

DOI: 10.1515/cpp-2017-0017

EASE: Badanie Nieprawidłowego Doświadczania Siebie#**(EASE: Examination of Anomalous Self-Experience)**

Josef Parnas^{1,2,3}, Paul Møller⁴, Tilo Kircher⁵, Jørgen Thalbitzer¹,
Lennart Jansson^{1,2}, Peter Handest⁶, Dan Zahavi^{3,7},
Hanna Karakuła-Juchnowicz^{8,9} T, Justyna Moryłowska-Topolska⁹ T,
Dariusz Juchnowicz¹⁰ T

¹. Mental Health Center Glostrup, University Hospital, Copenhagen, Denmark². Institute of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark³. Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark⁴. Department of Mental Health Research and Development, Division of Mental Health and Addiction, Vestre Viken Hospital Trust, Drammen, Norway⁵. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Marburg, Marburg, Germany⁶. Mental Health Center Nordsjaelland, Hilleroed, Denmark⁷. Department of Media, Communication and Cognition, Faculty of Humanities, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark⁸. I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin, Poland⁹. Department of Clinical Neuroscience, Medical University of Lublin, Poland¹⁰. Department of Psychiatric Nursing, Medical University of Lublin, Poland#Źródło: Parnas J et al. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 2005, 38.5: 236-258.S.

Użycie skali EASE w badaniach naukowych wymaga pisemnej zgody autora skali (Josef Parnas, e-mail: jpa@cfs.ku.dk)

Streszczenie

Skala EASE jest listą objawów do częściowo ustrukturalizowanego fenomenologicznego badania subiektywnych lub empirycznych nieprawidłowości (anomali), które można uznać za zaburzenia podstawowej, „minimalnej” samoświadomości. EASE opracowana została na podstawie samoopisów otrzymanych od pacjentów chorujących na zaburzenia ze spektrum schizofrenii. Skala ma duże znaczenie dla opisu, diagnozy oraz diagnozy różnicowej zaburzeń ze spektrum schizofrenii. Prezentowana wersja zawiera istotne szczegółowe kwestie dotyczące zbierania wywiadu oraz opisy objawów psychopatologicznych (Podręcznik), arkusz wyników (Aneks A), listę pozostałych pozycji Skali stosowanych w czasie wywiadu (Aneks B) oraz porównawczą listę pozycji EASE/BSABS (*Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*, Bońska Skala do Oceny Objawów Podstawowych) (Aneks C).

Słowa kluczowe: schizofrenia, fenomenologia, zaburzenia Ja, Badanie Nieprawidłowego Doświadczania Siebie, EASE**Wstęp**

Terminy i pojęcia wyjaśnione są w każdej pozycji Skali.

Cele i opis populacji będącej przedmiotem badania

Skala EASE skupia się na anomaliach subiektywnego doświadczania, które wydają się odzwierciedlać zaburzenia samoświadomości.

Skala ta zawiera opis fenomenologiczny, głównie o charakterze jakościowym i dąży do szczegółowego opisu zjawisk, które łączy zdeformowane w jakiś sposób poczucie perspektywy pierwszoosobowej, tj.: zaburzenie lub upośledzenie dotyczące poczucia bycia podmiotem,

ośrodkiem, w którym automatycznie zbiegają się działanie, myśl i doświadczenie. Istnieje także możliwość oceny częstości i nasilenia tych doświadczeń.

Skala ta opracowana została głównie dla zaburzeń ze spektrum schizofrenii, nie może jednak być stosowana jako jedyne narzędzie diagnostyczne (zaburzenia struktury Ja nie są wymieniane przez DSM-V czy ICD-10 jako kluczowe diagnostyczne lub nawet jako ważne cechy schizofrenii; derealizacja i depersonalizacja wspomniane są jako nieistotne cechy schizotypii). EASE nie obejmuje wszystkich możliwych nieprawidłowości doświadczania siebie, skupia się jedynie na zaburzeniach stanów Ja (w przeciwieństwie do BSABS [1], nie są badane np. zaburzenia postrzegania).

T - autorzy tłumaczenia artykułu i Skali EASE oraz oznaczonej * części stanowiącej uzupełnienie oryginalnego artykułu.

Opracowanie EASE

Bodźcem do opracowania EASE były obserwacje poczynione podczas pracy klinicznej w oddziale dziennym i całodobowym przeznaczonym dla pacjentów pierwszorazowych Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Hvidovre należącego do Uniwersytetu Kopenhaskiego w Danii (w ciągu okresu 4 lat Josef Parnas i Lenart Jansson przeprowadzili wywiady w sumie z ok. 100 pacjentami kolejno przyjmowanymi do oddziałów). Głównym celem było zbadanie i lepsze zrozumienie poznawczych i behawioralnych objawów autyzmu schizofrenicznego [2]. Poczyniono uderzającą obserwację, że większość pacjentów zgodnie informowała o długotrwanie utrzymującej się pustce dotyczącej tożsamości lub też występującym później poczuciu zmiany i samotransformacji. Dwa niezależne, niekontrolowane badania przeprowadzone niemal równocześnie w Danii i Norwegii potwierdziły te obserwacje w sposób systematyczny [3, 4]. Badanie z udziałem 151 kolejno przyjętych po raz pierwszy pacjentów o różnej diagnozie wykazało, że zaburzenia struktury *Ja* stanowią ważne aspekty schizofrenii i schizotypii [5, 6]. Według jeszcze innego, oddzielnego badania zaburzenia struktury *Ja* (zarejestrowane w ciągu życia) pozwalają na rozróżnienie pomiędzy schizofrenią rezydualną a psychotyczną chorobą dwubiegunową w remisji [7]. Najnowsze analizy wykazują, że zaburzenia struktury *Ja* pozwalają połączyć przypadki ze spektrum schizofrenii (schizofrenia i schizotypia) zidentyfikowane na podstawie wyników badania genetycznego rodzin wielopokoleniowych [8].

Podsumowując, początki EASE miały w dużej mierze charakter kliniczny, fenomenologiczny, były oparte na wielu wywiadach z pacjentami ze spektrum schizofrenii w początkowym stadium i rozbudowane następnie poprzez systematycznie zbierane dane empiryczne z różnych cytowanych wyżej prób.

Inspirowaliśmy się także klasycznymi opisami psychopatologicznymi tych subtelnych zjawisk patologicznych, np. z prac Pierre'a Janeta, Hansa Gruhle, Josepha Berze, Eugène Minkowskiego i Wolfganga Blankenburga. Wiele zawdzięczamy niemieckiej grupie badawczej Gerda Hubera, Gizeli Gross, Joachima Klosterköttera, Franke Schulze-Lutter i ich współpracownikom – nielicznym współczesnym badaczom z dziedziny psychiatrii, którzy poważnie traktowali subiektywne doświadczenia pacjenta i systematycznie je badali. Znaliśmy stworzone przez Hubera pojęcie „objawów podstawowych” (*basic symptoms*) od końca lat 80-tych XX w., a skala BSABS została przetłumaczona i opublikowana w języku duńskim w 1995 r. EASE i BSABS częściowo pokrywają się w naturalny sposób, zwłaszcza w domenach dotyczących zaburzeń poznawczych, cenestezji i innych pojedynczych pozycjach Skali. W tych przypadkach oryginalne numery pozycji BSABS podano w okrągłych nawiasach po nazwie

danego punktu skali. Ważne jest jednak uważne przestudiowanie definicji, ponieważ zwykle nie są dokładnie takie same. Nasze własne kliniczne podejście psychopatologiczne jest w dużej mierze przeniknięte Husserlowskim podejściem do fenomenologii [9, 10, 11].

Ogólne wskazówki odnośnie prowadzenia wywiadu Swoiste trudności związane z wywiadem

Doświadczenia będące przedmiotem Skali są często tak dziwne dla pacjenta, że nigdy nikomu ich nie przekazał. Często nie zostały wspomniane nawet najbardziej zaufanym powiernikom. Doświadczenia te mogą być przelotne, może nawet na granicy czegoś nie do opisana. Nie są jak materialne przedmioty, które można „wyjąć ze swojej głowy” i opisać je tak, jakby były rzeczami o pewnych cechach lub opisać je ponownie przy różnych okazjach, używając tych samych określeń. Pacjentowi może brakować słów aby wyrazić, to czego doświadcza. Jednym z powodów może być to, że wiele z tych doświadczeń ma charakter przedrefleksyjny. Często nie są bezpośrednio związane z tematem, a bardziej tworzą ogólne tło świadomości. Co więcej, pacjentowi może udać się jednorazowo opisać nieprawidłowe doświadczenie siebie przy użyciu trafnej metafory, która nie będzie dla niego dostępna przy późniejszych okazjach; w efekcie, przy tych późniejszych okazjach będzie podawał jedynie mało precyzyjne opisy. Trudne położenie pacjenta można porównać do jego ogólnego stanu proprioceptywnego (odbierania bodźców z ustroju). Dodatkowo, zniekształcenia samoświadomości osłabiają zdolność pacjenta do autoekspresji. Jak już wspomniano, wielu pacjentów uważa swoje doświadczenia za wyłącznie osobiste (tj. w opozycji do halucynacji słuchowych uważanych za powszechne znane) i dlatego postrzegają oni te doświadczenia jako krępujące, „niehumanitarne” lub głęboko niepokojące.

Stosowanie metafor

Pacjenci stosują metafory, aby opisać to, czego doświadcza; dotyczy to również zdrowych osób – to proces uniwersalny. Metafora jest zwykle definiowana jako przeniesienie znaczenia z jednej dziedziny pojęciowej do innej, tak jak w wyrażeniu: „życie jest podróżą” (pojęcie życia staje się znaczące poprzez odwołanie się do podróży, należącej do innej dziedziny). W kontekście wywiadu psychiatrycznego, metafora nie powinna być postrzegana „tylko jako metafora” lub „tylko jako sposób mówienia”, który w jakiś sposób, zniekształcony lub konwencjonalny, oznacza leżące u jego podłoża (bardziej) prawdziwe lub autentyczne anomalie doświadczania siebie, tj. metafora jest nie tylko elementem oznaczającym (znakiem), odległym od i warunkowo przypisanym do oznaczanej treści (*signifié* = znaczenie znaku). Chodzi raczej o to, że do-

świadczanie (nie- lub przedjęzykowe), zwłaszcza typu przedrefleksyjnego, podlega stopniowej konceptualizacji, tj. transformacji w format pojęciowy (językowy) po to, aby zostało pojęte przez refleksyjny podmiot, ukierunkowane tematycznie i zrozumiałe dla innych. Metafora powinna być postrzegana jako podstawowy aspekt funkcjonalny tego procesu symbolizacji, gdzie działa jako narzędzie językowe lub medium, poprzez które doświadczenie najpierw się wyraża i w ten sposób staje się dostępne na poziomie refleksji. Metafora jest więc pierwszym etapem tworzenia doświadczenia przedjęzykowego lub przedrefleksyjnego dostępnego wprost dla siebie i innych. Wybór metafory związany jest z charakterem doświadczenia w sposób zależny, tj. doświadczenie i metafora nie są całkowicie niezależne.

Wymogi

Przekazanie innej osobie badanego tutaj rodzaju doświadczenia wymaga pewnej intymności pomiędzy przeprowadzającym wywiad a pacjentem oraz wysiłku ze strony pacjenta, aby spenetrował swój własny umysł i zastanowił się nad własnym doświadczeniem. Dlatego też konieczna jest próba nawiązania neutralnych ale opiekuńczych stosunków z pacjentem, i – optymalnie – zapewnienie mu możliwości partnerskiego działania w badaniu opartym na współdziałaniu. Bez względu na to, jak rzadkie lub dziwne mogą wydawać się przeprowadzającemu wywiad przekazywane doświadczenia, musi on pozostać neutralny i spokojny, wykazując przy tym postawę powściągliwego zainteresowania i troski, dając jednocześnie do zrozumienia, że znany mu jest badany typ psychopatologii (zwykle ma to bardzo pozytywny wpływ na wzajemne dobre stosunki). Osoba przeprowadzająca wywiad nigdy nie powinna przyjmować postawy nadmiernie ciekawskiej (przy której pacjent uznaje się za okaz patologii) lub też krytycznej/oceniającej. Mówi się o tym, jak pacjent doświadcza samego siebie i swojego świata, nie o obiektywnie lub medycznie ustanowionej „rzeczywistości” lub „patologii” tych doświadczeń. Z perspektywy pacjenta są to po prostu jego doświadczenia, a w związku z tym bezdyskusyjnie rzeczywiste dla niego jako doświadczenia (ale niekoniecznie połączone z konkretnymi, wyraźnymi sądami o ich przyczynach lub charakterze).

Wrodzy, agresywni, bardzo podejrzliwi pacjenci lub też nacechowani silną obojętnością emocjonalną wymagają wyjątkowego starania ze strony osoby przeprowadzającej wywiad, aby uniknąć udawania lub rezerwy ze strony pacjenta i zaangażować go w wywiad. Z pacjentami w ostrej fazie choroby, z ciężką psychozą, z całościowo zaburzoną uwagą i poznaniem nie powinno się przeprowadzać wywiadu w takim stadium. Należy poczekać do uzyskania poprawy klinicznej. Pacjenci upośledzeni psychicznie prawdopodobnie są niezdolni do dostarczenia

wiarygodnych informacji (Skala EASE nie została przebadana w grupie pacjentów z upośledzeniem intelektualnym).

Przeprowadzanie wywiadu

Najlepiej byłoby, gdyby wywiad był przeprowadzany w sposób częściowo ustrukturalizowany. Wymaga to od osoby przeprowadzającej wywiad gruntownej znajomości listy kontrolnej i różnic między poszczególnymi punktami. Głównym źródłem nierzetelności jest brak znajomości tych rozróżnień. Wywiad zupełnie nieustrukturalizowany również zwykle zmniejsza rzetelność.

Dozwolone jest przedstawianie pacjentowi przykładów doświadczeń patologicznych, ale zawsze niezbędne jest zweryfikowanie obecności badanej pozycji Skali poprzez poproszenie pacjenta, aby opisał szczegółowo własnymi słowami przynajmniej jeden konkretny przykład. Nigdy nie należy punktować prostego „tak” jako odpowiedzi potwierdzającej.

W idealnej sytuacji (która możliwa jest jedynie w przybliżeniu), na wywiad składa się wspólna refleksja, powstająca we współdziałaniu pacjenta i lekarza: osoba przeprowadzająca wywiad stawia pytanie, pacjent próbuje odpowiadać, potem może nastąpić przeformułowanie odpowiedzi przez prowadzącego poprzez propozycję przykładu, która zostaje poprawiona przez pacjenta podającego swój przykład własnymi słowami.

Osoba prowadząca wywiad próbuje uchwycić istotne cechy danego doświadczenia poprzez dalsze badanie, wykorzystując kreatywnie tworzone wersje; oznacza to, że w swoim badaniu i próbach przedstawienia doświadczenia pacjenta, prowadzący może zmienić pewne aspekty doświadczenia przy zachowaniu innych, aby odjąć jego przypadkowe lub zależne cechy. Celem jest pojęcie tych cech, które są istotne dla tego typu doświadczenia (np. istotne różnice pomiędzy natłokiem myśli a ruminacją). Należy jednak dostrzegać ograniczenia procesu obiektywizacji. Przy nadmiernym nacisku przez osobę prowadzącą wywiad, pacjent może nagle uznać, że temat rozmowy w jakiś sposób się zmienił, zbaczając w coś całkiem innego od pierwotnego wywiadu lub badania. Co więcej, subiektywne doświadczenia patologiczne nigdy nie są czystymi, zniekształconymi izolowanymi przeżyciami, ale zawsze są zakorzenione w rozumieniu samego siebie przez pacjenta, a w związku z tym wymagają od psychiatry, aby zbadał subiektywne znaczenie – innymi słowy, aby zastosował podejście hermeneutyczne. Stąd też, jeśli badane są potencjalne związki pomiędzy różnymi doświadczeniami [np. „Co zmotywowało cię do studiowania matematyki?” (powiedzmy, że przeprowadzający wywiad próbuje ustalić, czy nietolerowanie dwuznaczności ma znaczenie)], niezbędne jest, aby wywiad był otwarty, a odpowiedzi próbowano potwierdzić poprzez bogate, szczegółowe, maksymalnie spontaniczne opisy ze strony pacjenta.

Wskazane jest nagrywanie lub filmowanie wywiadu w celu dokumentacji, możliwości powtórnego badania i kontroli rzetelności.

Kolejność domen i pozycji Skali

Skala EASE nie powinna być nigdy wykonywana jako pierwsza składowa wywiadu, ponieważ serdeczne stosunki z pacjentem są sprawą kluczowej wagi. Należy rozpocząć od szczegółowego wywiadu społecznego, który jest łatwy, po pierwsze dlatego, że opiera się na faktach, a po drugie większość ludzi lubi mówić o sobie i swoim życiu. Należy pozwolić pacjentowi mówić swobodnie, ale w pewnych granicach; w przeciwnym wypadku wywiad będzie się ciągnął bez końca. Wywiad społeczny dostarcza podstawowego obrazu psychopatologii, np. wzorów funkcjonowania interpersonalnego (np. wzorów zachowania w różnym wieku, izolacji, niepewności, podejrzliwości, seksualności), osiągnięć związanych z wykształceniem, stabilności zawodowej, nieustępliwości, elastyczności, zdolności dokonywania wyborów, upodobań zawodowych lub zainteresowań. Pytanie, od którego powinno się zacząć część dotyczącą EASE, powinno zostać określone przez kontekst. Obecna kolejność pozycji EASE spowodowana jest technicznymi kwestiami związanymi z wywiadem, a nie względami teoretycznymi.

Z reguły najłatwiej rozpocząć od części dotyczącej „strumienia świadomości”, zaczynając pytać o zdolność skupiania się, zapamiętywania/przypominania sobie i myślenia, robienia planów, po których następują bardziej konkretne pytania o zaburzone doświadczanie *Ja* (np. blokada czy natłok myśli). Te pytania wprowadzające mają dość neutralny charakter medyczny czy „neurologiczny”, pozwalając na stopniowe sondowanie i przejście do dziedzin, które są emocjonalnie prowokacyjne. Ważne jest, aby zebrać maksimum istotnych informacji, jeśli to możliwe podczas badania danej pozycji Skali, a nie powracania do niej przy innych okazjach (co przedłuża sesję i może zrobić niekorzystne wrażenie na pacjencie). Gdy osoba przeprowadzająca wywiad wyczuwa dobrą współpracę, pytania EASE mogą być wprowadzone w odpowiednich momentach już w trakcie wywiadu społecznego (np. gdy pacjent mówi o swoich problemach szkolnych, naturalne może być zbadanie możliwych dysfunkcji poznawczych). Osoba przeprowadzająca wywiad powinna jednak śledzić na bieżąco, czy w wystarczającym stopniu zajęła się wszystkimi punktami Skali EASE (należy zawsze mieć Aneks B przed sobą).

Jeśli EASE jest częścią szerszej zakrojonego wywiadu, wskazane jest odbycie dwóch sesji oddzielonych przerwą lub w dwóch różnych dniach. Przeciętnie wywiad EASE trwa około 90 minut.

Okres czasu objęty badaniem. Zależy on od celu badania i może obejmować okres od dwóch tygodni po-

przedzających badanie do analizy całego życia. Ta druga opcja jest ważna dla całościowej oceny zaburzeń struktury *Ja*, które mają tendencję do rzadszego występowania w zaawansowanych stadiach choroby.

Punktacja. Przy pozycjach Skali, o które nie pytano lub na które nie odpowiedziano, należy pozostawić puste miejsce (brak informacji). W pozostałych przypadkach punktacja częstości/ciężkości jest zgodna z zasadami wyszczególnionymi poniżej w Aneksie A. Z powodów praktycznych uprościliśmy ocenę częstości i ciężkości do połączonego, jednowymiarowego wyniku. Rodzaje doświadczeń będące celem EASE, które występują jedynie w związku z doświadczeniami psychotycznymi powinny być zapisywane oddzielnie w arkuszu wyników (Aneks B).

Szkolenie

Osoba przeprowadzająca wywiad musi posiadać umiejętności w tej dziedzinie, jak również legitymować się szczegółową wiedzą na temat psychopatologii oraz na temat zaburzeń ze spektrum schizofrenii w szczególności, musi też przejść 3-dniowy kurs szkoleniowy na temat EASE, składający się z (1) 1-dniowego seminarium teoretycznego, (2) kilku nadzorowanych wywiadów i (3) tymczasowej oceny rzetelności. Kontekst EASE jest fenomenologiczny – zwłaszcza dla uchwycenia istoty jaźni i relacji podmiot-świat – i znajomość fenomenologicznego opisu struktur ludzkiej świadomości jest niezbędna do stosowania EASE dla celów pragmatycznych i psychometrycznych (więcej informacji można uzyskać na stronie <http://cfs.ku.dk>)*.

Właściwości psychometryczne

Pozycje Skali EASE częściowo pokrywające się z BSABS stosowane były w Kopenhadze od końca lat 80-tch XX w. w Badaniu Copenhagen High Risk Study [12] oraz Copenhagen Linkage Study [13], ze zgodnością ocen dla poszczególnych objawów pomiędzy 0,6 i 0,9.

Skala EASE okazała się narzędziem o dobrej do znakomitej zgodności wewnętrznej (współczynnik alpha Cronbacha powyżej 0,87) oraz o wysokim współczynniku zgodności ocen powyżej 0,80 (rho Spearmana, $p < 0,001$).

Średni współczynnik kappa dla EASE wyniósł średnio 0,65, osiągając wartości od 0,51 do 0,73 w pięciu domenach; na poziomie pozycji Skali, wartości kappa okazały się bardzo dobre w 9 z nich, dobre w 20, umiarkowane w 11 oraz przeciętne w 4 pozycjach [14, 15].

Rzetelność pomiędzy badającymi obniżała się kolejno, od (1) częściowo ustrukturyzowanych wywiadów przeprowadzanych przez jedną osobę, z możliwością dodatkowych pytań ze strony drugiej osoby badającej; (2) częściowo ustrukturyzowanych wywiadów, dla których punktację przeprowadzano z taśmy wideo;

(3) nieustrukturyzowanych wywiadów filmowanych. Nie posiadamy dotąd informacji dotyczących wyników bazujących na opisach zawartych w szpitalnych historiach chorób.

W odniesieniu do możliwej struktury czynnikowej, przeanalizowaliśmy 12-14 punktów wywiadu, reprezentatywnych dla domen EASE, zebranych w trakcie wywiadu ze 155 pacjentami hospitalizowanymi po raz pierwszy [16].

Nie wykryto struktury czynnikowej. Powtórzyliśmy te analizy biorąc pod uwagę wyniki uzyskane w naszym projekcie genetycznym [13], również bez wykrycia jasnej struktury czynnikowej.

Wyniki badań z wykorzystaniem Skali EASE*

W kilku badaniach oceniano związek wyników uzyskanych w Skali EASE z diagnozą psychiatryczną. Potwierdzono znaczne nasilenie patologii *Ja* u pacjentów z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii [17, 18]. Haug i wsp. [19], badając pacjentów z pierwszym epizodem psychozy (schizofrenii, zaburzenia afektywnego dwubiegunowego i innych zaburzeń psychotycznych) wykazali, że pacjenci ze schizofrenią uzyskali istotnie większą punktację w Skali EASE. Nelson i wsp. [20] z kolei dowiedli, że pacjenci z pierwszym epizodem schizofrenii charakteryzowali się wyższą punktacją w Skali EASE w porównaniu do pacjentów z inną psychozą.

Korelowano również wyniki w Skali EASE z innymi zmiennymi. Škodlar i Parnas [21] oraz Haug i wsp. [22] wykazali związek pomiędzy zaburzeniami *Ja* a ryzykiem samobójczym. W opublikowanym w 2016 roku badaniu potwierdzono istotny związek pomiędzy występowaniem objawów depresyjnych u kobiet i patologią *Ja* mierzoną Skalą EASE. Zależność ta nie dotyczyła mężczyzn [23]. W innym badaniu oceniano związek pomiędzy patologią *Ja* a zaburzeniami funkcji poznawczych [24] i nie wykazano takiej korelacji, z wyjątkiem powiązań zaburzeń *Ja* z dysfunkcją pamięci werbalnej. Nordgaard i Parnas [17] z kolei nie wykazali związku pomiędzy zaburzeniami *Ja* a ilorazem inteligencji. W innym badaniu, Haug i wsp. [25] wykazali, że wyższe wyniki w Skali EASE były związane z gorszym funkcjonowaniem społecznym zarówno w schizofrenii jak i w zaburzeniu dwubiegunowym. W innej pracy autorzy badali związek pomiędzy traumą w okresie dzieciństwa a patologią *Ja* u pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii. Wykazali oni istotny związek pomiędzy wynikiem uzyskanym w kwestionariuszu traumy (the Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF) a wynikiem w Skali EASE oraz między wysokim wynikiem uzyskanym w Skali EASE a zaniedbaniem emocjonalnym u kobiet, ale nie u mężczyzn [26]. Jedno z ostatnich badań tego zespołu badawczego dotyczyło oceny związku patologii *Ja* z czasem nieleczonej psychozy [27].

Koren i wsp. [28] analizowali z kolei zaburzenia *Ja* w grupie nastolatków (w wieku 14-18 lat) z zaburze-

niami niepsychotycznymi, którzy poszukiwali pomocy i wykazali, że zaburzenia *Ja* korelowały z objawami prodromalnymi. W badaniu Nelsona i wsp. [29] podwyższone wyniki w Skali EASE okazały się być predyktorem wybuchu psychozy u osób z grupy bardzo wysokiego ryzyka (UHRS, *ultra high risk*).

EASE: Badanie Nieprawidłowego Doświadczania Siebie

1 Poznanie i strumień świadomości

Ogólny opis domeny: normalne poczucie świadomości jako ciągłej w czasie, przepływającej i introspektywnie przejrzystej, klarownej (dostępnej natychmiast i bezpośrednio) w sposób nieprzestrzenny.

1.1 Zakłócenia myślowe (C.1.1)

Treści świadomości (myśli, wyobrażenia lub bodźce), semantycznie (znaczeniowo) niezwiązane z głównym wątkiem myślenia, pojawiają się automatycznie (niekoniernie szybko lub w dużej ilości), wdzierają się do głównego nurtu myślenia, powodując jego zakłócenia. Takie myśli są często (ale nie zawsze) neutralne emocjonalnie i nie muszą mieć specjalnego lub niezwykłego znaczenia. Pacjent może używać osobistych określeń, aby opisać takie myśli („tiki myślowe”, „dręczące myśli”, myśli surrealistyczne”). Częstotliwość zakłóceń myślowych często nasila się, kończąc się jako natłok myśli (1.3) (w tym przypadku obie pozycje Skali są punktowane). Myśli zakłócające mogą być odczuwane jako anonimowe, bezosobowe [patrz: zmniejszona „mojość” (*mineness*) (poczucie odrębności własnych doświadczeń i przeżyć) w zniekształconej perspektywie pierwszej osoby (2.2.1) i utratę myślowego opracowania *ipseity* („istnienia-ciała-ja”), bazowej samoświadomości myślenia poniżej (1.2)].

1.2 Utrata myślowej bazowej cielesnej samoświadomości (Gedankenenteignung) [wyłączenie z myśli; w tym zniekształcona perspektywa pierwszej osoby (2.2)]

Uczucie, że pewne myśli (zwykle myśli zakłócające: 1.1) mogą pojawić się jako pozbawione wyróżnika „mojości” [należy tutaj również punktować zniekształconą perspektywę pierwszej osoby (2.2.1)]. Myśli odczuwane są jako anonimowe lub dziwne w inny, niemożliwy do opisanego sposób (ale głównie nie w sensie treści), mogą być bez związku z własnym *Ja* pacjenta, lub jakby nie były tworzone przez pacjenta („myśli autochtoniczne”), a jednak pacjent nie ma wątpliwości, że myśli te są tworzone w nim, że on jest ich źródłem.

Inna sytuacja występuje przy czytaniu: pacjent może czuć, jak gdyby tekst był równocześnie czytany przez kogoś innego (jak gdyby inny podmiot w jakiś sposób uczestniczył w procesie czytania).

Pacjent naprawdę ma racjonalne przekonanie, że on jest źródłem tych myśli.

Uwaga: Należy zdać sobie sprawę, że podstawowym zjawiskiem, które jest tutaj zaburzone, jest *ipseity*, tj. automatyczna „mojość”, czyli perspektywa pierwszej osoby. Co więcej, całkiem normalne jest doświadczanie myśli nagle pojawiających się w umyśle (*Einfall*), o których nie można powiedzieć, że są tworzone rozmyślnie („nieproszone myśli”). Jednak w tych przypadkach poczucie bezpośredniej (natychmiastowej) lub przedrefleksyjnej *ipseity* nigdy nie kwestionuje siebie samej.

W przypadku zakłóceń myślowych (1.1), zakłócające myśli mogą charakteryzować się anonimowością, jak to zostało opisane powyżej. Także niektóre doświadczenia ruminacyjne (1.6) mogą posiadać taką cechę. W tych przypadkach należy punktować wszystkie odpowiednie pozycje Skali.

1.3 Natłok myśli (C.1.3)

Poczucie doświadczania wielu myśli (lub obrazów) o różnym, niezwiązanym lub luźno związanym znaczeniu/treści, które pojawiają się i znikają w szybkich sekwencjach, przy czym pacjent nie potrafi powstrzymać owego pojawiania się/znikania (ciągle nowej) treści świadomości lub też kierować tym procesem. Ewentualnie pacjentowi wydaje się, że wszystkie te myśli pojawiają się w tym samym czasie (równocześnie). Objaw ten obejmuje brak kontroli, wielość zmieniających się myśli, ale również brak wspólnego motywu i wynikającą stąd utrata spójności lub znaczenia dla pacjenta. Zawartość semantyczna myśli może być przygnębiająca i niepokojąca, ale także neutralna lub nawet błaha, bez żadnego specjalnego znaczenia osobistego. Często zjawisko to jest związane z uprzedzeniem przeżyć (1.8), gdzie myśli są doświadczane w sposób przestrzenny, czasem nawet z delikatną właściwością akustyczną (1.7).

Przykłady:

- „Moje myśli naciskają na czaszkę od wewnątrz”.
- „Czuję, jakby rój pszczół był w mojej głowie”.
- „Moje myślenie jest jak skrzyżowanie autostrad, z ciągle pędzącymi samochodami z dźwiękiem: *zuuum! zuuum!*”

1.4 Blokada myśli (C.1.4)

Subiektywne zablokowanie myśli, które może być również doświadczane jako nagła pustka myślowa, przerywanie myśli, zanikanie myśli lub utrata wątku myślowego. Blokada może być czysto subiektywna, ale także możliwa do zaobserwowania jako luka w mowie pacjenta.

Podtyp 1: Blokowanie: bez nowej, narzucającej się myśli po nagłym zniknięciu starej. Stara myśl zostaje nagle i zupełnie utracona bez zastępującej ją nowej. Po pewnej chwili proces myślenia powraca.

Podtyp 2: Zanikanie: bez nowej, narzucającej się myśli po wolnym, stopniowym zniknięciu starej. Zanikanie myśli nie musi występować w sposób ciągły, ale może mieć charakter napadowy, fazowy, tj. myśl staje się słabsza, przytłumiona, a potem znów jaśniejsza i wyraźna, aby w końcu „wymknąć się lub zgasnąć”.

Podtyp 3: Zanikanie połączone z równoczesnym lub następującym po nim zakłóceniem myślenia (należy punktować również 1.1): stare i nowe myśli istnieją tuż obok siebie; podczas gdy nowa staje się coraz bardziej znacząca (centralna), stara odchodzi w niepamięć. Stara myśl stopniowo, czasem w sposób nieregularny, ustaje (następuje utrata jej pozycji w centrum świadomości = zanikanie) i, jednocześnie, występuje napływ i utrzymywanie się nowej myśli, która coraz bardziej przechodzi na pozycję centralną. Z powodu ingerencji nowych myśli, nie ma uczucia pustki myślowej.

1.5. Ciche echo myśli

Uczucie, że myśli danej osoby są automatycznie (od-ruchowo) powtarzane lub w jakiś sposób dublowane. Nie występuje tu perceptualizacja jak przy ugięciu myśli *Gedankenlautwerden* (1.7).

1.6 Ruminacje – obsesje (C.1.2)

(Zwykle) przeszkadzające utrzymywanie się lub nawracanie pewnych treści świadomości (np. myśli, wyobrażeń, obrazów): mogą być one związane z wydarzeniem z przeszłości. Może to mieć formę drobiazgowych powtórzeń pamiętanych wydarzeń lub rozmów z danego dnia.

Występuje tu pięć podtypów, które mogą współistnieć ze sobą.

Podtyp 1: Ruminacje pierwotne: pacjent jest tutaj niezdolny do znalezienia powodu swoich skłonności do stanów psychicznych podobnych do obsesji; po prostu np. wciąż myśli i przeżywa na nowo to, co stało się w ciągu dnia, w rzeczywistości, faktycznie nie wywołane przez postawę paranoidalną lub poczucie nadwrażliwości lub niższości (jak w podtypie 2).

Podtyp 2: Ruminacje wtórne (związane z zakłopotaniem lub autoodnoszeniem): stany podobne do obsesji pojawiają się jako konsekwencja utraty naturalnej oczywistości, zaburzonego elementarnego poczucia samego siebie lub podwyższonej refleksyjności albo też wydają się one spowodowane przez bardziej podstawowe zjawiska paranoidalne (np. podejrzliwość, autoodnoszenie) lub stan depresyjny.

Podtyp 3: Prawdziwe obsesje: egodystoniczne (jak w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym, pacjent uważa je za głupie, dziwne, zarówno z powodu treści oraz niekontrolowanego napływu), z występowaniem oporu wewnętrznego i treścią, która nie jest obrzydliwa lub makabryczna.

Podtyp 4: Pseudo-obsesje: zjawiska podobne do obsesji, które wydają się bardziej egosyntoniczne (stąd też opór nie występuje lub jest sporadyczny), często obrazowe, fantazyjne, o treści wprost agresywnej, perwersyjnej seksualnie lub dziwnej w inny sposób. Mogą powodować lęki.

Podtyp 5: Ruminacje/obsesje z rytuałami/natręctwami: którekolwiek ze zjawisk opisanych powyżej plus rytuały lub zachowania kompulsyjne. Ocenić należy wszystkie odpowiednie pozycje Skali.

1.7 Ugłośnienie (perceptualizacja) mowy wewnętrznej lub myśli (*Gedankenlautwerden*)

Myśli lub mowa wewnętrzna zyskują właściwości akustyczne, a – w cięższych stanach – słuchowe. Pacjent nie czuje, że inni mogą słyszeć lub mieć dostęp do jego myśli lub też czuje to jedynie przelotnie i jest w stanie powstrzymać natychmiast to uczucie (np. nie opuszcza pokoju z powodu swojego lęku, że inni mogą w jakiś sposób słyszeć jego myśli; w tym przypadku ocenia się to jako pierwszorzędowy objaw schizofrenii). U niektórych pacjentów objaw ten występuje tylko podczas czytania. *Gedankenlautwerden* jest początkowo ograniczone do subiektywnej przestrzeni przeżywanej, jego pierwsze stadia można opisać jako rosnący doświadczany dystans pomiędzy poczuciem własnego ja a mową wewnętrzną; ta druga staje się stopniowo uprzestrzenniona do poziomu quasi-percepcyjnego. Pacjent nie słyszy swoich myśli poprzez uszy (z zewnątrz), lecz jedynie wewnątrz. W końcu, w poważnej psychozie, pacjent może słyszeć swoje myśli wypowiedane przez innych ludzi lub przekazywane mu przez media. Niektórzy pacjenci myślą zarówno w trybie *Gedankenlautwerden*, jak i w „normalny”, „niemy” sposób, podczas gdy u innych występuje wyłącznie *Gedankenlautwerden*. Często niemożliwe jest ustalenie początku *Gedankenlautwerden* w czasie; innymi słowy, objaw ten najwyraźniej zawsze był obecny i dlatego też jest doświadczany jako całkowicie egosyntoniczny.

Istnieją pewne inne zjawiska podobne do *Gedankenlautwerden*, np. pacjent w jakiś sposób wewnątrznie widzi swoje myśli jako zapisane, czasami jako serię klatek filmu (podtyp 2), co może również zawierać silne uczucie doświadczanego dystansu do swojej mowy wewnętrznej lub rodzaj toczącego się, ciągłego dialogu ze sobą, który ma wyraźny charakter leksykalny.

Podtyp 1: *Gedankenlautwerden*: wewnętrzne (ograniczone do wewnątrz).

Podtyp 2: *Gedankenlautwerden*: w formie ekwiwalentów (myśli jako napisany tekst).

Podtyp 3: *Gedankenlautwerden*: wewnętrzne jako pierwszorzędowy objaw psychotyczny (obawia się, że inni mogą słyszeć jego myśli, ponieważ są tak głośne).

Podtyp 4: *Gedankenlautwerden*: zewnętrzne (lub zewnętrzne echo myśli), gdzie pacjent ma uczucie, że jego

myśli są powtarzane lub w jakiś sposób rezonują jako zewnętrzne halucynacje słuchowe.

1.8 Uprzestrzennienie przeżyć

Myśli, uczucia czy też inne doświadczenia lub procesy psychiczne są doświadczane przestrzennie, tj. jako umiejscowione w poszczególnych części głowy lub mózgu albo też opisywane z użyciem słów odnoszących się do przestrzeni (np. położenia, zależności przestrzennych lub ruchu).

Przykłady:

- „Jedna myśl przed drugą”.
- „Myśli są zamknięte w kapsułach”.
- Myśli „krążą spiralnie” w jego głowie.
- Odczuwała, że jej myśli były po prawej stronie głowy i miała wrażenie ucisku z wnętrza czaszki, jak gdyby nie było więcej miejsca na jej myśli.
- „Myśli zawsze przechodzą na dół ukośnie w to samo miejsce”.

1.9 Ambiwalecja (A.5)

Niezdolność do zdecydowania pomiędzy dwiema lub więcej opcji. Uporczywe i bolesne świadome współistnienie sprzecznych skłonności lub uczuć. Ambiwalecja występuje nawet przy bardzo prostych lub błahych decyzjach związanych z życiem codziennym. Pacjent w ogóle nie może się zdecydować, potrzebuje więcej czasu na podjęcie decyzji lub staje się natychmiast niepewny co do ostatecznie podjętej decyzji i zmienia ją ponownie. Powiązane zjawisko punktowane tutaj ma miejsce gdy pacjent uskarża się na posiadanie sprzecznych myśli lub uczuć dokładnie w tym samym czasie. To zjawisko może być związane z osłupieniem i paraliżem działania. Niezdecydowanie występuje w sytuacjach codziennych, takich jak: jaką potrawę ugotować, co kupić, towar jakiej marki wybrać; np. pacjent może woleć robić zakupy na stacji benzynowej z powodu mniejszej liczby produktów do wyboru (i mniejszej liczby innych klientów).

Nie oceniane tutaj: trudności w decydowaniu pomiędzy różnymi opcjami mającymi wielki wpływ na przyszłość pacjenta – np. jaką pracę podjąć, czy kupić coś naprawdę drogiego, na co trzeba wziąć pożyczkę.

Przykłady:

- Pacjentka ma problem z podejmowaniem decyzji, ponieważ „rozważa sprawy na wiele sposobów”. Wczoraj zajęło jej trzy godziny by zdecydować, jaki prezent kupić swojemu chłopakowi.
- W koledżu dla nauczycieli zmieniała wybrane przez siebie przedmioty trzy razy, a wciąż nie mogła rozstrzygnąć, czy wybrała prawidłowo.
- Jest „zawalony możliwościami”, np. myśli, że prawdopodobnie powinien zostać wegetarianinem, mimo że

uwielbia mięso. Takie rozważania prowadzą go do „podwójności i głupich, ślepych torów”.

- „Za każdym razem gdy myślę o czymś, przychodzi myśl przeciwna po drugiej stronie mózgu” [należy punktować tutaj również uprzedzenie doświadczenia (1.8)].

1.10 Niezdolność do odróżnienia sposobów istnienia doświadczanych zjawisk i stanów

Krótkie sytuacje lub dłuższe okresy z trudnościami w uzyskiwaniu natychmiastowej świadomości doświadczania aktualnie przeżywanego w danej chwili stanów (modalności). Pacjent może być niepewny tego, czy jego doświadczenie jest wyobrażeniem lub fantazją, wspomnieniem wydarzenia czy też wspomnieniem fantazji. Zjawisko to dotyczy również afektywności: pacjent może być niezdolny do odróżnienia różnych afektów, uczuć lub nastrojów. Może doświadczać (zwykle negatywnych) stanów psychicznych, których nie jest w stanie określić lub opisać (ma wrażenie że nie wie – nie ma słów aby je opisać). Może być niepewny tego, czy mówił na głos czy tylko pomyślał.

Komentarz: Zjawiska te są prawdopodobnie bardzo częste w zaburzeniach ze spektrum schizofrenii. Należy zauważyć, że w normalnym doświadczeniu, np. przy postrzeganiu, akt percepcji jest natychmiast i przedrefleksyjnie świadomy samego siebie; jest to przykład *ipseity*. Innymi słowy, gdy postrzegam lub myślę o czymś, nie staję się świadomy faktu własnego postrzegania lub myślenia przez jakieś refleksyjne/introspekcyjne badanie swojej obecnej aktywności psychicznej i porównywanie jej z innymi możliwymi sposobami istnienia doświadczanych zjawisk i stanów (np. fantazjowaniem). Każde doświadczenie, każdy akt intencjonalny, jest normalnie wyrażany jako *ipseity*, tj. automatycznie świadomy siebie na poziomie przedrefleksyjnym. Trudności w tej domenie wskazują na głębokie zaburzenie *ipseity*.

1.11 Zaburzenie myślowej inicjatywy lub intencjonalności (C.1.13)

Subiektywne zaburzenie inicjatywy, „energii myślowej” i celu intelektualnego. Objaw ten może być subiektywnie doświadczanym odpowiednikiem dającego się obserwować braku orientacji na cele, w sensie planowania mentalnego i konstruowania zadania. Zaburzenia inicjatywy i energii myślowej objawiają się w osłabionej zdolności do samodzielnego zainicjowania i skonstruowania pewnych działań, takich jak gotowanie czy napisanie wypracowania.

1.12 Zaburzenia uwagi

Podtyp 1: Całkowite zawładnięcie uwagi przez szczegół pozostający w polu widzenia (C.2.9). Konkretna

cecha wizualna lub część pola wzrokowego wyróżnia się z tła, prawie odizolowana i w jakiś sposób wymowna, w ten sposób, że ten pojedynczy aspekt pola przyciąga całkowitą uwagę. Pacjent musi wpatrywać się w ten szczegół, choć nie chce (fiksacja postrzegania, zauroczenie) i ma problem z przeniesieniem z niego uwagi. Postrzegany detal nie posiada żadnego szczególnego znaczenia symbolicznego lub psychologicznego [w przeciwieństwie do natarczywej derealizacji (2.5.2.)].

Podtyp 2: Niezdolność do podzielności uwagi (A.8.4). Trudność w radzeniu sobie z wymogami, które zawierają więcej niż jeden sposób postrzegania, takimi jak jednoczesne przetwarzanie bodźców wzrokowych i słuchowych.

1.13 Zaburzenia pamięci krótkotrwałej

Zmniejszona zdolność do utrzymania pewnych rzeczy w umyśle przez więcej niż pięć minut. Chociaż dana osoba rozumie treść opowieści lub rozmowy, nie jest zdolna aby je zapamiętać i przypomnieć sobie. Zgłasza, że nie jest w stanie przeczytać książki lub obejrzeć filmu, ponieważ zapomina początek w miarę kontynuowania.

1.14 Zaburzenia w odczuwaniu czasu

Fundamentalna zmiana w doświadczaniu czasu: albo jako zmiana w subiektywnym upływie czasu, albo w odniesieniu do egzystencjalnego czasu historycznego, tak jak przeszłość a przyszłość (zmiany w szybkości upływu wywołane przez uczucia przyjemności lub nudy nie powinny być tutaj włączane).

Podtyp 1: Zaburzenie w subiektywnym odczuwaniu upływu czasu: np. poczucie, że czas pędzi do przodu, zwalnia, stoi w miejscu lub traci ciągłość i staje się fragmentaryczny.

Podtyp 2: Zaburzenie w czasie egzystencjalnym: np. życie wydaje się ograniczone do teraźniejszości, bez zasadniczych pomysłów na przyszłość, lub też teraźniejszość jest przytłoczona stereotypowo powtarzalnym przeżywaniem na nowo zastygłej przeszłości, albo też odczuwanie związane z doświadczaniem przyszłości odczuwane jest jako zablokowane lub w ogóle niedostępne (należy określić dokładną naturę tego zjawiska).

Przykład:

- Pacjent może czuć rozdźwięk pomiędzy poczuciem „wewnętrznej stagnacji” swojego subiektywnego życia a posuwaniem się do przodu otaczającego świata (podtyp 2).

1.15 Przerwana świadomość własnego działania (C.2.10)

Ten objaw polega na przerwie w świadomości własnych działań. Pacjent zgłasza, że nie pamięta pewnego

krótkiego okresu czasu, w czasie którego wykonywał działanie, np. nie pamięta jak znalazł się w kuchni lub w pewnej części miasta. Objaw ten pokrywa się częściowo z fugą dysocjacyjną.

1.16. Rozbieżność pomiędzy zamierzoną ekspresją a tym, co wyrażone (A.7.2.)

Subiektywne odczucie bycia niezdolnym do wyrażenia siebie zgodnie ze swoimi faktycznymi uczuciami i emocjami. Pacjent doświadcza, że jego mowa, zachowania, gesty i wyraz twarzy nie zgadzają się z tym, lub też nie pasują do tego, co czuje; odczuwa swoją ekspresyjność jako oszpeconą lub zniekształconą i w jakiś sposób pozostającą poza samokontrolą.

1.17 Zakłócenia ekspresywnej funkcji języka (C.1.7)

Subiektywne poczucie wady wymowy, z niewystarczającą aktualizacją lub przywołaniem adekwatnych słów. Pacjent rozpoznaje osłabienie i upośledzenie własnej fluencji i precyzji słownej lub dostępności słów. Nie potrafi przypomnieć sobie dokładnych słów lub też ich przywołanie zajmuje mu o wiele więcej czasu. Czasami przypomina sobie słowa, które są jedynie niedokładnie związane z kontekstem.

Pacjent może sobie radzić z tymi zakłóceniami używając pospolitych, zwyczajowych i ogólnie znanych wyrażań, powiedzeń (język sloganów, banałów) lub poprzez nieodzywianie się i unikanie rozmów (wtórny autyzm).

2 Samoświadomość i obecność

Ogólny opis domeny: Normalne poczucie bytu (egzystencji) obejmuje automatyczną, przedrefleksyjną samoobecność (*self-presence*) i zanurzenie w świecie (naturalne, automatyczne, oczywiste). Ten koncept fenomenologiczny zakłada, że nasza codzienna wymiana ze światem, poczucie własnego *Ja* i poczucie zanurzenia w świecie są nierozdzielne: „Podmiot i obiekt są dwoma abstrakcyjnymi momentami unikalnej konstrukcji, którą jest obecność” [30].

To przedrefleksyjne zanurzenie składa się z dwóch współzależnych składników (momentów):

- (1) przedrefleksyjna samoobecność; samoświadomość, niezaburzona perspektywa pierwszej osoby; „przejrzystość” świadomości, zachowana „mojość” doświadczenia;
- (2) przedrefleksyjna (nie poddana refleksji) obecność/zanurzenie/osadzenie w świecie.

Panuje ogólna zgoda co do tego, że te dwa aspekty są splecione ze sobą na poziomie fenomenologicznym. Innymi słowy, zaburzenie dotyczące jeden z tych komponentów, odcisnie się na drugim. Możemy mówić o (nor-

malnej) samoobecności (*self-presence*), kiedy jesteśmy bezpośrednio (nie przez wnioskowanie) świadomi naszych własnych myśli, spostrzeżeń, uczuć lub starań; pojawiają się one w trybie pierwszej osoby, który natychmiast ukazuje je jako nasze własne. Jeśli doświadczenie jest mi dane w pierwszoosobowym trybie prezentacji, dane jest jako moje doświadczenie i liczy się jako przypadek podstawowej samoświadomości. Stąd też, być świadomym siebie to nie pojmować siebie poza doświadczeniem, ale znać doświadczenie w pierwszoosobowym trybie prezentacji, tj. od „wewnątrz”. Podmiot lub jaźń doświadczenia jest cechą lub funkcją *givenness*. Ta podstawowa samoświadomość (*ipseity*) jest medium lub sposobem, w którym wyrażają się konkretne intencjonalne doświadczenia, takie jak postrzeganie, myślenie lub wyobraźnia. Innymi słowy, w normalnym doświadczeniu, nie doświadcza się dystansu pomiędzy poczuciem siebie a doświadczaniem.

Ta podstawowa samoobecność jest normalnie załóżona z góry w doświadczeniu; sama w sobie nie posiada określonych właściwości empirycznych. Natomiast zaburzona samoobecność jest często związana z następującymi cechami klinicznymi: zmniejszona klarowność lub przejrzystość świadomości, zmniejszone poczucie witalności lub podstawowej żywotności, zmniejszony potencjał aktywności lub zdolność do odczuwania przyjemności, zmniejszone poczucie atrakcyjności świata, zmniejszone poczucie perspektywy pierwszej osoby („mojości” lub „zerowego punktu zorientowania świata”), zaburzenie tożsamości i różne stopnie alienacji.

W początkach schizofrenii, świadomość przedrefleksyjna jest zniekształcona; zniekształcenie to zawiera wiele różnych zmian jakościowych w doświadczeniu, innych niż sopor (półśpiączka) i zjawiska występujące w schorzeniach organicznych.

W podrozdziale tym badane jest również zjawisko lęku, chociaż jako takie nie odzwierciedla ono zaburzeń *Ja*. Istnieją ważne powody praktyczne aby je dodać: pozwala to na zbadanie cierpienia, często towarzyszącego chorobowej samotransformacji i określanej jako lęk przez pacjenta, a po drugie, pozycja „lęk ontologiczny”, który jest ściśle związany z zaburzeniami *Ja*, nie może być punktowany jeśli brak wystarczającej informacji na temat lęku.

2.1 Zmniejszone poczucie podstawowego *Ja*

Wszechobecne poczucie wewnętrznej pustki, brak wewnętrznego istnienia, wszechogarniający brak tożsamości, uczucie bycia anonimowym, jak gdyby nie istniejącym lub dogłębnie różnym od innych ludzi (ta różnica może czasami być określana jako różnica w poglądzie na świat, bycie związanym z fundamentalnie odmienną orientacją egzystencjalną niż posiadana przez innych ludzi). Pozycja ta obejmuje również subiektywne uczucie

„nadadaptacji”, tj. konieczność dostosowania się zawsze, w danym momencie, do opinii innych lub ich punktu widzenia, związanej z dominującym uczuciem nieposiadania swojego wewnętrznego punktu widzenia (*innere Haltung* – „wewnętrzna postawa”; *Haltlosigkeit* – chwiejność, nietrwałość). Brak poczucia podstawowego *Ja* może być związany z na wskroś negatywnym obrazem samego siebie, które dana osoba opisuje jednostajnie jako rodzaj wiecznego „wstydu” lub „poczucia niższości” (tj. pozbawionego zrozumiałego związku z konkretnym kontekstem), „lęk” lub „depresję” (patrz *regretmorbide* – \approx „żał wynikający z choroby” Minkowskiego jako wskazujący na autyzm).

Podtyp 1: Z początkiem w okresie dzieciństwa: należy ocenić tutaj takie doświadczenia, które wystąpiły we wczesnym okresie życia, tj. już we wczesnym dzieciństwie lub w wieku szkolnym (szkoła podstawowa): pacjent zawsze czuł się zupełnie inny od rówieśników.

Podtyp 2: Z początkiem w okresie adolescencji: należy ocenić tutaj, czy doświadczenia wystąpiły od czasu adolescencji do chwili obecnej.

Uwaga: Podtypy 1 i 2 nie wykluczają się wzajemnie. Często uczucie, że się jest odmiennym, jest pierwotnie przedstawiane jako uczucie izolacji/niższości/lęk społeczny/czucie się głępszym od innych lub jest przypisywane osobliwościom rodzinnym (np. dziwnemu zawodowi ojca). Tylko przy pewnej wnikliwości może się udać wywołać te uczucia odmienności. Mogą być one związane z cechami solipsyzmu opisanego w części 5 (Reorientacja egzystencjalna).

W razie wątpliwości co do tego, czy doświadczenie powinno być punktowane tu, lub przy zniekształconej perspektywie pierwszej osoby (2.2), należy punktować dodatnio w obu przypadkach.

Przykłady:

- „To jest tak, jakbym nie był częścią tego świata. Mam dziwne, upiorne uczucie, jakbym był z innej planety. Prawie nie istnieję”.
- Czuje, jakby zniknęła jej wewnętrzne istnienie, najgłębsza tożsamość.
- „Często ogarnia mnie uczucie całkowitej pustki, jakbym przestała istnieć”.
- Pacjent czuł „jakby dłużej nie istniał”; „Straciłem kontakt ze sobą”.
- Pacjent czuje jakby był pustką, która jest nieruchoma, podczas gdy otaczający świat jest w ruchu.
- W czasie dojrzewania bardzo się starał „zyskać ludzką godność”. Wyjaśnił poczucie braku godności jako uczucie, że jego własna egzystencja była jakby zbędnym przedmiotem, jakby był rzeczą, lodówką, a nie człowiekiem. **Uwaga:** tutaj zniekształcona perspektywa pierwszej osoby (2.2.1) powinna również być

punktowana na podstawie braku poczucia bycia osobą.

- Unika zgromadzeń i dyskusji, ponieważ staje się dla niego aż nazbyt oczywiste, że nigdy nie ma własnej opinii. Czuje, że nie posiada stałego wewnętrznego istnienia, ani stałego punktu widzenia. Zawsze zgadza się ze wszystkimi spierającymi się stronami i w końcu ma mętlik w głowie.

2.2 Zniekształcona perspektywa pierwszej osoby

Ta pozycja Skali zawiera co najmniej trzy podtypy tego zjawiska:

- (1) Zmniejszone lub opóźnione w czasie poczucie „mojności” lub zmniejszone poczucie podmiotowości (bycia człowiekiem).
- (2) Wszechobecny dystans fenomenologiczny pomiędzy sobą a doświadczaniem (ciągłe kontrolowanie siebie).
- (3) Uprzeźrzenie siebie.

Podtyp 1: Własne myśli, uczucia i działania mogą wydawać się w jakiś sposób bezosobowe, anonimowe i wykonywane mechanicznie. Poczucie natychmiastowej „mojności” myślenia, odczuwania i działania może być osłabione nawet w bardziej wyraźny sposób (np. pacjent mówi, że jego myśli wydają się jakby nie tworzone przez niego, jak w pewnych formach zakłócenia myślenia) lub też uczucie „mojności” pojawia się jedynie czasowo („o ułamek sekundy”) opóźnione.

Pacjent może się czuć, jakby był przedmiotem, rzeczą, bez podmiotowości, jakby nie był już obdarzony duszą.

Podtyp 2: Ogromny odczuwany dystans (dystans fenomenologiczny) może dzielić (poczucie) doświadczania (myślenie, działanie, postrzeganie, uczucia) i poczucie *Ja*. Normalnie, poczucie *Ja* i doświadczanie jest niemal jedną i tą samą rzeczą; są one kompletnie stopione. Ponadto w normalnym introspekcyjnym doświadczeniu, *Ja* dokonujące introspekcji i *Ja* poddane introspekcji są odczuwane jako jedno i to samo. W przypadku dystansu fenomenologicznego (doświadczanego), występuje stała obserwacyjna kontrola własnych zachowań (*self-monitoring*), w której pacjent w nadmiernym stopniu bierze siebie za obiekt refleksji. Jest to związane z odwróceniem się od świata zewnętrznego i może uniemożliwiać pacjentowi naturalne, płynne angażowanie się w interakcje ze światem (innymi słowy, anormalne doświadczanie ma namacalne konsekwencje). W przypadku fenomenologicznego (doświadczanego) dystansu, *Ja* – można powiedzieć – „obserwuje” treści i działania mentalne i stan ten może nasilić się aż do posiadania podwójnego lub rozszczepionego *Ja* (zob. podwyższona refleksyjność lub rozszczepienie *Ja*). Ten stan musi być dominujący, a nie pojawiać się jedynie sporadycznie lub być wywoływany przez pacjen-

ta; pacjent musi odczuwać dystans fenomenologiczny stale lub często albo też jako problem czy dolegliwość. Skłonność do introspekcji jest częsta u niektórych chorych na schizofrenię. Wymóg dominowania lub dolegliwości jest wprowadzony by rozgraniczyć przypadki, w których normalną perspektywę pierwszej osoby należy uznać za poważnie zaburzoną.

Uwaga: Zob. pozycje Skali dotyczące podwyższonej refleksyjności (2.6) i rozszczepienia *Ja* (2.7). Stany podwyższonej refleksyjności oceniane później są mniej dominujące, mniej nasilone lub niepokojące i mogą być częściowo poddane świadomej kontroli.

Podtyp 3: Poczucie *Ja* jako doświadczanego bezwzględnego punktu orientacji [tj. jako czegoś, co samo w sobie nie ma dokładnego położenia] (*Ja*, które jest tutaj; *Ja* identyczne z całym doświadczaniem), ale z czym wszystko inne pozostaje w przestrzennym związku (prze-strzeń ego-centryczna)] lub jako bieguna/źródła/centrum doświadczania czy działania (świadomość *Ja*) może być odczuwane jako bycie w konkretnym położeniu przestrzennym lub posiadanie charakteru przedłużenia czy bycia przemieszczonym w przestrzeni [w obu przypadkach zawsze należy ocenić również uprzestrzennienie przeżyć/odczuć (1.8)].

Przykłady:

Do podtypu 1:

- „Mam uczucie jak gdybym to nie ja był tym, kto doświadcza świata, czuję, jakby inna osoba była tutaj zamiast mnie”.
- „Moje uczucie doświadczenia jako mojego własnego doświadczenia pojawia się opóźnione o ułamek sekundy”.
- „Mam nieco dziwne uczucie braku związku pomiędzy samym sobą i tym co myślę”.
- Często ma uczucie, że to nie ona sama wykonuje swoje własne działania (np. pisze), ale wie, że to nieprawda.
- Pacjentka czuje, że „znika”, „zanika”, jej głos wydaje się obcy, „jak gdyby pochodził z próżni”. [To konkretne doświadczenie można również punktować jako zmniejszone poczucie podstawowego *Ja* (2.1), jednak tutaj, uczucie „mojności” wydaje się w sposób oczywisty również zaburzone przez chorobę.]
- „Nie czuję się naprawdę jak człowiek, jak osoba z duszą; czuję się jak zbędna rzecz, jak np. lodówka”.

Do podtypu 2:

- „Moja perspektywa pierwszej osoby jest zastąpiona perspektywą trzeciej osoby” (dalej pacjent wyjaśnił, że stale jest świadkiem własnego doświadczania).
- „Stale się oceniam. Czasami jest to tak wyraźne, że niemal nie mogę nadążyć za tym, co się dzieje w tele-

wizji. Nawet w trakcie rozmowy z innymi obserwuję samego siebie do takiego stopnia, że doprowadza to do trudności w pojmowaniu tego, co mówią moi rozmówcy”.

Do podtypu 3:

- „Czuję, jakby moje własne *Ja*, jako punkt przyjęcia perspektywy, przesunęło się kilka centymetrów do tyłu”.

2.3 Inne stany depersonalizacji (samoalienacja, obniżone B.3.4)

Dojmujące poczucie bycia wyalienowanym z siebie, swoich własnych procesów psychicznych, myśli, emocji i zachowań w sposób, który nie został uchwycony przez inne pozycje tej części Skali.

Opisana tutaj depersonalizacja należy do zjawisk zaburzonej samoświadomości opisanej w całej części, ze szczególnym powinowactwem z zaburzeniami podstawowego *Ja* i perspektywy pierwszej osoby.

Występują tu dwa podtypy: depersonalizacja melancholiczna i depersonalizacja niespecyficzna.

Podtyp 1: Depersonalizacja melancholiczna: Jest dobrze udokumentowanym faktem, że zmiana nastroju melancholicznego i towarzyszące mu poczucie zmiany upływu czasu nie są – można powiedzieć – odczuwane przez ego, a występują osobno, tj. w pewien oddzielony sposób. W depresji niemelan-cholicznej i żałobie, ego jest w depresji – nie ma dystansu pomiędzy podmiotem a jego smutkiem. W melancholii natomiast ego nie identyfikuje się jednoczesnymi zmianami wewnętrznymi, obejmującymi zwolnienie/zahamowanie witalności, zablokowaną orientację ku przyszłości, brakiem zmian nastroju. Można powiedzieć, że ego jest świadkiem swojego własnego zaburzenia odczuwania; cierpienie melancholiczne jest w niemałym stopniu spowodowane przez niezdolność do wejścia w relację z tymi zaburzeniami. Pacjent ma uczucie, że w jakiś sposób się zmienia, że coś złego i uciążliwego komplikuje jego życie wewnętrzne; może wydawać się cierpiący i zdezorientowany/zmieszany. Zwykle ujawnienie typowych elementów melancholicznych wymaga dodatkowego wysiłku w przeprowadzeniu wywiadu. Należy zauważyć, że objaw ten musi występować jako stan. Nie ma tu zaburzenia podstawowego *Ja* (jako cechy) ani też zaburzenia perspektywy pierwszej osoby czy „mojności”.

Przykład do podtypu 1:

- „Nie czuję siebie, jest we mnie coś, co mnie niepokoi; nie wiem co to jest, ale nie mogę tak żyć” (Pacjent miał wygląd typowej osoby z depresją, ze zmartwionym, cierpiącym wyrazem twarzy. Jego stan był poprzedzony okresem hipomanii trwającym 4 miesiące).

Uwaga: Diagnoza odróżniająca spektrum schizofrenii i chorobę afektywną nigdy nie powinna być oparta wyłącznie na cechach depersonalizacji.

Podtyp 2: Depersonalizacja nieokreślona: uczucie alienacji, którego nie można określić bardziej konkretnie pod względem doświadczanych anomalii jakościowych.

Przykład do podtypu 2:

- „Nie czuję siebie, czuję się nieco zmieniony”.

2.4 Zmniejszona obecność

Zmniejszona zdolność do bycia wstrząśniętym, pobudzonym, poruszonym, zmotywowanym, zaangażowanym, bycia pod czyimś wpływem, bycia wzruszonym, pociągniętym lub stymulowanym przez przedmioty, ludzi, wydarzenia lub sytuacje. To osłabienie nie powinno być rozumiane jako czynne i zamierzone wycofanie się, ale bardziej jako coś dotyka pacjenta i utrudnia jego życie. Pacjent nie czuje, że w pełni uczestniczy czy jest całkowicie obecny w świecie; może odczuwać dystans do świata, czemu mogą towarzyszyć zmiany w postrzeganiu świata. Ta pozycja zawiera zarówno fizyczne jak i społeczne stany hipohedoniczne, jak również apatię (brak uczuć).

Podtyp 1: Określona: dojmujące poczucie pozostawania poza wpływem świata zewnętrznego, brak oddźwięku, naturalnego i spontanicznego zaangażowania, niemożliwość zagłębienia się, skargi na to, że się nie jest właściwie obecnym w świecie. Pozycja ta obejmuje hipohedonię społeczną, osłabioną reaktywność emocjonalną i poznawczą, apatię (tj. uczucie, że się nie posiada uczuć) lub dojmujące poczucie, że wszystko wydaje się bez znaczenia [w tym drugim przypadku możliwe jest częściowe pokrywanie się z brakiem naturalnej oceny dowodów (2.12) i derealizacją (2.5)].

Uwaga: Hipohedonii społecznej nigdy nie należy oceniać w przypadku towarzyszącego jej lęku społecznego (2.13.4), chyba że oba wydają się występować niezależnie od siebie. Ważne jest, aby ocenić potencjalny status cechy-stanu tych doświadczeń (te drugie silnie sugerują spektrum schizofrenii). Należy również pamiętać o sprawdzeniu pod kątem depresji klinicznej, zwłaszcza w podtypie 1.

Przykład (do podtypu 1):

- „Wszystko wydaje mi się całkiem obojętne”.

Podtyp 2: Nieokreślona: dojmujące, nieokreślone (quasi-percepcyjne) uczucie dystansu do świata lub poczucie bariery pomiędzy sobą a światem (uczucie, że się jest zamkniętym w „szklanym kloszu” lub pozostawania za szkłem). Jednak jeśli to poczucie dystansu nie może być uszczegółowione przez pacjenta, np. pod względem konkretnych zmian postrzegania/doświadczania (np. jeśli pacjent ze „szklanego klosza” wydaje się doświadczać patrzenia przez szkło, wtedy jest to podtyp 3).

Podtyp 3: Obejmujący derealizację lub zmianę percepcyjną (punkt C w BSABS): tak jak podtypy 1 i 2, ale

z towarzyszeniem wyraźnej zmiany w odczuwaniu percepcji (innymi słowy: poczucie bariery może zostać opisane poprzez pewne wyraźne cechy: np. kolory są wyblakłe, przedmioty są odległe) lub nacechowane przez bardziej specyficzne zaburzenia: derealizację (tj. wszystko wydaje się nierealne, bez życia, mechaniczne).

Komentarz: Wszystkie trzy podtypy nie wykluczają się wzajemnie i mogą częściowo pokrywać się z derealizacją i innymi zaburzeniami *Ja*. Główna różnica pomiędzy pomniejszoną obecnością (2.4) (zwłaszcza jej podtypami 2 i 3) a derealizacją (2.5) jest taka, że w pomniejszonej obecności pacjent umiejscawia poczucie lub źródło zmiany głównie w sobie, podczas gdy w derealizacji to środowisko w przeważającej mierze wydaje się zmienione przez podmiot.

2.5 Derealizacja (C.2.11)

Zmiana w doświadczaniu środowiska: otaczający świat wydaje się nieco zmieniony, nierealny i dziwny, może być porównany do trwającego filmu. Występuje osłabienie w odniesieniu do bardzo podstawowego poczucia przeżywanej rzeczywistości, ale nie w odniesieniu do świadomości rzeczywistości opartej na intelekcie czy analizie rzeczywistości.

Źródło zmiany nie jest odczuwane jako pierwotnie umiejscowione w pacjencie.

Podtyp 1: Derealizacja płynna (całościowa): To zdecydowanie najbardziej rozpowszechniony podtyp derealizacji. Zmianę trudno wyraźnie opisać i określić. Fizjonomia (w rozumieniu teorii Gestalt; ≈ obraz percepcyjny) otaczającego świata jest rozrzedzona, zanikająca lub nawet utracona, a znaczenie świata wydaje się zmienione, niejasne lub niejednoznaczne. Świat wydaje się dziwny i obcy, mechaniczny, bez życia lub bez znaczenia.

Podtyp 2: Derealizacja intruzywna (natrętna): tutaj fizjonomia świata lub jego pojedynczych aspektów czy komponentów wzrasta lub jest uwypuklona; stąd też występuje wraz z owładnięciem przez szczegóły postrzegania (1.12.1). Pojedyncze, osobne aspekty środowiska (przedmioty, sytuacje) doświadczane są w sposób natrętny lub przytłaczający, jako mające w jakiś sposób większe znaczenie i mogą być też odczuwane jako nacechowane większym ładunkiem emocjonalnym.

Zjawisko to nie może być wywołane świadomie poprzez podtrzymanie uwagi (nieustanne wpatrywanie się), chociaż wpatrywanie się może wzmacniać występującą uprzednio derealizację.

Przykłady:

Do podtypu 1:

- „Otoczenie wydaje mi się nierealne, zmienione”.

- „Rzeczy nie są już takie, jak były. Są dziwne, jakby były tylko zarysami”.

Do podtypu 2:

- „Zachowanie psa zrobiło na mnie silne wrażenie; był taki dziki, nieopanowany, tak pełen czystej natury, wściekły i napędzany przez instynkt, że poczułem ciepło w sercu. Również ten dziki koń i ta stara kobieta, z twarzą naznaczoną przez wiek, cały krajobraz był tak autentyczny, tak prymitywnie naturalny; wszystko to było tak poruszające, że poczułem ogromne szczęście” [31].

Uwaga: Derealizacji mogą towarzyszyć inne i bardziej specyficzne zmiany postrzegania (np. zmiana brzmienia/nasilenia dźwięków). W przypadku wyraźnej zmiany percepcyjnej, należy punktować również osłabioną obecność (2.4.3). Derealizacja odczuwana zaraz po ataku paniki nie powinna być tutaj oceniana.

2.6 Hiperrefleksyjność, podwyższona refleksyjność (B3)

Pojawiająca się sporadycznie, nadmierna lub częsta, a nawet chroniczna tendencja aby uczynić siebie, części siebie lub aspekty środowiska przedmiotami intensywnej refleksji. Pacjent typowo cierpi z powodu utraty łatwości, wyrozumiałości i spokoju. Wzrasta tendencja do zastanawiania się nad swoim własnym myśleniem, uczuciami i zachowaniem i występuje niezdolność do spontanicznego i beztrudnego reagowania i zachowania; tendencja do nadmiernej kontroli swojego życia wewnętrznego i jednoczesnego podejmowania interakcji w świecie („introspekcja symultaniczna”, który to termin zapożyczony jest z japońskiej psychopatologii M. Nagai). W przypadku utraty zdrowego rozsądku (2.12) (oceniającego oddzielnie), wystąpi automatycznie podwyższona tendencja aby rozmyślać nad światem.

Uwaga: Nasilenie hiperrefleksyjności w tej pozycji Skali jest mniejsze niż w zniekształconej perspektywie pierwszej osoby (2.2.2), gdzie ten stan jest tak dojmujący i nasilony, że prowadzi do ciągłego uczucia dystansu fenomenologicznego.

Przykłady:

- „Muszę myśleć o tym, o czym myśleć”.
- Zawsze była „samorefleksyjna” i myślała o sobie w „egzystencjalny sposób”.

2.7 Rozszczepienie Ja (Ich-Spaltung)

Pacjent doświadcza swojego Ja, siebie lub osoby jako podzielonej lub w inny sposób rozczłonkowanej, rozpadniętej na wpół niezależne części lub nie istniejącej jako połączona całość. Skargi pacjenta muszą mieć cechę doświadczenia, które może mieć formę kontinuum od nie-

wyrażnego poczucia rozdziału, „jakby” podziału, do rozdziału, który jest złożony w sposób urojeniowy. Nie wystarczy punktowanie tej pozycji Skali w przypadkach, gdy pacjent jest świadomy posiadania np. „złożonej osobowości” (*multifaceted personality*).

Podtyp 1: Podejrzewane rozszczepienie Ja: należy tu ocenić przypadki rozszczepienia Ja, co do których przeprowadzający wywiad podejrzewa, że kryją się za skargami pacjenta, jednak nie jest on w stanie wskazać konkretnych określeń stosowanych przez pacjenta; czyli ocena w tym przypadku oparta jest na stwierdzeniach sugerujących rozszczepienie, ale których pacjent nie jest w stanie sprecyzować w wyraźnych określeniach i dlatego też jest nieokreślone i niejasne.

Podtyp 2: Ocena rozszczepienia Ja jest oparta na zgłoszonych doświadczeniach „jak gdyby”.

Podtyp 3: Rozszczepienie Ja zawiera uprzedzone doświadczenie bez cech urojonych.

Podtyp 4: Rozszczepienie Ja ukształtowane jest na bazie urojeń.

Przykłady:

Do podtypu 1:

- Po przeniesieniu do pojedynczego pokoju i pozostawiony samemu, pomyślał: „Teraz, my dwa stare chłopcy zostaliśmy razem sami” i ta myśl zaskoczyła go.

Do podtypu 2:

- Przeciętnie raz na tydzień miała uczucie, „jakby było jej dwie”, „jakby potrafiła widzieć siebie z zewnątrz”. „Ona rozdziela się na dwie części i odlatuje, złożona z tych dwóch części”.

Uwaga: Należy punktować również depersonalizację dysocjacyjną (2.8.).

- Mówi, że jej myśli „rozdzielają się” i czuje rozdzielenie w sobie. To kwestia myśli negatywnych i pozytywnych. Odczuwa to tak, jakby były dwie jej różne części, które „prowadzą wojnę ze sobą”.
- Opisuje, że często nie ma kontaktu ze swoją lewą stroną; odczuwa to tak, jakby „był jedynie połową”. To uczucie rozprzestrzenia się w głąb jego ciała.

Uwaga: należy tu punktować jako depersonalizację somatyczną (3.3).

Do podtypu 3:

- Jej prawa strona jest o wiele silniejsza i jest w stanie zbudować fasadę. Czuje „nierównowagę w warstwach dwóch stron”.
- Odczuwa siebie jako czaszkę z czymś w środku, „małym człowieczkiem w kabinie”, jakby miała dwa mózgi. Jedna część niej czuje się dziwnie, bo w jakiś sposób oddzielona od jej części normalnej. Myśli należąca

do jej normalnego *Ja* umiejscowione są w przedniej części mózgu, natomiast te dziwne myśli położone są w bardziej tylnej części mózgu.

- Są w niej dwie części: jedna destrukcyjna i jedna pozytywna. Kiedyś, gdy była w łóżku, miała przez chwilę uczucie, że została przemieniona w dwie osoby, z których obie leżały w łóżku.

Do podtypu 4:

- Młoda pacjentka (z wcześniejszymi epizodami anoreksji) wyjaśnia, że zawsze „czuła się niewłaściwie”; od czasu do czasu przestawała jeść aby zagłodzić tę niewłaściwą część na śmierć (w tym konkretnym przypadku, stwierdzenie to zbliża się do cechy urojeniowej).

2.8 Depersonalizacja dysocjacyjna (Doświadczenie wyjścia poza ciało / przebywania poza ciałem) (Out-of-the-Body Experience)

Pacjent mówi, że czasami czuje jakby był „poza” sobą jako rodzaj sobowótora, obserwującego go lub innych. To doświadczenie musi mieć charakter „jak gdyby” (podtyp 1), tj. pacjent tak naprawdę nie postrzega siebie z zewnątrz, ale jedynie wyobraża sobie robienie tego dla swojego „oka wewnętrznego”, rodzaj doświadczenia „bycia poza ciałem”.

Jeśli jest to przypadek postrzegania siebie z zewnątrz, należy to doświadczenie rozpatrywać jako dysocjacyjną halucynację wizualną (podtyp 2) (np. pacjent mówi, że dosłownie widzi siebie z zewnątrz lub widzi swojego sobowótora obok siebie).

Jednak w wielu przypadkach doświadczeń „poza ciałem” może być niemożliwe uchwycenie co pacjent faktycznie ma na myśli przez wyrażenie „patrzanie na siebie z zewnątrz” – może to nawet nie być proces wyobrażeniowy ale opis doświadczanego dystansu (2.2.2) lub „introspekcji symultanicznej” w hiperrefleksyjności (2.6).

Podtyp 1: Zjawisko wyobrażeniowe „jak gdyby”.

Podtyp 2: Dysocjacyjna halucynacja wizualna.

2.9 Utrata (zagubienie) tożsamości

Uczucie, jak gdyby pacjent był kimś innym.

Przykłady:

- „Czuję się tak, jakbym była swoją własną matką”.
- Pacjent krótko czuł jakby był inną osobą, o której przypadkowo myślał. Nie wie on, czy było to doświadczenie fizyczne czy psychiczne.
- Pacjent krótko czuł się jakby był psem.

Uwaga: Utrata tożsamości byłaby często związana ze zmniejszonym poczuciem podstawowego (*basic*) *Ja* (2.1), zniekształconą perspektywą pierwszej osoby (2.2) i tranzytywizmem (4.0).

2.10 Poczucie zmiany w stosunku do wieku chronologicznego

Fundamentalne uczucie, jakby się było znacznie starszym lub młodszym niż faktyczny wiek chronologiczny, nie do końca rozumiałe z powodu relacji lub interakcji społecznych.

Przykłady:

- Może czuć się młodziej i na krótką chwilę jak inna osoba.

Uwaga: Należy ocenić również zagubioną tożsamość (2.9).

- W czasie rozmowy mówi, że czuje się jak 5-letnia dziewczynka. Przy następnej wizycie powtarza, że czuła się jak mała dziewczynka.

2.11 Poczucie zmiany płci

Podtyp 1: Sporadyczny strach przed tym, że się jest osobą homoseksualną lub przed tym, że się jest za taką uważaną przez inne osoby.

Podtyp 2: Uczucie jakby było się przeciwnej płci lub splątania co do własnej płci.

2.12 Utrata zdrowego rozsądku/Osłupienie/Brak naturalnej oceny dowodów

Jest to utrata lub brak automatycznego, przedrefleksyjnego pojmowania znaczenia codziennych wydarzeń, sytuacji, ludzi i przedmiotów.

Istnieją różne dziedziny, w których przejawia się ta cecha. Pacjent może być niezdolny do uchwycenia znaczenia codziennych spraw i sytuacji (np. może zastanawiać się nad kolorem światła sygnalizacyjnych), może nie rozumieć milczących, nieoficjalnych reguł ludzkiego zachowania lub interakcji, lub może stać się nadmiernie zaintrygowany lub zaabsorbowany kwestiami semantycznymi. Występuje brak naturalności świata i innych ludzi, a to zwykle prowadzi do pewnej hiperrefleksyjności. Ten objaw nie powinien być oceniany, jeśli główna zmiana zawiera prześladowczy, paranoidalny nastrój urojeniowy (*Wahnstimmung*). Reakcją pacjenta jest osłupienie, ciekawość, zdumienie i próby zrozumienia (przez zastanawianie się) lub poradzenia sobie. Chorobowy racjonalizm i geometryzm są wystarczające ale niekoneczne aby ocenić ten objaw.

Wyjaśnienie terminów:

Chorobowy racjonalizm: odnosi się do ogólnej postawy pacjenta, który uważa ludzkie gesty, sprawy i działania jako kierowane przez określone reguły, sztywne zasady i schematy: „Ojciec kupuje trumnę swojej umierającej córce jako prezent urodzinowy, ponieważ ta trumna jest czymś, czego będzie ona potrzebowała” [2].

Geometryzm: Zaabsorbowanie kompozycją przestrzenną w świecie, symetrią, matematycznymi lub liczbowymi aspektami świata; jest odpowiednikiem pewnej bezdusznej, sztywnej obsesyjności.

Częściowe pokrywanie się chorobowego racjonalizmu i geometryzmu: Oba przedstawiają nienaturalną sztywność w przeciwieństwie do automatycznego dynamizmu adaptacyjnego „życia” (zob. Minkowski).

Przykłady:

- „Wszystkie myśli egzystencjalne wymieszały fragmenty w moim układzie psychicznym. Nie rozumiem życia. Cały obraz świata się zmienił. Tak wiele pytań, tak mało wyjaśnień! Dlaczego żyjemy?”
- Stwierdza, że „nic nie jest względne” w tym sensie, że nie znajduje związku pomiędzy rzeczami w świecie.
- Język oznacza dla niej zagmatwane i przytłaczające morze niemal nieskończonej liczby wersji znaczeń.
- Pacjent zaczął wątpić w znaczenie najbardziej zwyczajnych słów. Kupił słownik aby nauczyć się tych znaczeń od samego początku.
- Pacjent zawsze zastanawiał się nad oczywistymi cechami świata: dlaczego trawa jest zielona, dlaczego światła sygnalizacyjne mają trzy kolory.
- „Dlaczego mamy parę oczu?”

2.13 Lęk

Podtyp 1: Ataki paniki z objawami autonomicznymi: pacjent doświadcza ataków silnego lęku, trwających od kilku minut do kilku godzin, którym towarzyszy co najmniej dwa z wymienionych objawów: drżenie, dławienie się, kołatanie serca, zawroty głowy, hiperwentylacja i strach przed śmiercią. Może temu również towarzyszyć strach przed rozpadem, postradaniem zmysłów, a następnie derealizacja lub uczucia autoodnoszenia (ksobności) (*self-reference*). Takie ataki mogą zostać wywołane w sposób niespecyficzny przez bodźce zewnętrzne (np. pozostawanie samemu).

Podtyp 2: Lęk psychiczny: wyłączone psychiczne uczucie lęku i napięcia, z możliwym towarzyszeniem strachu przed rozpadem, ale bez objawów autonomicznych.

Podtyp 3: Zaburzenia lękowe w postaci fobii: każdy lęk wywołany specyficznymi bodźcami, takimi jak otwarte miejsca, wysokości, małe pokoje lub pewne zwierzęta (z wyłączeniem bodźców społecznych).

Podtyp 4: Lęk społeczny: niepewność wywołana kontaktami społecznymi, spojrzeniami innych, bliskim kontaktem fizycznym, przyjęciami, przebywaniem w tłumie (może obejmować autoodnoszenie).

Podtyp 5: Lęk rozproszony, dryfujący i wszechogarniający: lęk / napięcie wewnętrzne / nieopisana nieprzyjemna emocja, która jest niemal stała i może być wywoła-

na przez wiele bodźców lub powstać bez wyraźnego powodu, czyniąc życie i stosunki z innymi niemal nie do zniesienia, stale odczuwanym obciążeniem lub źródłem cierpienia (zob. również lęk ontologiczny, 2.14).

Podtyp 6: Lęk paranoidalny: lęk każdego typu związany z paranoidalnymi ideacjami (bycie wykorzystywanym, dręczonym, manipulowanym, nieszanowanym).

Uwaga: W przypadku pokrywania się, należy ocenić wszystkie odpowiednie podtypy.

2.14 Lęk ontologiczny

Wszechobecne poczucie niepewności i zagubienia, słabości, niższości, niska tolerancja na lęk, uporczywy, nie związany z obiektem (bezprzedmiotowy) lęk o niewielkim stopniu nasilenia lub delikatne, dojmujące poczucie czegoś złowieszczonego, co nieuchronnie się zbliża. Styl życia osoby z ontologicznym lękiem związany jest raczej z samoobroną niż z samorealizacją. Świata i innych nie odczuwa się jako niezmiennych, bezpiecznych fundamentów, ale jako zagadkowe, niepewne lub zagrażające. Pacjent ma dojmujące poczucie, że jest odsłonięty oraz odczuwa potrzebę aby się chronić lub ukryć. Takie uczucia ontologicznej niepewności są niemal zawsze związane z poczuciem dogłębnie zaburzonej tożsamości, ambiwalencją, utratą naturalnej oceny dowodów (*natural evidence*) lub hiperrefleksyjnością.

Uwaga: Cecha ta powinna być oceniana w sposób bardzo konserwatywny i zwykle można ją wykryć jedynie na podstawie wywiadu, który zawiera informacje na temat funkcjonowania społecznego, interpersonalnego, edukacyjnego i zawodowego, zainteresowań, motywacji oraz badania subiektywnego doświadczenia. Dlatego objaw ten należy punktować jako obecny jedynie jako dodatek do lęku (3.13.1; 2.12.2) lub lęku rozproszonego, wolno-płynącego (2.13.5) i jeśli istnieją równocześnie dowody na występowanie co najmniej jednej z następujących pozycji Skali: ambiwalencja (1.9), zmniejszone poczucie podstawowego *Ja* (2.1), zniekształcona perspektywa pierwszej osoby (2.2), depersonalizacja (2.3), derealizacja (2.5), hiperrefleksyjność (2.6) lub osłupienie (2.12).

2.15 Obniżona przejrzystość świadomości

Wszechobecne lub nawracające poczucie tego, że nie jest się w pełni czujnym, w pełni rozbudzonym, w pełni świadomym, jak gdyby brakowało klarowności, jak gdyby istniała wewnętrzna przeszkoda lub uczucie wewnętrznego napięcia, blokady, mętności. Akty świadomości lub sam sposób bycia świadomym wydają się jakby w jakiś sposób dziwnie wyblakłe, osłabione lub nieudolne.

Jeśli pacjent skarży się na dojmujący stan psychiczny w jakimś sensie ogólnie nieprzyjemny, ale którego nie można bardziej szczegółowo opisać, lub też na ogólne

poczucie napięcia, opresji, blokady itp., umiejscawiając te doznania w swojej głowie, umyśle lub mózgu, obniżona przejrzystość powinna być oceniona jako obecna, tj. jeśli te skargi nie są spowodowane towarzyszącym natłokiem myśli (1.3). Doświadczenia obniżonej przejrzystości nie powinny być oceniane, jeśli wydają się wtórne, np. związane z naporem myśli, stanami halucynacyjnymi, wyczerpaniem psychicznym, depresją kliniczną, chorobą afektywną sezonową, organicznym zaburzeniem mózgu (np. epilepsją) lub przyjmowaniem środków psychoaktywnych.

Uwaga: Klarowność nie jest tu używana w kontekście delirium, gdzie zwykle mówi się o jej braku. Informacja o obniżonej przejrzystości jest bardzo trudna do uzyskania w czasie wywiadu; często towarzyszą jej inne zaburzenia *Ja*.

Przykłady:

- „Moje poczucie świadomości jest rozbite na kawałki”.
- „To ciągle, powszechna blokada, napięcie”.
- „Zawsze czuję się na wpół obudzony”.
- „Zawsze mam uczucie tego, że nie spałem wystarczająco długo”.
- „Nie mam samoświadomości”.
- „Często mam dziwne mgliste uczucie w głowie”.

Typowa winietka 1: „Mam uczucie jakby mój mózg się kurczył”. (Pytanie: „Jak? Proszę opisać”): „To ciągle napięcie wewnątrz mojej głowy, jak gdyby coś było nie tak w środku i czasami także jak obręcz lub opaska wokół mojej głowy. To przeszkadza mi w myśleniu i właściwym widzeniu”.

Typowa winietka 2: Pacjent mówi, że często ma „zawroty głowy”, co oznacza, że „ma wciąż niekompletny kontakt ze światem, jedynie na 60-70%. To jest tak, jakby nie było otworu (otwarcia) na świat. Brakuje przejrzystości między mną a światem.” Podkreśla: „To nie ma nic wspólnego z percepcją, wrażeniami percepcyjnymi lub zmysłami”.

Uwaga: W tym przypadku, punktowana powinna być obniżona obecność, podtyp 2 – „szklany klosz” (2.4.2), ale również obniżona przejrzystość, ponieważ doświadczenie pacjenta wydaje się zawierać obniżoną przejrzystość świadomości jako nośnik doświadczenia (np. podkreślanie przez niego faktu, że problem nie jest umiejscowiony w procesie sensorycznym/postrzeganiu).

2.16 Obniżona inicjatywa (A.4)

Dojmujące poczucie, że wszelka aktywność wymaga wysiłku, trudność w rozpoczęciu działania. Innymi słowy, nie wystarczy punktować tej pozycji Skali na podstawie braku aktywności czy apatii. Pacjent musi opisać swoją niezdolność do rozpoczęcia działania (np. siedzi trzy godziny przygotowując się aby pójść na pocztę).

Kryteria wyłączone: jako obniżona witalność (2.18).

2.17 Hipohedonia

Hedonia odnosi się do zdolności do odczuwania przyjemności. Dojmująca lub nawracająca obniżona zdolność do doświadczania przyjemności w stosunku do panującej wokół „fizycznej” stymulacji percepcyjnej lub intelektualnej [np. anhedonia społeczna jest punktowana gdzie indziej (2.4)].

Uwaga: W przeciwieństwie do zmniejszonej obecności (2.4) opisanej powyżej, zajmujemy się tutaj odczuciami związanymi albo ze stanami określonymi cielesnie, albo ze stanami psychicznymi w odniesieniu do bezpośredniej, ograniczonej stymulacji środowiskowej (np. obniżona przyjemność związana z odczuwaniem smaku jedzenia, braniem gorącej kąpieli, brakiem przyjemności z seksu) lub w odniesieniu do fizycznej lub intelektualnej aktywności, która poprzednio sprawiała przyjemność (np. sport, czytanie książek). Ta definicja kieruje się standardową współczesną definicją psychiatryczną. Jednak prawdopodobnie wątpliwe jest, aby hipohedonia kiedykolwiek występowała osobno, jako zupełnie odizolowane zjawisko, np. niezwiązane z obniżoną witalnością (2.18), zmniejszoną obecnością (2.4) lub zniekształconą perspektywą pierwszej osoby (2.2). W przypadku pokrywania się, wszystkie odpowiednie pozycje Skali należy ocenić jako obecne.

Przykłady:

- „Straciłem całą przyjemność. Wcześniej uwielbiałem uprawiać jogging; teraz mnie to nie interesuje”.
- „Nie jestem zdolny do odczuwania przyjemności. Nic nie sprawia mi frajdy.”

2.18 Obniżona witalność (A.3.1)

Dojmujące lub często nawracające poczucie nie dającego się wyjaśnić znużenia psychicznego lub fizycznego, obniżenia podstawowej żywotności, obniżonej energii, spontaniczności, pędu życiowego (*élan*).

Podtyp 1: Obniżona witalność jako stan występuje przy pogorszeniu choroby, wskazywana także przy współistnieniu innych objawów, np. ruminacje lub uczucie zmian cielesnych.

Podtyp 2: Obniżona witalność jako cecha występuje bardziej lub mniej wszechobecnie lub jako często nawracająca i stosunkowo oddzielna cecha.

Kryteria wyłączone: Te zjawiska nie powinny być oceniane jako obecne, jeśli wyjaśniają je inne, bardziej podstawowe lub szersze zaburzenia, takie jak natłok myśli (1.3), ruminacje hiperrefleksyjne (1.6), depresja kliniczna (w tym melancholia i duża depresja leczone z powodzeniem lekami przeciwdepresyjnymi), organiczne zaburzenie mózgu lub farmakologiczne skutki uboczne.

Wyblakłe lub nieobecne uczucia intencjonalne (apatia, tj. uczucia w sposób określony skierowane na kogoś,

np. rodzinę, dzieci) są punktowane powyżej jako zmniejszona obecność (2.4). Należy punktować oba w przypadku wątpliwości.

Przykłady:

- „Nie mam energii, wewnętrznej iskry”.
- „Czuję się zupełnie pusty”.
- „Zawsze czuję się zmęczony i wyczerpany. Byłem u lekarza, ale nie znalazł żadnych nieprawidłowości somatycznych”.
- „Straciłem wszystkie rodzaje pożądania. Nie mam kontaktu ze sobą, czuję się jak zombie”.
- „Straciłem moje uczucia, co uczyniło mnie niemal inną osobą”.

3 Doznania cielesne

Ogólny opis domeny: Normalne poczucie jedności i spójności psychofizycznej; normalna wzajemna zależność lub oscylacja ciała jako „życia z wewnątrz”, podmiotu lub duszy (ciała nieprzestrzennego, duchowego, *Leib*) oraz obiektu (ciała przestrzennego i fizycznego, *Körper*). Innymi słowy, nasze cielesne doświadczenie nie jest ani jedynie przedmiotowe, ani czysto podmiotowe. Ma równocześnie dwojaką naturę.

3.1 Zmiany morfologiczne dotyczące wyglądu (D.9)

Zwykle napadowe doznania („jak gdyby”) lub spostrzeżenia dotyczące zmniejszenia lub ograniczenia poszczególnych części ciała lub odczuwanie, że części ciała lub całe ciało staje się chudsze, krótsze, kurczy się, powiększa, jest przygniatane lub zmniejszane.

Podtyp 1: Doznania obejmujące całe ciało lub jego część, na ogół w sposób napadowy.

Podtyp 2: Pacjent postrzega zmianę morfologiczną w swoim ciele: np. widzi swoje ręce jako powiększone (złudzenie zmiany).

3.2 Zjawiska związane z lustrem (3.2.3.6)

To grupa zjawisk, które łączy wyjątkowo częste oraz intensywne patrzenie w lustro lub unikanie swojego odbitego obrazu lub też patrzenie jedynie sporadyczne ale związane z postrzeganiem zmiany na twarzy.

Pacjenci albo postrzegają zmiany swoich własnych twarzy, albo szukają takich zmian i dlatego badają się w lustrze często i/lub intensywnie. Mogą być zaskoczeni lub przerażeni tym co widzą, a nawet unikać luster z powodu tego, co widzą. Czasem patrzą w lustro aby się upewnić o samej swojej egzystencji. Mogą również patrzeć na zdjęcia, które ich przedstawiają, aby uzyskać wiedzę o swojej własnej tożsamości.

Uwaga: W tym przypadku należy również punktować obniżone poczucie swojego podstawowego *Ja* (2.1).

Podtyp 1: Pacjent jedynie szuka zmian lub często patrzy w lustro z nieokreślonego powodu, ale nie ma określonego spostrzeżenia zmiany.

Podtyp 2: Pacjent postrzega swoją własną twarz jako w jakiś sposób zmienioną lub zdeformowaną.

Podtyp 3: Inne zjawiska, które mogą należeć do tej kategorii (np. upewnianie się co do własnego istnienia).

Przykłady:

Do podtypu 1:

- Ostatnio czuła się nieco dziwnie, nie całkiem sobą, może roztargniona. Wczoraj musiała popatrzeć w lustro, aby sprawdzić czy jej twarz się zmieniła.

Uwaga: Tutaj powinno się również ocenić psychiczną depersonalizację (2.3).

Do podtypu 2:

- Miała odczucie, że jej twarz wygląda jak twarz czarownicy i dlatego nie lubiła widzieć siebie w lustrze.
- Zobaczyła, że mięśnie na jej szyi dziwnie wystawały.
- Gdy popatrzyła na siebie w lustrze, skupiła się na oku, które nagle zobaczyła jako kulkę w głowie. To było „surrealistyczne” i czuła, że jej twarz się zmieniła.

3.3 Depersonalizacja somatyczna (Odseparowanie od ciała) (D.1.1)

Ciało lub pewne jego części są postrzegane jako dziwne, obce, martwe, odseparowane, oddzielone od siebie, przemieszczone lub nie istniejące.

Przykłady:

- „Gdy patrzę na niższe partie mojego ciała, ciągle czuję, jakby były skrócone i przesunięte w lewo, w porównaniu do reszty”.
- „Mam uczucie, że moje lewe i prawe przedramię zamieniły się miejscami”.
- „Mam dziwne uczucie, że to ciało kogoś innego”.
- To jest tak, jakby jego ciało było obce. Wie, że to jego ciało, ale czuje „jakby nie pasowało do siebie”, czuje „jakby głowa była po prostu przymocowana do ciała”.
- Zawsze czuje się oddzielona od siebie, „jak gdyby w jej głowie był mały człowieczek sterujący dużym robotem”. Czasem patrzy na swoje ramiona i ręce i ma uczucie, że nie są jej własne.

Uwaga: W przeciwieństwie do zmiany morfologicznej (3.4), gdzie występuje uczucie złudzenia specyficznej zmiany morfologicznej, mamy tutaj do czynienia z ogólnymi, rozproszonymi odczuciami. Istnieją przypadki, w których depersonalizacja somatyczna (3.3) i zmiana morfologiczna (3.1) nie różnią się wyraźnie od siebie. Jeśli tak, należy obie pozycje Skali ocenić dodatnio.

3.4 Niedopasowanie psychofizyczne i psychofizyczne rozszczepienie

Ciało odczuwane jako nie pasujące, jako albo zbyt małe, zbyt duże lub w inny sposób niewygodne albo też w jakiś sposób zmienione. Jest to zazwyczaj, ale nie zawsze, związane z uczuciem, że umysł i ciało nie pasują lub nie należą do siebie, jak gdyby były w jakiś sposób rozłączone lub niezależne od siebie.

Uwaga: Nie należy punktować tu awersji do szczegółów lub konkretnych aspektów wyglądu danej osoby, np. wagi czy wzrostu.

Przykłady:

- Brakuje mu „zdrowej samoakceptacji” swojego ciała, trudno mu „posiadać je, troszczyć się o nie bez uczucia niższości i wstydu”. Trudno mu jest „po prostu być w swoim ciele”.
- Ma trudność z uświadomieniem sobie, że jest w swoim ciele i może myśleć „to dziwne, że jestem tutaj”.
- Mówi o „braku spójności” lub „rozdarciu pomiędzy swoją częścią fizyczną, widoczną dla innych a samym sobą, tj. tym wszystkim, co dzieje się w jego umyśle. Czuje, że jego ciało jest wspólną własnością, czymś anonimowym, odległym od niego.

3.5 Dezintegracja cielesna

Uczucie dezintegracji lub rozpadu ciała, jak gdyby rozlatywania się, rozpadania się ciała na kawałki lub znikania.

Uwaga: To odczucie może być związane z zaburzeniami odczuwania granic, ale jest umieszczone tutaj dla wygody wywiadu.

3.6 Uprzeźrzenie doznań cielesnych

Przewaga odczuwania ciała lub jego części jako obiektu fizycznego (przestrzennego), kosztem przeżywania cielesnych odczuć duchowych, nie mających charakteru przestrzennego. Pacjent może doświadczać rodzaju niezwykle introspekcyjnego dostępu do normalnie niemych części ciała lub procesów fizjologicznych (np. pacjent odczuwa swoje organy wewnętrzne lub procesy fizjologiczne).

Przykłady:

- Czuje, jakby jej macica nie była jej, jakby była w jakiś sposób oddzielona.
- Uwaga:** Depersonalizacja somatyczna (2.8) jest tutaj również oceniana.
- „Czuję krew płynącą szybko pod moją skórą”.

3.7 Odczucia cenestetyczne (D.1; 3-9; 11-14)

Niezwykłe doznania cielesne odrętwienia lub sztywności (np. w rękach, stopach lub innych częściach ciała).

Niezwykłe doznania cielesne bólu w wyraźnie określonej części, nieporównywalne, kompletnie różne od bóleści doświadczanych przed chorobą.

Doznania cielesne wędrujące przez ciało.

Elektryczne doznania cielesne, uczucie bycia naelektryzowanym.

Uczucia termiczne (uczucia gorąca i zimna).

Doznania cielesne ruchu, ciągnięcia lub nacisku wewnątrz ciała lub na jego powierzchni.

Doznania anormalnej ciężkości, lekkości lub pustki, upadania lub tonięcia, lewitacji lub podniesienia w całym ciele lub jego częściach.

Doznania przedśionkowe.

Dyzestezje (zaburzenia czucia) wywołane przez stymulację sensoryczną lub dotykową: niedogodności, tj. ból wywołany przez bodziec akustyczny. Dotyk, który odczuwa się jako nieprzyjemny i bolesny.

Kryzysy dyzestezyjne: stany napadowe trwające sekundy lub minuty z udziałem upośledzonych doznań cielesnych, zaburzeń ośrodkowo-vegetatywnych i strachu przed śmiercią.

3.8 Zaburzenia ruchowe

Podtyp 1: Pseudoruchy ciała (D.10): pacjent doznaje pseudoruchów ciała lub jego części, np. kończyn (nie mylić z zakłóceniami ruchowymi, gdzie występują rzeczywiste ruchy).

Przykład (do podtypu 1): Uczucie, że ciało się kołysze lub że noga drga.

Podtyp 2: Zakłócenia ruchowe (C.3.1): ruchowe lub werbalne ześlizgi, które zdarzają się bez zamiaru lub wbrew zamiarom pacjenta i zwykle zakłócają zamierzone działania ruchowe lub mowę. Takie zbaczanie jest częścią zwykle zamierzonego zachowania (ruchy pseudo-spontaniczne, np. stereotypy ruchowe, automatoza) i nie są uważane przez pacjenta za spowodowane przez siły zewnętrzne lub pozostające pod ich wpływem.

Podtyp 3: Blokada ruchowa (C.3.2): utrudnienie lub zupełne zablokowanie zamierzonych działań ruchowych. Występuje napadowo. Całkowite zablokowanie (*Bannungszustände*) może pojawić się nagle i szybko zniknąć. Pacjent jest w pełni świadomy, ale nie jest zdolny aby się ruszać lub mówić. Blokady te można uznać za odpowiednik automatozy (C.3.1).

Podtyp 4: Poczucie niedowładu ruchowego (D.2): nagłe uczucie słabości lub niedowładu ramion lub nóg po jednej lub obu stronach ciała. Te „doznania niedowładu” mogą prowadzić do utykania lub wyślizgiwania się rzeczy z ręki, niemożności trzymania narzędzi tak, że trzeba przerwać pracę. Obok wariantów krótkotrwałych, wystę-

pują również długo utrzymujące się doznania niedowładu (trwające przez tygodnie).

Podtyp 5: Deautomatyzacja ruchu (C.3.3): zwykle codzienne, zwyczajowe działania (takie jak ubieranie się, mycie, golenie, szczotkowanie włosów), wykonywane bardziej lub mniej automatycznie w przeszłości, nie mogą być wykonywane lub też wymagają wielkiego wysiłku lub siły woli. Zajmują więcej czasu i trzeba je wykonywać z maksymalną i świadomą uwagą. Działania częściowo zautomatyzowane (np. jazda na rowerze, szydełkowanie lub praca w kuchni) również są zaburzone. Rutyna działania, dostępna wcześniej bez wysiłku, zostaje utracona w mniejszym lub większym stopniu.

3.9 Doznanie mimetyczne (Odczuwanie własnych ruchów w stosunku do ruchów innych) (C.2.3.7)

Odczuwa się pseudo-ruchy postrzeganych obiektów i ludzi, zwłaszcza gdy pacjent sam jest w ruchu. Dlatego często próbuje unikać poruszania się. Albo pacjent lub obiekt/inny człowiek porusza się pierwszy, albo oba/oboje równocześnie, a pacjent czuje, jak gdyby istniał dziwny związek pomiędzy nimi.

Uwaga: Odczucie mimetyczne wykazuje podobieństwa z odczuciem solipsystycznym (domena 5). Umieszczono je tu dla wygody wywiadu, skupionego obecnie na ciele i ruchu.

4 Wyznaczanie granic/Tranzytywizm

Ogólny opis domeny: Utrata lub przenikalność granicy pomiędzy sobą a światem. Te zaburzenia są ściśle związane z zaburzeniami samoświadomości i obecności, ale są tutaj wymienione oddzielnie z powodu ich wyraźniejszego charakteru objawowego.

4.1 Poczucie splątania z innym

Pacjent odczuwa siebie i swojego rozmówcę jako wymieszanych lub przenikających się nawzajem, w takim sensie, że traci poczucie tego, czyje myśli, uczucia lub wypowiedzi pochodzą od kogo. Może to opisywać jako uczucie bycia opanowanym przez kogoś, przeszkadzania w sposób nieokreślony ale nieprzyjemny lub wywołujący niepokój. W krańcowym stopniu tego drugiego, należy również punktować 4.3, podtyp 1.

4.2 Splątanie ze swoim własnym odbitym obrazem

Uczucie niepewności co do tego, kto jest kim lub kto jest gdzie podczas spoglądania na swoje lustrzane odbicie lub inny odbity obraz (np. w szybach sklepowych), czy też wizerunki na fotografii lub obrazach.

4.3 Zagrożający kontakt cielesny

Podtyp 1: Uczucie ogromnego lęku lub niepokoju gdy stoi się w pobliżu innej (nawet bliskiej) osoby, w przypadku jej dotyku lub bycia przytulonym. Kontakt fizyczny odczuwa się jako zagrożający autonomii lub egzystencji. Stosunek seksualny może być nie do zniesienia.

Uwaga: Nie należy oceniać tego objawu gdy wydaje się być spowodowany przez postawę paranoidalną, podejrzliwą.

Podtyp 2: Uczucie własnego zniknięcia, unicestwienia lub zakończenia egzystencji w przypadku kontaktu z inną osobą, np. w czasie stosunku seksualnego.

4.4 Nastrój pasywności (Beeinflussungsstimmung)

Rozproszone uczucie lub nastrój bycia w jakiś sposób w biernej, niebezpiecznie odkrytej pozycji, na łasce świata, w nieokreślony i niekonkretny sposób. Jest to rodzaj pozostawania w opresji, uciemnienia przez coś negatywnego, co może się rychło zdarzyć, bez określenia tematycznego (pokrywa się z nastrojem urojeniowym). Poczucie bycia niezależnym podmiotem obdarzonym wolą jest obniżone, co może czasem wymagać również punktowania zniekształconej perspektywy pierwszej osoby (2.2). Pacjent nie ma konkretnych odczuć czy myśli urojeniowych odnośnie wpływów zewnętrznych, jednak czuje się jakby nieco ograniczony przez świat zewnętrzny.

4.5 Inne zjawiska tranzytywistyczne

Inne uczucia związane z nieodpowiednim wyznaczaniem granic ciała (również w stosunku do obiektów nieożywionych), dojmujące uczucie bycia w jakiś sposób „zbyt otwartym lub przezroczystym” lub posiadania wyjątkowo „cienkiej skóry”, braku barier, lub stan, w którym pacjent jest nadmiernie zaabsorbowany dokładnymi mechanizmami pomiędzy sobą a światem i relacjami/wpływami pomiędzy sobą a innymi, albo też ma specjalną „dodatkową warstwę” pokrywającą powierzchnię jego ciała. Różne typy podwyższonej percepcji, gdzie pacjent uskarża się na niewystarczającą barierę na bodźce czuciowe (głównie optyczne) również powinny być tu punktowane.

5 Reorientacja egzystencjalna

Ogólny opis domeny: Pacjent doświadcza fundamentalnej reorientacji w odniesieniu do swojego ogólnego metafizycznego światopoglądu i/lub hierarchii wartości, projektów i zainteresowań. Zasadniczo odczucia nieprawidłowości w samoświadomości są tutaj odczuwane i wyrażane egzystencjalnie.

Odczucia podobne do solipsystycznych (Pozycje 5.1–5.6)

Pacjent w pewien sposób czuje, jakby był wyjątkowym (dosłownie lub w sensie centralnego położenia)

podmiotem na świecie, może mieć przelotne poczucie nadzwyczajnych zdolności lub sił (jak gdyby był twórcą), może odczuwać świat zewnętrzny jako wytwór swojej wyobraźni (świat staje się zależny od umysłu) i może doświadczać dostępu do wrodzonych kompetencji swojego własnego umysłu (do swojej „poznawczej nieświadomości”).

5.1 Zjawiska pierwotnego autoodnoszenia (C.1.17)

Podmiot wyczuwa bezpośredni związek pomiędzy samym sobą a wydarzeniami zewnętrznymi lub innymi ludźmi, związek którego nie wyjaśnia występująca wcześniej postawa paranoidalna, uczucia niewystarczalności, uprzedni atak paniki lub poczucie winy wynikające z depresji, nie ma w tym związku ich udziału. Innymi słowy, zajmujemy się tutaj zjawiskami pierwotnego autoodnoszenia, które nie mogą być dalej zredukowane psychologicznie (tj. wyjaśnione innymi mechanizmami).

Przykłady:

- Na przyjęciu wydawało mu się, że wszystko zaczyna się od niego lub zależy od niego.
- Gdy zobaczyła grupę pasażerów wysiadających z autobusu, miała uczucie, że w jakiś sposób parodiują jej stan.
- Gdy pił kawę, pomyślał, że chmury przypominają mężczyznę pijącego kawę.

5.2 Uczucie centralnego położenia

Przelotne uczucie jakby się było centrum wszechświata.

Przykład:

- Były lekarz przypomniał sobie, że pracując w małym, prowincjonalnym szpitalu czasami miał przelotne uczucie „jak gdyby”, że był jedynym prawdziwym lekarzem na całym świecie i los ludzkości zależał od niego.

5.3 Uczucie, jak gdyby obszar doświadczeń podmiotu był jedynym istniejącym przykładem rzeczywistości

Przykład:

- Pacjent miał czasami przelotne uczucie, jak gdyby istniały jedynie obiekty w polu jego widzenia. Inni ludzie i miejsca wydawały się nie istnieć. Natychmiast uznał to za nonsens.

5.4 Uczucia „jak gdyby” dotyczące niezwyklej mocy twórczych, wyjątkowego wglądu w ukryte wymiary rzeczywistości lub we własny umysł czy umysły innych

5.5 Uczucie „jak gdyby”, dotyczące tego, że doświadczany świat nie jest realny, tak naprawdę nie istnieje, jak gdyby był w jakiś sposób pozorny, iluzoryczny lub oszukańczy

Przykłady:

- Odczuwa innych ludzi jako roboty i wszystko jako duży zbiornik molekuł, a potem zaczyna się zastanawiać, czy świat jest realny.

- Jako dziecko odczuwała że cały świat został zbudowany właśnie dla niej, jak scena.

5.6 Magiczne wyobrażenia (tj. wyobrażenia sugerujące niefizyczną przyczynowość) związane ze sposobem odczuwania podmiotu

Przykład:

- Miał wrażenie, jakby mógł kontrolować pogodę, ponieważ wydawała się zmieniać z jego nastrojem.

5.7 Zmiana egzystencjalna lub intelektualna

Nowe lub niezwykle zaabsorbowanie motywami egzystencjalnymi, metafizycznymi, religijnymi, filozoficznymi lub psychologicznymi. Nie należy oceniać w przypadku stanów hipomanii lub manii.

Często zgłaszane motywy: zjawiska ponadnaturalne; religia (zwłaszcza religie Wschodu); doświadczenia mistyczne; filozofia; motywy transcendentalne; medytacja; psychologia; rytuały starożytne; symbole; reinkarnacja; życie pozagrobowe; walka pomiędzy dobrem a złem; powszechny pokój i porozumienie; sens istnienia; los ludzkości; zbawienie; alternatywne postawy wobec nauki; powiązane poglądy na zdrowie i żywienie.

Przykłady:

- „Zaabsorbowały mnie nowe pomysły i zainteresowania, które stopniowo ogarnęły moje życie i myślenie; zostawiły one ślad na całym moim życiu”.
- Nadzwyczaj zajęty myślami na temat tego, jak być wystarczająco dobrym.
- Musiał przededefiniować i przeanalizować wszystko o czym myślał.
- Potrzebował nowych pojęć dla świata i ludzkiej egzystencji.

5.8 Solipsystyczna megalomania

Pacjent, w mowie lub zachowaniu, wykazuje poczucie wyższości nad innymi ludźmi, typowo związane z jego uczuciami posiadania wyjątkowego wglądu lub zdolności (5.4). Inni postrzegani są jako głupcy uganiający się jedynie za materialnymi (powierzchnowymi) aspektami egzystencji. Postawa ta ma nieco manierystyczne zabarwienie.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References:

1. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Berlin; Springer: 1987 (Danish transl P Handest, M Handest, Copenhagen; Synthélabo: 1995).
2. Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry*. 1991; 32: 1-15.
3. Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first admissions. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 1998; 6: 107-116.

4. Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull.* 2000; 26: 217-232.
5. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2003; 44: 121-134.
6. Handest P, Parnas J. Clinical characteristics of 50 first-admitted ICD-10 schizotypal patients. *Br J Psychiatry.* 2005; 187(suppl): 49-54.
7. Parnas J, Handest P, Sæbye D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108: 126-133.
8. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull.* 2011; 37: 1017-1026.
9. Parnas J, Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. W: Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. red., *Psychiatric Diagnosis and Classification. World Psychiatric Association's Series on Evidence and Experience in Psychiatry.* Chichester; Wiley: 2002, s. 137-162.
10. Sass LA, Parnas J. Self, consciousness, and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2003; 29: 427-444.
11. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective; W: Kircher T, David A. red., *The Self in Neuroscience and Psychiatry.* Cambridge; Cambridge University Press: 2003, s. 127-141.
12. Parnas J, Cannon T, Jacobsen B, Schulsinger H, Schulsinger F, Mednick SA. Life-time DSM-III-R diagnostic outcomes in offspring of schizophrenic mothers: the results from the Copenhagen High Risk Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50: 707-714.
13. Matthyse S, Holzman PS, Gusella JF, Levy DL, Harte CB, Jørgensen Å, et al. Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2004; 128: 30-36.
14. Møller P, Haug E, Raballo A, Parnas J, Melle I. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology.* 2011; 44: 386-390.
15. Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry.* 2014; 22(5): 251-265.
16. Parnas J, Handest P, Jansson L, Sæbye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology.* 2005; 38: 259-267.
17. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and schizophrenia-spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull.* 2014; 40(6): 1300-1307.
18. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis.* 2012; 200: 577-583.
19. Haug E, Lien L, Raballo A, Bratlien U, Oie M, Andreassen OA. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2012; 200: 632-636.
20. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first-episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Interv Psychiatry.* 2013; 7(2): 200-204.
21. Škodlar B, Parnas J. Self-disorder and subjective dimensions of suicidality in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2010; 51: 363-366.
22. Haug E, Melle I, Andreassen OA, Raballo A, Bratlien U, Øie M, et al. The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. *Compr Psychiatry.* 2012; 53: 456-460.
23. Haug E, Øie MG, Andreassen OA, Bratlien U, Romm KL, Møller P, et al. The association between anomalous self-experiences, self-esteem and depressive symptoms in first episode schizophrenia. *Front Hum Neurosci.* 2016; 10: 557.
24. Haug E, Øie M, Melle I, Andreassen OA, Raballo A, Bratlien U, et al. The association between self-disorders and neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012; 135: 79-83.
25. Haug E, Øie M, Andreassen OA, Bratlien U, Raballo A, Nelson B, et al. Anomalous self-experiences contribute independently to social dysfunction in the early phases of schizophrenia and psychotic bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2014; 55(3): 475-482.
26. Haug E, Øie M, Andreassen OA, Bratlien U, Nelson B, Aas M, et al. Anomalous self-experience and childhood trauma in first-episode schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2015; 56: 35-41.
27. Haug E, Øie M, Andreassen OA, Bratlien U, Nelson B, Melle I, et al. High levels of anomalous self-experience are associated with longer duration of untreated psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2017; 11(2): 133-138.
28. Koren D, Reznik N, Adres M, Scheyer, R, Apter, A, Steinberg, T, et al. Disturbances of basic self and prodromal symptoms among nonpsychotic helpseeking adolescents. *Psychol Med.* 2013; 43: 1365-1376.
29. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis 'prodromal' population. *Schizophr Bull.* 2012; 38: 1277-1287.
30. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception.* London; Routledge and Kegan: 1962, s. 430.
31. Matussek P. Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung. *Arch Psychiatr Z Neurol.* 1952; 189: 279-318. [English translation: Cutting J, Shepherd M. red., *The clinical roots of the schizophrenia concept.* Cambridge; Cambridge University Press: 1987, s. 89-103].

Correspondence address

e-mail : jpa@cfs.ku.dk (Josef Parnas)

Received: 30.05.2017
 Revised: 21.06.2017
 Accepted: 14.08.2017
 Published: 30.08.2017

Aneks A: Kryteria oceny EASE

Częstość/Ciężkość objawu		Liczba punktów
Nieobecny/Obecność wykluczona	zdecydowanie nieobecny/nigdy nie doświadczony	0
Obecność wątpliwa	możliwa obecność, ale przypomniany sobie przez pacjenta jako mający miejsce jedynie kilka razy lub bardzo słabo w ciągu życia	1
Obecny/Obecność pewna		
Łagodny	zdecydowanie doświadczony, w sumie przynajmniej trzy razy (zwykle częściej), ale nieregularnie; nie stanowi poważnego problemu lub źródła cierpienia i przewlekłego stresu dla pacjenta	2
Umiarkowany	obecny albo codziennie przez dłuższy okres czasu (np. przynajmniej codziennie w tygodniu dwa razy w roku) lub nieregularnie przez przynajmniej 12 miesięcy (może stanowić problem albo źródło cierpienia i stresu)	3
Ciężki	obecny niemal stale (np. codziennie w ciągu ostatnich 2 tygodni; zazwyczaj stresujący, źródło cierpienia i dysfunkcji)	4
Nie podlega punktacji	brak informacji pozwalającej na wydanie opinii	puste miejsce

Stopień obecności	Wynik	Aktualna obecność, tj. w okresie 2 tygodni	Związany z przyjmowaniem leków	Specyficzne czynniki wywołujące	Ukształtowanie psychotyczne
Nieobecność					
Obecność dyskusyjna					
Łagodny					
Umiarkowany					
Ciężki					

Aneks B: Lista pozycji EASE

1	Poznanie i strumień świadomości
1.1	Zakłócenia myślenia
1.2	Utrata bazowej cielesnej samoświadomości (<i>Gedankenenteignung</i>)
1.3	Natłok myśli
1.4	Blokada myśli
1.4.1	Podtyp 1: Blokowanie
1.4.2	Podtyp 2: Zanikanie
1.4.3	Podtyp 3: Kombinacja obu powyższych podtypów
1.5	Ciche echo myśli
1.6	Ruminacje – obsesje
1.6.1	Podtyp 1: Ruminacje pierwotne
1.6.2	Podtyp 2: Ruminacje wtórne
1.6.3	Podtyp 3: Ruminacje prawdziwe
1.6.4	Podtyp 4: Pseudo-obsesje
1.6.5	Podtyp 5: Rytuały/natręctwa
1.7	Ugłóśnienie (perceptualizacja) mowy wewnętrznej lub myśli
1.7.1	Podtyp 1: wewnętrzne
1.7.2	Podtyp 2: w formie ekwiwalentów
1.7.3	Podtyp 3: wewnętrzne jako pierwszorzędowy objaw psychotyczny
1.7.4	Podtyp 4: zewnętrzne
1.8	Uprzestrzennienie przeżyć
1.9	Ambiwalencja
1.10	Niezdolność do odróżnienia sposobów istnienia doświadczanych zjawisk i stanów
1.11	Zaburzenia myślowej inicjatywy lub intencjonalności
1.12	Zaburzenia uwagi
1.12.1	Podtyp 1: pochłonięcie przez szczegóły
1.12.2	Podtyp 2: niezdolność do podzielności uwagi
1.13	Zaburzenia pamięci krótkotrwałej
1.14	Zaburzenia w odczuwaniu czasu
1.14.1	Podtyp 1: zaburzenia w subiektywnym odczuwaniu upływu czasu
1.14.2	Podtyp 2: zaburzenia w czasie egzystencjalnym (tymczasowość)
1.15	Przerwywana świadomość własnego działania
1.16	Rozbieżność pomiędzy tym, co się chciało wyrazić, a tym co się wyraziło
1.17	Zaburzenia ekspresywnej funkcji języka
2	Samoświadomość i obecność
2.1	Obniżone poczucie podstawowego <i>Ja</i>
2.1.1	Podtyp 1: z początkiem w okresie dzieciństwa
2.1.2	Podtyp 2: z początkiem w okresie adolescencji
2.2	Zniekształcona perspektywa pierwszej osoby
2.2.1	Podtyp 1: dotyczące „mojości”/podmiotowości
2.2.2	Podtyp 2: dotyczący doświadczanego dystansu
2.2.3	Podtyp 3: uprzestrzennienie siebie
2.3	Depersonalizacja psychiczna (samoalienacja)
2.3.1	Podtyp 1: depersonalizacja melancholiczna
2.3.2	Podtyp 2: depersonalizacja nieokreślona
2.4	Zmniejszona obecność
2.4.1	Podtyp 1: pozostawianie poza wpływem świata zewnętrznego
2.4.2	Podtyp 2: dystans do świata
2.4.3	Podtyp 3: podtyp 2 + derealizacja
2.5	Derealizacja
2.5.1	Podtyp 1: płynna derealizacja całościowa
2.5.2	Podtyp 2: derealizacja natrętna
2.6	Hiperrefleksyjność; podwyższona refleksyjność
2.7	Rozszczepienie <i>Ja</i> (<i>Ich-Spaltung</i>)
2.7.1	Podtyp 1: podejrzwane rozszczepienie <i>Ja</i>
2.7.2	Podtyp 2: odczuwanie „jak gdyby”
2.7.3	Podtyp 3: konkretne doświadczenie uprzestrzennienia
2.7.4	Podtyp 4: ukształtowane na bazie urojeń
2.8	Depersonalizacja dysocjacyjna
2.8.1	Podtyp 1: zjawisko „jak gdyby”

2.8.2	Podtyp 2: Dysocjacyjna halucynacja wizualna
2.9	Utrata (zagubienie) tożsamości
2.10	Poczucie zmiany w stosunku do wieku chronologicznego
2.11	Poczucie zmiany płci
2.11.1	Podtyp 1: sporadyczny strach przed tym, że się jest osobą homoseksualną
2.11.2	Podtyp 2: uczucie jakby było się przeciwnej płci
2.12	Utrata zdrowego rozsądku/Osłupienie/Brak naturalnej oceny dowodów
2.13	Lęk
2.13.1	Podtyp 1: ataki paniki z objawami autonomicznymi
2.13.2	Podtyp 2: lęk psychiczny
2.13.3	Podtyp 3: zaburzenia lękowe w postaci fobii
2.13.4	Podtyp 4: lęk społeczny
2.13.5	Podtyp 5: lęk rozproszony, dryfujący i wszechogarniający
2.13.6	Podtyp 6: lęk paranoidalny
2.14	Lęk ontologiczny
2.15	Obniżona przejrzystość świadomości
2.16	Obniżona inicjatywa
2.17	Hipohedonia
2.18	Obniżona witalność
2.18.1	Podtyp 1: jako stan
2.18.2	Podtyp 2: jako cecha
3	Doznania cielesne
3.1	Zmiany morfologiczne dotyczące wyglądu
3.1.1	Podtyp 1: doznanie zmiany
3.1.2	Podtyp 2: postrzeganie zmiany
3.2	Zjawiska związane z lustrem
3.2.1	Podtyp 1: poszukiwanie zmiany
3.2.2	Podtyp 2: postrzeganie zmiany
3.2.3	Podtyp 3: inne zjawiska
3.3	Depersonalizacja somatyczna (odseparowanie od ciała)
3.4	Niedopasowanie psychofizyczne i psychofizyczne rozszczepienie
3.5	Dezintegracja cielesna
3.6	Uprzestrzennienie (uprzedmiotowienie) doznań cielesnych
3.7	Odczucia cenestetyczne
3.8	Zaburzenia ruchowe
3.8.1	Podtyp 1: pseudoruchy ciała
3.8.2	Podtyp 2: zakłócenia ruchowe
3.8.3	Podtyp 3: blokada ruchowa
3.8.4	Podtyp 4: poczucie niedowładu ruchowego
3.8.5	Podtyp 5: dezautomatyzacja ruchu
3.9	Doznanie mimetyczne (relacja pomiędzy własnym ruchem a ruchami innych)
4	Wyznaczanie granic / Tranzytywizm
4.1	Poczucie splątania z innym
4.2	Splątanie ze swoim własnym odbitym obrazem
4.3	Zagrażający kontakt cielesny i uczucie połączenia się z innym
4.3.1	Podtyp 1: nieprzyjemne uczucie wzbudzające lęk
4.3.2	Podtyp 2: uczucie zniknięcia, unicestwienia
4.4	Nastój pasywności (<i>Beeinflussungsstimmung</i>)
4.5	Inne zjawiska tranzytywistyczne
5	Reorientacja egzystencjalna
5.1	Zjawiska pierwotnego autoodnoszenia
5.2	Uczucie centralnego położenia
5.3	Uczucie, jak gdyby obszar doświadczeń podmiotu był jedyną istniejącą rzeczywistością
5.4	Uczucia „jak gdyby” dotyczące niezwykłych mocy twórczych, wyjątkowego wglądu w ukryte wymiary rzeczywistości lub we własny umysł czy umysły innych
5.5	Uczucie „jak gdyby” dotyczące tego, że doświadczany świat nie jest realny, tak naprawdę nie istnieje, jak gdyby był w jakiś sposób pozorny, iluzoryczny lub zwodniczy
5.6	Magiczne wyobrażenia związane ze sposobem odczuwania podmiotu
5.7	Zmiana egzystencjalna lub intelektualna
5.8	Solipsystyczna megalomania

Aneks 3: Porównanie EASE i BSABS

EASE		BSABS
1.1	Zakłócenia myślenia	C.1.1
1.3	Natłok myśli	C.1.3
1.4	Blokada myśli	C.1.4
1.6.1	Ruminacje pierwotne	C.1.2 (częściowo)
1.6.2	Ruminacje wtórne	C.1.2 (częściowo)
1.6.3	Ruminacje prawdziwe	B.3.2 (częściowo)
1.6.4	Pseudoobsesje	B.3.2 (częściowo)
1.6.5	Rytuły/natęctwa	B.3.2 (częściowo)
1.9	Ambiwalencja	A.5
1.10	Niezdolność do odróżnienia sposobów istnienia doświadczanych zjawisk i stanów	C.1.15/A.6.2 (częściowo)
1.11	Zaburzenia myślowej inicjatywy lub intencjonalności	C.1.13
1.12.1	Zaabsorbowanie przez szczegóły	C.2.9
1.12.2	Niezdolność do podzielności uwagi	A.8.4
1.13	Zaburzenia pamięci krótkotrwałej	C.1.9
1.15	Przerywana świadomość własnego działania	C.2.10
1.16	Rozbieżność pomiędzy zamierzoną ekspresją a tym, co wyrażone	A.7.2
1.17	Zaburzenia ekspresywnej funkcji języka	C.1.7
2.2.2	Dotyczący doświadczanego dystansu	B.3.4 (częściowo)
2.3.2	Depersonalizacja nieokreślona	B.3.4 (częściowo)
2.4.1	Pozostawanie poza wpływem świata zewnętrznego	A.6.3 (częściowo)
2.5.1	Płynna derealizacja całościowa	C.2.11
2.5.2	Derealizacja natrętna	C.2.11
2.6	Hiperrefleksyjność; podwyższona refleksyjność	B.3.1
2.13.2	Lęk psychiczny	D.15 (częściowo)
2.13.3	Zaburzenia lękowe w postaci fobii	B.3.3
2.16	Obniżona inicjatywa	A.4
2.17	Hipohedonia	A.6.3 (częściowo)
2.18.1	Obniżona witalność jako stan	A.3.1 (częściowo)
2.18.2	Obniżona witalność jako cecha	A.3.1 (częściowo)
3.1.1	Zmiany morfologiczne, doznanie zmiany	D.9
3.2.2	Zjawiska związane z lustrem, postrzeganie zmiany	C.2.3.6 (częściowo)
3.3	Depersonalizacja somatyczna (odseparowanie od ciała)	D.1.1
3.7	Odczucia cenestetyczne	D1; D.3-9; D.11-14
3.8.1	Pseudoruchy ciała	D.10
3.8.2	Zakłócenia ruchowe	C.3.1
3.8.3	Blokada ruchowa	C.3.2
3.8.4	Poczucie niedowładu ruchowego	D.2
3.8.5	Dezautomatyzacja ruchu	D.3.3
3.9	Doznanie mimetyczne	C.2.3.7
5.1	Zjawiska pierwotnego autoodnoszenia	C.1.17

Gwoli ścisłości należy zauważyć, że pozycje EASE i BSABS pokrywają się w naturalny sposób, natomiast definicje nie muszą być dokładnie takie same. Z reguły przy opisie pozycji EASE podano więcej szczegółów fenomenologicznych. Dla celów porównania zaprezentowano listy pozycji obu skal. Pozwala to na ocenę podobieństw pomiędzy badaniami, w których zastosowano różne narzędzia.