładu Anthony’ego Quintona z 1985 roku: „Szaleństwo jest tematem, który powinien interesować filozofów, ale oni zaskakująco mało mają do powiedzenia na ten temat”¹. Okazało się jednak, że Anthony Quinton brał pod uwagę literaturę głównie anglojęzyczną,

¹ Fulford *et al.* 2013.

i filozofię analityczną. Refleksja nad szaleństwem, czy obłądem – nie tylko psychiatryczna, ale także filozoficzna – w innych językach już wcześniej istniała.

Znajdujemy ją np. u Kanta. Kant odróżniał „schorzenia głowy”, czyli zaburzenia władzy poznania, od „schorzenia serca”, czyli zepsucia woli. Nie zgadzał się z – jak twierdził – „powszechnym przekonaniem”, że niedostatki umysłu są rezultatem niewłaściwego stylu życia, czyli „pychy, miłości, zbyt silnego namysłu i któż wie z jakiego jeszcze błędnego użycia sił duszy”². Jest bowiem w jego przekonaniu odwrotnie: to zaburzony stan umysłu był efektem, tkwiącej już w umyśle, choroby.

„Powszechnie przekonanie”, z którym walczył Kant, nie znika z refleksji całkowicie. Nawiązuje do niego np. Henryk Struve – i jego praca z 1864 roku *O istnieniu duszy i jej udziale w chorobach umysłowych*. Główną tezą pracy jest przekonanie że „podmiot jest aktywnie zaangażowany w powstanie u niego zaburzeń psychicznych”³. Oznacza to, że źle używamy wolności duszy, że w miejsce wolności wprowadzamy pojęcie samowoli, czyli przyzwalamy na „psychiczne przyczyny” choroby umysłowej, którymi są np. rozbudzone różnego rodzaju patogenne namiętności, jak lęk, zawiść, zazdrość czy nienawiść, które każdy z nas posiada, ale nie należy ich wzmacniać. Jakby w tle tej myśli leży arystotelesowskie przekonanie, że umiar jest cnotą, nadmiar lub niedomiar są wadami. Konsekwencją takiego stanowiska jest pogardliwy i lekceważący stosunek do chorego. Chory staje się winnym swojej choroby.

Mimo iż konsekwencje „pogardliwego i lekceważącego stosunku do chorego” nie są do zaakceptowania, to zmuszają do refleksji nad rolą podmiotu, jeśli nie w tworzeniu się, czy konstytuowaniu psychoz, to w sposobach radzenia sobie z nimi. Wyrażony przez Struvego problem podejmuje współczesny psychiatra Stanisław Pużyński. Píše: „Rozeznanie autoterapeutycznych wysiłków chorych, próba ich racjonalizacji (wzmocnienie racjonalnych, neutralizowanie nieracjonalnych) oraz praca nad umiejętnością dostrzegania przez pacjentów wczesnych sygnałów zagrażającego powrotu to zasadnicze cele tzw. pomocy w samopomocy”⁴.

Psychiatrzy również wykraczają poza swoją dyscyplinę rozumianą biologicznie w kierunku filozofii człowieka. Nie może to dziwić, wszak pacjentem jest człowiek i tak jak nie istnieje człowiek bez biologii, tak nie istnieje bez społeczeństwa, bez kultury.

Eugeniusz Brzezicki w pierwszym akapicie przedmowy do książki A. Kępińskiego, czyli w roku 1972, píše: „Schizofrenia jest chorobą społeczną. Co setny człowiek bowiem choruje na nią. Wszyscy znają ten termin

² Kant 2010 s. 706, II 270. Przypis ten zawdzięczam prof. Marcinowi Porębie.

³ Por. Marcinów 2012, s. 51.

⁴ Pużyński (red.) 1993, s. 426.

(...) schizofrenia to choroba tajemnicza, nazywana przez psychiatrów delficką wyrocznią psychiatrii, gdyż koncentrują się w niej najważniejsze zagadnienia psychiki ludzkiej (...) a zgłębienie psychopatologii schizofrenii wprowadza (...) w podstawowe zagadnienia życia człowieka⁵.

Analogiczne przekonanie jest wyrażone także w pracy psychiatrów angielskich: Christopher Frith i Eve Johnson piszą:

Badania nad schizofrenią są bardzo istotne także dlatego, że pozwalają nam skonfrontować się z fundamentalnymi problemami, które odnoszą się do nas wszystkich, nawet jeśli osobiście nie mamy kontaktu z osobami dotkniętymi tą chorobą. Jaka jest natura rzeczywistości? W jaki sposób przyswajamy wiedzę i przekonania? W jakim stopniu jesteśmy odpowiedzialni za swoje czyny? Dzięki tym badaniom wiemy jednak, że pytania te są ściśle związane z kwestią relacji między mózgiem a umysłem. Zaburzenie wywołujące schizofrenię leży dokładnie w obszarze, w którym zachodzi interakcja między nimi⁶.

Pytania stawiane przez Fritha i Johnson nie pozwalają jednak sprowadzić się jedynie do relacji „mózg-umysł”. Aby na nie odpowiedzieć, trzeba uwzględnić także całość życia ludzkiego w kulturze.

Przyjmując tezę Brzezickiego za własną, to znaczy przekonanie, że badanie schizofrenii wprowadza nas w głąb problemów dotyczących funkcjonowania umysłu ludzkiego i życia człowieka w kulturze, ciągle jednak pozostajemy w niepewności. I człowiek, i schizofrenia pozostają nierozpoznane do końca. Stanowią fenomeny „apofatyczne”.

W psychiatrii anglosaskiej spotykamy określenie schizofrenii, które oswaja nas z chorobą, uspokaja. Pokazuje, że to tylko pogorszenie, a nie przemiana. Można by nawet pomyśleć, że to starość, a nie choroba. „Schizofrenia to zaburzenie myślenia, w którym umiejętność rozpoznawania rzeczywistości, reakcje emocjonalne, procesy myślenia, formułowania sądów oraz umiejętność porozumiewania się pogarszają się tak bardzo, że funkcjonowanie chorej osoby jest poważnie utrudnione. Częste są takie objawy jak omamy czy urojenia”⁷.

Schizofrenia, mimo określeń uspokajających, a także charakteryzujących ją jako chorobę społeczną, co oznacza, że powinniśmy być z nią nieco oswojeni, ciągle jest zjawiskiem, które budzi uczucia ambiwalentne: przeraża, wywołuje lęk, bezradność, a jednocześnie fascynuje, prowokuje do nowych opisów, nowych badań i poszukiwań.

⁵ Brzezicki 1972.

⁶ Frith, Johnson 2012, s. 219.

⁷ Warner 1994, s. 4.

2

Prac na temat schizofrenii jest ogromna ilość i ciągle pojawiają się nowe. Poza pytaniami o przyczynę i sposoby leczenia schizofrenii, ciągle aktualne są spory:

- 1) o nomologiczny czy idiograficzny charakter schizofrenii,
- 2) o to, czy schizofrenia to jedna choroba (odrębna jednostka nozologiczna), o określonej przyczynie i określonym patomechanizmie, czy występują tam różne przyczyny i różne patomechanizmy.

Ad 1) Doświadczenie schizofreniczne nie w pełni poddaje się nomologicznym opisom. O ile charakter doświadczenia melancholijno-depresyjnego jest coraz częściej uznawany za idiograficzny, o tyle doświadczenie schizofreniczne ciągle poddawane jest nomologicznym procedurom. Przekonanie, że proces chorobowy ma charakter indywidualny, obecne jest w psychiatrii o orientacji fenomenologicznej. Josef Parnas pisze: „Stan umysłowy nie może być izolowany, ale interpretowany jako aspekt, jako ślad całości, z której wyrasta”. Potwierdzenie tej opinii znajdujemy u Jerzego Krzysztonia: „Ale psychiczna choroba to nie wyrostek robaczkowy ani ból zęba. Różni się przede wszystkim tym, że każdy choruje zgodnie ze swoim temperamentem i życiowym powołaniem”⁸. Przekonanie o nomologicznym charakterze schizofrenii jest *implicitie* zawarte w tendencji do unaukowiania psychiatrii i związanej z tym psychofarmakologii.

Można je spotkać nawet obecne *implicitie* w niektórych wypowiedziach fenomenologicznych. Na przykład przekonanie, że „psychopatologia posłuży jako środek do sprawdzenia fenomenologicznych przekonań dotyczących struktury samoświadomości”. Przekonanie to opiera się na założeniu uniwersalności zarówno opisów psychopatologicznych, jak i roszczeń fenomenologicznych. Jest to teza co najmniej wątpliwa w świetle znanych trudności z uogólnieniem zjawisk tak idiograficznych jak samoświadomość. Jeżeli prawdą jest, że każdy z nas „choruje zgodnie ze swoim temperamentem i powołaniem życiowym”, to nie możemy przyjmować założenia, że opisane doświadczenia psychopatologiczne weryfikują przekonania fenomenologiczne. Psychopatologia bowiem może służyć do potwierdzania wszelkich koncepcji człowieka czy koncepcji umysłu. W doświadczeniu człowieczym odnaleźć możemy wszelką myśl teoretyczną. Przykładem może tu służyć wieloraka ilość koncepcji teoretycznych, z których każda inaczej, ale każda „adekwatnie”, interpretowała pamiętniki D. Schrebera (analizowane m.in. przez Freuda).

⁸ Krzysztoń 2005, s. 744.

Ad 2) Czy schizofrenia to jedna choroba (odrębna jednostka nozologiczna), o określonej przyczynie i określonym patomechanizmie, czy występują tam różne przyczyny i różne patomechanizmy?

W znanym ICD-10 znajdujemy 20 różnych rodzajów schizofrenii⁹. W DSM-5 podobnie, szukając hasła „schizofrenia”, znajdujemy hasło: „Schizophrenia Spectrum and Other Psychotics Disorders”. Wymieniane tam są następujące obszary zaburzeń: deluzje, halucynacje, niezorganizowane myślenie (mowa), niezorganizowane zachowanie ruchowe (katatonie), wreszcie symptomy negatywne, czyli: zmniejszona ekspresja emocji, anhedonia, alogia, a-społeczność, a-wolitywność. Zmniejszona ekspresyjność emocji oraz awolitywność są szczególnie ważne w schizofrenii. Zminimalizowana ekspresja jest obserwowana na twarzy, w kontakcie wzrokowym, w prozodii mowy, w ruchach rąk, głowy, które normalnie występują przy mowie. Awolitywność jest określana jako spadek własnej inicjatywy w pracy lub aktywności społecznej. Te właściwości, ale i inne, są też zauważane i wymieniane przez innych autorów, którzy obserwują chorych. Na przykład w polskim podręczniku psychiatrii z 1976 roku jako osiowe objawy schizofrenii wymieniany jest najpierw autyzm – opisany przez E. Bleulera jako przewaga zainteresowania chorego swoimi przeżyciami wewnętrznymi i utrata kontaktu ze światem zewnętrznym – a pozostałe objawy osiowe, czyli stępienie uczuciowe i rozszczepienie osobowości, traktowane są jako konsekwencje autyzmu¹⁰. Jest to wyraźne odejście od nozologicznego definiowania schizofrenii na rzecz klasyfikowania zespołów objawów.

3

Opisy doświadczenia schizofrenicznego są różnorodne – od literackich po psychiatryczne i filozoficzne. Uwrażliwiają nas, ale nie wyzwalają od stanów ambiwalentnych. I wyzwolić nas nie mogą, gdyż schizofrenia to inność, a ta inność jest w każdym z nas. Jak ona w nas jest?

Paul Ricoeur, w swojej książce *O sobie samym jako innym* zwraca uwagę na wieloznaczny charakter inności. Po pierwsze, nie można sprowadzić inności do inności drugiego człowieka. Inność pracuje w głębi bycia sobą. Jest połączona z biernością. Ricoeur mówi „o trójnoju bierności”, a więc: a) o doświadczeniu własnego ciała, czyli ciała żywego, „jako pośrednika pomiędzy tym, który jest sobą, a światem”, b) o doświadczeniu bierności związanej z wpływem innego na rozumienie siebie przez siebie, c) wreszcie o doświadczeniu bierności

⁹ Międzynarodowa... 1997, s. 217.

¹⁰ Jarosz, Cwynar (red.) 1976.

w stosunku siebie do siebie samego, czyli doświadczeniu głosu sumienia, czyli nakazu i długu, które „jako słowa przodków dźwięczą w mojej głowie”¹¹.

Czy któryś z tych rodzajów inności jest doświadczany przez chorego? I jeśli tak, to jak jest doświadczany?

O tym, że inność w nas jest, może świadczyć popularność książki Jerzego Krzysztonia *Oblęd*. Maria Janion pisze: „(...) krytyka literacka nie odegrała wobec utworu Krzysztonia żadnej roli promocyjnej. Zanim się w ogóle odezwała, dwudziestotysięczny nakład znikł bez śladu. Okazało się niemal natychmiast po wydaniu *Oblędu*, że jest on nie tylko nie do kupienia, ale nawet nie do pożyczenia. Utwór stał się niewątpliwie polskim bestsellerem roku 1980”¹². Fakt popularności określonej pozycji książkowej nie może stanowić przekonującego argumentu na istnienie analogii pomiędzy tematem książki a odczuciami czytelnika. Może jednakże nasze myślenie skierowywać w stronę przekonania, iż „podobne poznaje podobne”, a także uświadomić nam, że „to inne” w nas jest, a mimo to nie wiemy, dlaczego większość z nas w *oblęd* nie popada, i pomóc rozważyć ochronną rolę twórczości i recepcji sztuki¹³.

Na tę inność w nas zwraca uwagę także Stanisław Ignacy Witkiewicz. Tak opisuje doznania *Zypcia z Nienasycenia*:

Coraz częściej odczuwał pokłady nienazwanej obcości w sobie, ale na dłubanie w rzeczach tych nie miał czasu. Tak się to gromadziło, gromadziło, aż na koniec... „trach”. (...) Zdawało się, że otworzyła się i zaśniła w zaświatowej jakiejś błyskawicy jaskinia pełna skarbów, dziwów i potworności, a potem zatrzasnęły się wrzeczadze i nie wiadomo było teraz, czy to nie był sen tylko¹⁴.

„Ludzie dotknięci schizofrenią są tacy sami jak wszyscy, tylko jeszcze bardziej” – pisał J.H. Jenkins¹⁵. To „jeszcze bardziej” nie jest tylko różnicą ilościową, ono czyni innymi. Jerzy Krzysztoń tak opisuje tę różnicę:

Na zewnątrz wszystko było znane aż za dobrze; cztery zakratowane okna na dziedziniec, dalej sześć zakratowanych okien na park, dwa korytarze zbiegające się pod kątem prostym, drzwi do sal i gabinetów po bokach, wahadłowe drzwi do kibla, drzwi do łazienki, cała topografia domu obłąkanych. I korytarze pełne nas, wędrujących bez celu i bez sensu, w głuchym, zawziętym milczeniu. Może dlatego ludziom zdrowym na umyśle, odwiedzającym, nie wolno tu zaglądać, aby na ów widok nie ogarnęła ich bojaźń i trwoga. Lecz nas z tego powodu lęk imać się nie może, jesteśmy w samym środku, a od środka wszystko

¹¹ Ricoeur 2005, s. 527–592.

¹² Janion 2005, s. 931.

¹³ Twórczość jest wielorako związana z szaleństwem. Pełni rolę ochronną, ale także wyraża szaleństwo. Por. Nowak 2017.

¹⁴ Witkiewicz 1930, II. *Oblęd*, s. 11.

¹⁵ Jenkins, Barret 2005, s. 35.

z piekłem włącznie nie wygląda tak koszmarnie, jak by się wydawało. Człowiek nie tylko potrafi się oswoić, ale też oswaja każdą rzeczywistość¹⁶.

Czy Krzysztonia „lęk się nie imał”, bo potrafił go opisać? Bo talent i twórczość umożliwiały mu lęk przewycięzać? Niestety, nie przewyciężyły.

Opozycja „rozsądny – szalony” od czasów romantyzmu wydaje się zdominowana w języku potocznym. Pojawił się nowy język. Wyrażenie „to, co rozsądne” zastępowało „sumienie” i „powinność”. I nie zawsze „to, co rozsądne” było przez wszystkich cenione wyżej, a często stanowiło formę i sposób manipulacji politycznej. Adam Mickiewicz, opierając się na tej opozycji, przeciwstawiał obóz patriotyczny, obywatelski, „szaleńczy” – obozowi tzw. ludzi rozsądnych. „Ludzie rozsądni okrzyknęli Rejtana głupcem i szalonym – naród nazwał go wielkim – potomność sąd narodu zatwierdziła”¹⁷.

4

W obrębie psychiatrii pojawia się również stanowisko tzw. antypsychiatryczne. Thomas Szasz, często określany jako inicjator nurtu antypsychiatrycznego, w pracy pt. *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry* pisze:

Mówiąc wprost, medycyna może i musi zajmować się jedynie histopatologicznymi lub patofizjologicznymi przejawami i konsekwencjami chorób i ich leczeniem. Nie może i nie wolno jej zajmować się behawioralnymi i lingwistycznymi przejawami i konsekwencjami indywidualnie zróżnicowanymi¹⁸.

Innymi słowy, psychiatria, która jest medycyną, nie może i nie powinna zajmować się zachowaniami i językiem indywidualnym ludzi. W swojej wypowiedzi Szasz nie tylko atakuje psychiatrię, ale w moim przekonaniu zastanawia się nad jej statusem, zmusza nas do pytania o „co” i „jak” psychiatrii. Zauważa bowiem, niezupełnie bezzasadnie, że instytucjonalny psychiatra jest agentem swojego społeczeństwa. Twierdzi, że nie jest tak, iż schizofrenia jest problemem, a psychiatria rozwiązaniem tego problemu. I schizofrenia, i psychiatria są natomiast problemami dla epistemologii i etyki, dla filozofii i prawa, dla społeczeństwa i jednostek jako podmiotów moralnych, aby skonfrontować je z inteligencją i połączyć z sumieniem. Wypycha zatem Szasz schizofrenię z obszaru psychiatrii i chce, aby zajmowały się nią – nie wiem, czy „także”, czy „tylko”? – inne dyscypliny naszej wiedzy.

¹⁶ Krzysztoń 2005, s. 751.

¹⁷ Mickiewicz 1833.

¹⁸ Szasz 1976, s. 19.

W tym samym czasie podobne stanowisko zajmował Kazimierz Jankowski. Pisał: „W moim najgłębszym przekonaniu psychiatria wiąże się z medycyną, ale nią nie jest”¹⁹.

Testament Szasza, to znaczy jego niektóre przekonania związane z krytyką psychiatrii, są przejmowane przez grupę badaczy skupionych wokół międzynarodowej organizacji zrzeszającej psychiatrów, filozofów i psychologów: International Network for Philosophy & Psychiatry. Elselijn Kingma np. pisze: „...psychiatria wydaje się bardziej zanieczyszczona wartościami i społecznymi względami niż medycyna somatyczna – w rzeczy samej idea, że psychiatria jest «jedynym narzędziem dla kontroli społeczno-politycznej» (...) jest trwałą krytyką psychiatrii”²⁰. International Network przeciwstawia się temu, tworząc i wzmacniając organizację pacjentów, a także organizując opiekę nad pacjentami również poza szpitalami.

Prowadzone w latach 70. badania wykazały, że długotrwała hospitalizacja pogłębia m.in. takie objawy jak apatia i psychomotoryczne spowolnienie, i zmniejsza szanse przystosowania się chorego do wymagań pozaszpitalnych²¹.

W Polsce – niezależnie od International Network – analogiczne zadania realizuje tzw. psychiatria środowiskowa. Teoretyczna refleksja obecna w nurcie psychiatrii środowiskowej podkreśla wpływ języka i nazw obecnych w psychiatrii na społeczny stosunek do pacjenta.

Schizofrenia jest nazwą – pisze Jacek Wciórka – pacjent spełnia kryteria zapisane w klasyfikacji i przypisywane tej chorobie, ale one się zmieniają i dyskusja nad samym konstruktem i pojęciem nie została zakończona (...), a człowiek, który słyszy rozpoznanie „to schizofrenia”, odbiera je często jako rodzaj wyroku, piętna, które będzie nosił do końca życia. Czuje się jak ktoś, komu nie można okazać zaufania, odstawiony na boczny tor, wymagający szczególnej troski i nadzoru²².

Nazwa i związane z nią konsekwencje praktyczne mogą też być wykorzystywane przez samych pacjentów. Doskonałą ilustrację stanowi przykład dialogu z pacjentem podany przez psychiatrę Bogdanę de Barbaro: „Doktorze, na co ja cierpię? Czy moja choroba nazywa się schizofrenia? (...) – A jaką diagnozę pan by chciał? Ku zaskoczeniu psychiatry pacjent odpowiedział, że wolałby uzyskać diagnozę «schizofrenia». Dlaczego? Bo wtedy otrzymałbym rentę (...) i byłbym zwolniony z ciężarów życia. Mamy tu do czynienia z paradoksem – pisze dalej de Barbaro – w niektórych przypadkach określe-

¹⁹ Jankowski 1976, s. 5.

²⁰ Kingma 2013, s. 364.

²¹ Jankowski 1972.

²² Wciórka 2016, s. 76.

nie «schizofrenia» jest dla cierpiącego przekleństwem (stygmatyzuje, izoluje, debilituje społecznie i profesjonalnie), a w innych jest pożądane²³.

Na kulturowo-społeczne czynniki obecne w psychiatrii zwraca uwagę Julia Sowa: „Zapewne i medycynę somatyczną przenika świat wartości, co bywa dostrzegane przez lekarzy z kulturą filozoficzną (...), ale przedmiotem psychiatrii jest wręcz świat kultury, albowiem osobowość psychiczna człowieka jest wytworem kultury i kulturą samą²⁴.”

Nie ma wątpliwości, że kultura współkształtuje osobowość psychiczną człowieka, nie chcemy jednakże przyjąć za własną tezy, że człowiek jest *tabula rasa*. Bliższe jest nam przekonanie, że człowiek „jest jakiś” czy „jakoś jest zadany”, i to, jak owa „zadaność” jest uświadamiana i realizowana, zależy od ładu społeczno-kulturowego, w którym odbywa się jego egzystencja.

5

Pouczające jest prześledzenie konstytuowania się pojęcia i fenomenu schizofrenii jako fenomenu psychiatrycznego. Wiąże się z dwoma nazwiskami: E. Kraepelinem i E. Bleulerem²⁵.

W przekonaniu Szasza schizofrenia stała się chorobą na przełomie XIX i XX wieku. Została uznana za chorobę przez medyczne autorytety, a nie wskutek naukowego odkrycia. Nie była „wynikiem empirycznej czy naukowej pracy, ale decyzją etyczno-polityczną²⁶”. Była to w przekonaniu Szasza „wielka epistemologiczna transformacja” w obszarze medycyny: z histopatologii do psychopatologii, transformacja od nienormalnej struktury ciała do nienormalnego zachowania jednostkowego.

Eugen Bleuler w 1911 roku zauważył, że u chorych nastąpiło rozszczepienie, rozdarcie pomiędzy uczuciami i intelektem. Ta właściwość schizofrenicznego doświadczenia jest akceptowana do dziś. Nowe jakości były ujawniane

²³ Jest to nieco zmieniona wersja wystąpienia na konferencji „The Psychological Therapies for Psychosis” (Warszawa, 22–25.08.2013), zorganizowanej przez The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISPS) i Department of Psychology, University of Warsaw.

²⁴ Sowa 1984, s. 7.

²⁵ Emil Kraepelin, nazywany „ojcem psychiatrii”, w 1917 roku pisze pracę pt. *Hundert Jahre Psychiatrie*, w której prezentuje osiemnastowieczne próby filozoficznego rozumienia zaburzeń psychicznych. Traktuje je raczej jako efekt pracy wyobraźni ich autorów, niż jako oparte na obserwacji, porównaniu i analizie. Powszechnym np. było psychiatryczne przekonanie – nawet Ph. Pinela – że leczenie uzyskiwało się poprzez ingerowanie w wolę pacjenta, poprzez łamanie jego woli i podporządkowanie go rozkazom lekarzy, których wola powinna stanowić prawo.

²⁶ Szasz 1976, s. 3.

i dodawane stopniowo do pełniejszego obrazu choroby. Zauważmy jednak, że Fiodor Dostojewski rozszczepienie traktował jako właściwość każdego z nas. Pisał do Katarzyny Junge, 11 kwietnia 1880 roku:

Dlaczego pisze pani o swoim rozdwojeniu? Jest to najbardziej zwykła cecha ludzi – co prawda niezupełnie zwykłych. Cecha właściwa naturze ludzkiej w ogóle, która wszakże nie w każdej naturze występuje w tak dużym nasileniu jak u pani. Dlatego jest mi pani tak bliska, ponieważ to rozdwojenie jest u pani dokładnie takie samo jak we mnie. Odczuwałem je zresztą przez całe życie. Jest to wielka męka, a jednocześnie wielka rozkosz. Jest to silna potrzeba rozrachunku z samym sobą, świadomość, że w naszej naturze istnieje poczucie moralnego długu wobec samego siebie i wobec ludzkości. Oto co znaczy rozdwojenie²⁷.

Okazuje się, że uczucie „natłoku myśli” i „pustki w głowie”, uważane często przez tradycyjnych psychiatrów za objawy osiowe schizofrenii, jest także obecne wśród zdrowych osób²⁸.

Bleuler, charakteryzując schizofrenię, wymienia specyficzny typ przemiany myślenia, który się przejawia w chaosie języka jego pacjentów²⁹, głównie w niewłaściwie używanych, nieakceptowanych metaforach. Nieakceptowane metafory – to kwestia natury społeczno-kulturowej, a nie medycznej. Podkreśla się jednak, że metafory są traktowane przez pacjentów nie jako liryczny twór językowy, liryczne ekspresje, ale jako metafizyczny opis rzeczywistości.

Trudności w komunikacji pozostają nawet wtedy, gdy metafory nie są traktowane jako twory rzeczywiste, a nawet gdy metafor nie ma. Czytając wiersze Rafała Wojaczka – nawet te, które są dość jasne – mamy poczucie większej niepewności interpretacyjnej, niż czytając wiersze innych poetów:

„Jest poręcz ale nie ma schodów, jest ja ale mnie nie ma (...) jest ciemno jak najciemniej mnie nie ma, nie ma spać nie ma oddychać żyć nie ma”.

Czy psychiatra zinterpretowałby je dokładniej? Pełniej? Głębiej? Czy odnalazłby w nich inny sens, czy więcej sensu, niż zrobił to w „Posłowiu” Tadeusz Pióro?³⁰ Kępiński powiedziałby pewnie o wyrażonej w wierszu depersonalizacji i derealizacji. Oba pojęcia są dla niego istotne, gdyż „ja” posiada zdolność integracyjną, czyli scalającą obraz samego siebie i otoczenia. Gdy natomiast poczucie „ja” jest zachwiane, traci się poczucie własnej rzeczywistości, czyli aspektu cielesnego, i poczucie rzeczywistości otaczającego świata. Rzeczywistość zewnętrzna przekształca się w makietę teatralną. Sprawdzianem „ja” staje się akt woli, czyli siły integrujące. W schizofrenii siły integracyjne, czyli akty woli, są osłabione. Pozwala to, twierdzi Kępiński, rozpoznać na pierwszy

²⁷ Dostojewski 1979, s. 571–572.

²⁸ Jankowski 1976, s. 32–33.

²⁹ Bleuler 1950, s. 9, 147–160 i n.

³⁰ Pióro 1999, s. 345–354.

rzut oka schizofrenię w tzw. *praecox Gefühl*. Niezdolność do wypowiedzenia „ja chcę” wyraża pustkę schizofreniczną. Życie przestało angażować.

Jak zatem należy rozumieć wiersz Edwarda Stachury pt. *Musisz mi pomóc?*

Musisz mi pomóc, musisz mi pomóc,
Swoją miłością musisz mi pomóc,
Musisz pokochać mnie mocniej,
Żebym się nie mógł w głęboka wodę
Rzucić

Podobnie czytamy u Arnhild Lauveng: „Zabierzcie mi odłamki, zanim się potnę”³¹. Oboje autorów miało diagnozę schizofrenii.

Nie dostrzegam w nich schizofrenicznej pustki. „Ja chcę” jest w nich obecne. Jest wołaniem o pomoc, wołaniem o drugiego człowieka.

Andrzej Czernikiewicz pisze, iż patologia językowa jest jednym z głównych kryteriów rozpoznawania schizofrenii. Szuka wspólnych czynników w patogenezie schizofrenii i ewolucji języka. „Wreszcie analizując ewolucję rodzaju ludzkiego poprzez rozwój funkcji językowych oraz genetyczne podłoże schizofrenii można dojść do wniosku, że człowiek dlatego choruje na schizofrenię, iż nabył w procesie ewolucji zdolność do mówienia”³². Nie jest łatwy do udowodnienia ten wniosek. Wszyscy wszak nabyliśmy zdolność do mówienia, a nie wszyscy chorujemy na schizofrenię.

Dlaczego tak się dzieje? Czego brakuje choremu umysłowi?

Do wymienianych przez psychiatrię objawów, czyli: rozszczepienie umysłu, natłok myśli, pustka w głowie, a-logia, an-hedonia, a-społeczność, a-wolitywność, można by jeszcze dodać brak elastyczności, tzn. umiejętności przedstawienia. Podkreślmy, iż wszystkie te objawy bywają obecne również u osób zdrowych. Czy różni nas jedynie nagromadzenie tych objawów i ich wyrazistość?

Schizofrenia nie tylko nie przestała być wyzwaniem dla psychiatrii, ale stała się ważnym wyzwaniem filozoficznym.

Terminy używane przez psychiatrów do określania stanów i objawów chorobowych osób ze schizofrenią nie mają precyzyjnych konotacji – i jest bardzo mało prawdopodobne, aby je mogły mieć.

Co to bowiem znaczy „inaczej rozumieć”? Czy dotyczy to sposobu, czy treści rozumowania? Czy też może dotyczy reguł rozumowania? Czy w ogóle istnieją jakieś reguły, na których opiera się rozumowanie schizofrenika? A jeżeli istnieją, to czy i jak różnią się od reguł używanych przez tzw. normalnych ludzi?

³¹ Lauveng 2008, s. 151.

³² Czernikiewicz 1998, t. 1, s. 64.

W filozofii istnieje wiele koncepcji rozumienia: od propozycji W. Diltheya poprzez koncepcję K. Jaspersa do H.G. Gadamera. W przekonaniu tego ostatniego rozumieć fenomen to znaleźć pytanie, na które jest on odpowiedzią. Zatem wykorzystując określenie Gadamera, aby zrozumieć schizofrenię, należałoby znaleźć pytanie, na które ona odpowiada.

„Znaleźć pytanie, na które odpowiedzią jest schizofrenia” to wyzwanie dla myśli filozoficznej niezależnie od tego, czy wyraża je filozof, psychiatra, czy psycholog.

Jaspers pisze, iż pojęcie „schizofrenii” określa się, poza wieloma innymi terminami, przede wszystkim formalnie – to wszystkie te choroby psychiczne, które zaczynają się w określonym czasie jako pewien proces, które nie pozwalają choremu wrócić do jego wcześniejszego stanu i których nie sposób ująć jako symptomu znanych schorzeń mózgu³³.

Edmund Husserl w 1935 roku, w swoim odczycie o kryzysie człowieczeństwa europejskiego, mówił o przemianie „nastawienia naturalnego” w „nastawienie teoretyczne”. Podkreślał jednakże, iż „przestawienie może się dokonać tylko na pewien czas”, podobnie jak dzieje się to, gdy pracę zawodową przeplatamy z życiem codziennym. Przestawienie staje się normalną aktywnością psycho-społeczną. „Poszczególni ludzie, którzy dokonują przestawienia (...), nadal mają naturalne interesy (...) i na mocy żadnego przestawienia nie mogą ich po prostu utracić, gdyż dla każdego z nich znaczyłoby to po prostu zaprzestać być tym, kim jest, kim się stał w ciągu całego swojego życia”³⁴. Umiejętność przestawienia dotyczy również naszych przeświadczeń, czyli naszych przekonań, którym towarzyszy pewność. Husserl nazywa je pra-mniemaniem (*Urdoxa*) albo pra-przeświadczeniem (*Urglaube*). Jest to przeświadczenie „niezmodalizowane”, „niezmodyfikowane”. „Odmiana pewnego przeświadczenia może przechodzić w odmianę dopuszczenia lub przypuszczenia, albo pytania i wątpliwości, a zależnie od tego, to, co się ukazuje, przyjmuje *modi* istnienia: «możliwy», «prawdopodobny», «pozostający pod znakiem zapytania», «wątpliwy»”³⁵. Choremu brakuje umiejętności przechodzenia w różne *modi* istnienia. Dodajmy jednak, że brakuje jej również fanatykowi, a także wielu z nas. Przyczyna tej nieumiejętności nie jest znana.

Przypomnijmy jeszcze prace Leopolda Blausteina. Jako uczeń Husserla, kategorię „nastawienia” stosuje do doświadczenia estetycznego. Mamy tam, w jego przekonaniu, zmianę nastawienia odbiorcy ze świata rzeczywistego na świat imaginatywny. Ta zmiana nastawienia jest, w przekonaniu Blausteina,

³³ Jaspers 2006, s. 8.

³⁴ Husserl 1993, s. 27.

³⁵ Husserl 1974, s. 357.

źródłem „poczucia wznoszenia się ponad realność życia”³⁶. Blaustein dodaje jeszcze, że sądy wydawane o przedstawieniach imaginatywnych mają charakter quasi-sądów, czyli wydawane są bez wewnętrznego przekonania, a zatem bez *Urglaube*, czyli mają charakter „zmodalizowany”, gdybyśmy chcieli użyć języka Husserla.

Pytanie, które wymaga odpowiedzi, to pytanie o możliwość tak rozumianego doświadczenia estetycznego u osoby chorej. Wiemy o tym – jest to też często analizowane – że choroba nie tylko nie przeszkadza twórczości, ale czasami nawet ją wzmacnia. Nie wiemy jednakże o jej stosunku do recepcji sztuki.

6

Ostatnie badania nad schizofrenią, oparte o fenomenologiczną koncepcję umysłu, koncentrują się na poczuciu „ja”, na samoświadomości, jako na tym elemencie, którego przemiany są istotowe dla schizofrenicznego stanu umysłu. Dan Zahavi wprowadza określenie „minimalnego ja”, lub „rdzenia ja”. „Minimalne ja” stanowi konieczne podłoże dla artykulacji bogatszego, bardziej refleksyjnego, związanego z językiem „ja narracyjnego”³⁷.

Przemiany struktury samoświadomości były dostrzegane od początku refleksji nad schizofrenią, czyli w pracach Bleulera i Kraepelina. Patologia „ja” była tam określana jako „zagubienie wewnętrznej jedności świadomości” (orkiestra bez dyrygenta). Pierwsze symptomy opisane przez Bleulera miały charakter kognitywny. To były formy zaburzenia myśli z rozluźnieniem skojarzeń. Ambiwalencja, autyzm, emocjonalny chaos, nieuporządkowanie woli i uwagi. Katatonia, deluzje i halucynacje stanowiły dodatkowe psychologiczne reakcje, niepowodowane przez procesy biologiczne³⁸.

Badania aktualne koncentrują się na relacji pomiędzy świadomością i samoświadomością, pomiędzy „ja” minimalnym a samoświadomym. Zwracają uwagę, iż moja świadomość, moje „ja” jako przedmiot mojej samoświadomości nigdy nie staje się przedmiotem samopoznania. Zawsze umyka. Jest samoistnie nieuchwytnie, to znaczy, że „zawsze istnieje ślepa plamka na pochodzeniu mojej subiektywności”³⁹.

³⁶ Rosińska 2001, s. 69.

³⁷ Parnas, Sass 2013, s. 525 i n.

³⁸ Freeman 1999.

³⁹ Parnas, Sass 2013, s. 526. Reaktywowany jest model wiedeńskiego psychiatry Josepha Berze (1914), który anomalie w doświadczeniu schizofrenii sprowadzał do zmniejszenia, braku stabilności i osłabnięcia świadomości. Sugerował w miejsce nazwy „schizofrenia” nazwę „hypofrenia”.

Kępiński proponuje inny model relacji psychiatra-pacjent. „...Kontakt psychiatryczny jest spotkaniem twarzą w twarz”⁴⁰. Wbrew pozorom, jest to model niezwykle trudny do realizacji. Chory musi czuć koło siebie żywego człowieka, a nie naukowca. Nie jest jednak łatwo długo wytrzymać bliski kontakt z chorym. Napięcia emocjonalne, które często się zmieniają, wyczerpują nie tylko chorego, ale i lekarza. Nadmierne emocjonalne zaangażowanie utrudnia lub wręcz uniemożliwia utrzymanie dystansu i obserwację stanu emocjonalnego pacjenta oraz własnego stanu emocjonalnego lekarza. Dla rozwiązania tej sytuacji Kępiński proponuje kategorię „idealnego obserwatora”. Idealnego obserwatora powinien stworzyć w sobie psychiatra, aby z dystansu mógł się przyglądać reakcjom chorego i własnym. Jest to wymóg trudny i dlatego, jak twierdzi Kępiński, szkolenie psychiatrów to nie tylko szkolenie fachowe, ale i szkolenie charakterologiczne. Podobnego dystansu do siebie samego wymaga również Kępiński od pacjenta. „Idealny chory” to pacjent, który wraz z lekarzem może analizować samego siebie. Główną metodą diagnostyczno-terapeutyczną jest rozmowa. „...Dwie osoby, chory i psychiatra, rozmawiają o trzeciej osobie – chorym, ściślej mówiąc o jego autoportrecie”⁴¹. Do szkolenia fachowego i charakterologicznego dodawany jest jeszcze jeden wymóg stawiany psychiatrze: „śledzenie postępu w innych dziedzinach wiedzy”. Robił to bliski Kępińskiemu Zdzisław Bizoń.

Andrzej Piotrowski tak kończy swoje wspomnienie o Zdzisławie Bizoni: „...podkreślał, jak wielkie znaczenie miało dla niego uczestnictwo w seminariach Romana Ingardena. Gdy się pracowało ze Zdzisławem, stawało się oczywistym, że aby psychiatrię zmieniać, nie wystarcza być dobrze przygotowanym do zawodu, ale konieczne jest śledzenie postępu w innych dziedzinach wiedzy, a także rozwoju cywilizacyjnego i społecznego w kraju i na świecie”⁴².

O taki model upomina się kilkanaście lat później także szwedzki terapeuta, który pracował w szpitalu psychiatrycznym ze schizofrenikami⁴³.

7

Karl Jaspers twierdzi, że schizofrenia jest niepoznawalna. Nie możemy jej rozumieć. W przedmowie do książki o Strindbergu i Van Goghu czytamy: „W zajmującym nas tu przypadku, w którym chodzi o rolę chorób psychicznych, faktyczność tę można ująć bardziej precyzyjnie na płaszczyźnie empi-

⁴⁰ Kępiński 1978, s. 44.

⁴¹ Tamże, s. 164.

⁴² Piotrowski 2001, s. 34.

⁴³ Belin 1998.

ryczno-porównawczej, bynajmniej jednak nie sposób jej przeniknąć⁴⁴. Czyli psychopatologiczny wgląd polega na porównaniu. Ten wgląd jednakże jest jedynie zaglądaniem, zajrzeniem, nie zaś zobaczeniem. Schizofrenia nie jest platońskim „pięknem samym”, do którego można dotrzeć wspinając się po drabinie pięknych ciał, pięknych czynów i pięknych nauk, aby wreszcie dotarłszy do niego, móc je kontemplować. Można coś zrozumieć poprzez porównanie z innymi doświadczeniami schizofrenicznymi, a także z własnymi przeżyciami, ale nie można zrozumieć wszystkiego. „...Będzie to jednak tylko próba rozumienia, nigdy zaś nie wolno zapominać, że zawsze pozostanie tu coś niedostępnego, obcego, coś co język określa właśnie mianem «obłądnego»”⁴⁵.

Przekonująca jest teza Jaspersa; wszak i człowieka zdrowego – jeśli taki istnieje – nie sposób poznać do końca, a nawet nie należałoby tego chcieć. Obracamy się w obszarze „jak-gdyby-rozumienia”.

Jaspersowska teza o niezrozumiałości psychozy nie jest jednak powszechnie przyjmowana wśród psychiatrów. Przeciwstawia jej się epistemologię zaangażowaną⁴⁶. Być może epistemologia zaangażowana pozwala zrozumieć więcej, ale uwzględniając nasze uwikłanie w cielesność, w środowisko i w kulturę – co epistemologia zaangażowana czyni – rozumienie jednostki wydaje się być jeszcze trudniejsze. Niemniej jednak wysiłki poznania i rozumienia schizofrenii są podejmowane wciąż na nowo. Jej tajemniczy charakter prowokuje.

Niezależnie od dyskusji teoretycznych, doświadczenia klinicznego oraz wszelkiego rodzaju ekspresji artystyczno-literackich, w dociekaniach nad psychozami znalazło się również miejsce dla eksperymentu. Eksperyment polega na wprowadzaniu do organizmu ludzkiego określonych środków chemicznych zdolnych do wywołania zaburzeń psychicznych. Praktycznie każdy lek o działaniu psychotropowym w odpowiedniej dawce może wywołać psychozę. Wywołana w ten sposób psychoza uzyskuje odrębną nazwę „psychoza modelowa”. Rozumiem popęd do poznania naukowego, niemniej jednak powinna mu towarzyszyć wrażliwość, dostrzegająca także godność chorego psychicznie.

Louis Sass podejmuje się interpretacji pamiętników Daniela Schrebera, porównując szaleństwo do filozofii, a filozofię do szaleństwa (nie utożsamiając ich jednak!). Pamiętniki Schrebera od czasu Freuda są traktowane jako paradygmatyczny przypadek szaleństwa w naszych czasach, jako „archetypiczna rola przykładu”⁴⁷. Pamiętnikami zajmowali się psychiatrzy, filozofowie

⁴⁴ Jaspers 2006, „Przedmowa”.

⁴⁵ Tamże, s. 105.

⁴⁶ Dyskusji na temat rozumienia, wyjaśniania, a także obecności epistemologii zaangażowanej w psychiatrii poświęcona jest praca Andrzeja Kapusty (2010). Autor ten pisze: „Podstawowym zadaniem pracy jest wykazanie, iż pojęcie rozumienia odnosi się do obłądki czy psychozy i ujawnia istotne cechy tego zjawiska” (Kapusta 2010, s. 10).

⁴⁷ Por. Freud 2009, s. 107–165.

a także literaturoznawcy. W języku polskim „modelowym i archetypicznym przykładem” może być *Oblęd* Krzysztonia. Porównanie *Pamiętników* Schrebera i *Oblędu* Krzysztonia mogłoby wiele wnieść do rozumienia doświadczenia psychotycznego. Różnica języków: prawnika Schrebera i literata Krzysztonia, pozwala potwierdzić, że odmian doświadczenia schizofrenicznego jest wiele i że każdy doświadcza poprzez własną biografię, edukację i doświadczenie życiowe. Louis Sass podejmuje się – jak sam to nazywa – „interpretacji epistemologicznej”, to znaczy dostrzega nadrefleksyjność w myśli Schrebera i porównuje ją z myślą L. Wittgensteina. Zbigniew Bitka, analizując *Oblęd*, dokonuje „interpretacji archetypowo-symbolicznej”. W *Oblędzie* dostrzega opisaną przez C.G. Junga drogę rozwoju osobowości. Bitka kończy swoją pracę: „*Opus magnum* pisarza opowiada nie tylko o szaleństwie jednostki, (...) ale mówi o szaleństwie świata w XX wieku; polska perspektywa w jej uwikłaniach kulturowych, historycznych i politycznych jest oryginalnym punktem obserwacyjnym tegoż szaleństwa”⁴⁸.

8

Tym, którzy więcej czują
i inaczej rozumieją
i dlatego bardziej cierpią
a których często nazywamy
schizofrenikami

Tak dedykuje chorym swoją książkę *Schizofrenia* Antoni Kępiński. Jest to piękna dedykacja. Osłabia nieco przerażenie wywołane słowem „schizofrenia”, a jednocześnie rozbudza wrażliwość i uczy dostrzegać cierpiących bardziej od nas.

Spór się nie kończy. Pytania „co to jest” i „skąd to jest” są ciągle pytaniami otwartymi, mimo istniejących już wielu odpowiedzi.

Otwartym i ważnym jest również pytanie postawione przez Ericha Fromma, choć niepodjęmowane ani przez psychiatrię, ani przez inne dyscypliny społeczne. „Podczas gdy psychiatria interesuje się zagadnieniem, dlaczego pewni ludzie popadają w obłąd, to istotną kwestią jest, dlaczego większość ludzi w obłąd nie popada...”⁴⁹

⁴⁸ Bitka 2001, s. 162–163.

⁴⁹ Cyt. za: Jankowski 1976, s. 338.

Bibliografia

- Belin Sverker (1998), *Schizofrenia* [1987], przeł. J. Kubitsky, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Bitka Zbigniew (2001), *Wędrowanie do kresu cierpienia. Motywy archetypowe i symboliczne w prozie Jerzego Krzysztonia*, Opole.
- Bleuler Eugen (1950), *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* [1911], trans. J. Zinkin, New York, International University Press.
- Czernikiewicz Andrzej (1998), *Schizofrenia i język – wspólne korzenie*, w: M. Masiak (red.), *Badania nad schizofrenią*, t. 1, Lublin.
- Dostojewski Fiodor (1979), *Listy*, przeł. Z. Podgórzec, R. Przybylski, PWN.
- Freeman Hugh (1999), *A Century of Psychiatry*, Mosby, Wolfe Medical Communications.
- Freud Sigmund (2009), *Psychoanalityczne uwagi o autobiograficznie opisanym przypadku paranoi*, w: tenże, *Charakter a erotyka*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Frith Christopher, Johnson Eve (2012), *Schizofrenia* [2003], przeł. P. Bucki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Fulford K.W.M. et al. (ed.) (2013), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press.
- Husserl Edmund (1974), *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii*, przeł. D. Gierulanka, PWN, Warszawa.
- Husserl Edmund (1993), *Kryzys europejskiego człowieczeństwa a filozofia*, Altheia, Warszawa.
- Janion Maria (2005), *Posłowie*, w: J. Krzysztoń, *Oblęd, Świat Książki*.
- Jankowski Kazimierz (1972), *Psychofizjologiczne aspekty przewlekłej schizofrenii*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Jankowski Kazimierz (1976), *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa.
- Jarosz Marek, Cwynar Stanisław (red.) (1976), *Podstawy psychiatrii*, PZWL, Warszawa.
- Jaspers Karl (2006), *Strindberg i Van Gogh*, przeł. R. Reszke, Wydawnictwo KR.
- Jenkins J.H., Barret R.J. (2005), *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*, Libron.
- Kant Immanuel (2010), *Esej o schorzeniach głowy*, w: tenże, *Dzieła zebrane*, t. I, UMK, Toruń.
- Kapusta Andrzej (2010), *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kępiński Antoni (1972), *Schizofrenia*, PZWL, Warszawa.
- Kępiński Antoni (1978), *Poznanie chorego*, PZWL, Warszawa.

- Kingma Elselijn (2013), *Naturalist Account of Mental Disorder*, w: *The Oxford Handbook of Psychiatry and Philosophy*, Oxford University Press.
- Krzysztoń Jerzy (2005), *Oblęd* [1980], Świat Książki.
- Lauveng Arnhild (2008), *Byłam po drugiej stronie lustra*, przeł. E. Bilińska, Sopot.
- Marcinów Mira (2012), *Na krawędzi wolności. Szaleństwo jako wybór w filozofii Henryka Struvego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mickiewicz Adam (1833), *O ludziach rozsądnych i ludziach szalonych*, „Pielgrzym Polski” nr 8, 27 maja.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (rewizja dziesiąta) (1997), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Nowak Borys (2017), *Doświadczenie psychotyczne w ujęciu filozoficznym*, praca doktorska (niepublikowana), Instytut Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Parnas Josef, Sass Louis A. (2013), *The Structure of Self-Consciousness in Schizophrenia*, w: S. Gallagher (ed.), *The Oxford Handbook of Self*, Oxford University Press.
- Piotrowski Andrzej (2001), *Wspomnienie o Zdzisławie Bizoniu*, w: A. Kokoszka, M. Wojnar, *Profesor Zdzisław Bizoń i jego życie*, Kraków.
- Pióro Tadeusz (1999), *Posłowie*, w: R. Wojaczek, *Wiersze*, PIW.
- Pużyński Stanisław (red.) (1993), *Schizofrenia – leczenie*, w: *Leksykon psychiatryczny*, PZWL, Warszawa.
- Ricoeur Paul (2005), *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chelstowski, PWN.
- Rosińska Zofia (2001), *Blaustein. Koncepcja odbioru mediów*, Prószyński i Sp.
- Sowa Julia (1984), *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, PWN.
- Szasz Thomas (1976), *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*, Syracuse University Press.
- Warner Richard (1994), *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*, London, Routledge.
- Wciórka Jacek (2016), *Wyrok: schizofrenia*, „Medical Tribune” nr 1.
- Witkiewicz Stanisław (1930), *Nienasycenie*, Warszawa.

Streszczenie

Główny cel artykułu to zwrócenie uwagi na nieostrość granicy pomiędzy chorobą psychiczną a zdrowiem psychicznym. Autor stara się przedstawić tę nieostrość na przykładzie schizofrenii. Wskazuje, iż w obrębie psychiatrii istnieje wielość określeń schizofrenii oraz że cechy schizofrenii są obecne również w doświadczeniu ludzi zdrowych. W opinii autora całkowita rezygnacja z rozróżnienia zdrowia psychicznego i choroby psychicznej nie jest właściwym rozwiązaniem, choćby ze względu na konieczność organizacji pomocy lekarskiej. Jednak pytanie o rozgraniczenie zakresów zdrowia psychicznego i choroby psychicznej oraz leżącego pomiędzy nimi wciąż niezdefiniowanego obszaru pozostaje pytaniem otwartym.