

Poczucie praecox wśród polskich psychiatrów: badanie metodą teorii ugruntowanej

Praecox feeling among Polish psychiatrists: a grounded theory study

Anastazja Szuła¹, Aleksandra Kołtun², Marcin Moskaiewicz^{1,2,3,4}

¹Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Pracownia Filozofii Zdrowia Psychicznego

²Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Instytut Filozofii

³University of Heidelberg, Psychiatric Clinic,
Section Phenomenological Psychopathology and Psychotherapy

⁴IDEAS-NCBR, Warszawa

Summary

Aim. The study aims to identify the sources and components of the so-called praecox feeling (PF) from the perspective of Polish psychiatrists who experience it and can verbalize it.

Method. Qualitative analysis based on the grounded theory method, conducted on a set of open-ended statements provided by psychiatrists (N = 103) who described their feelings strongly suggestive of a diagnosis of schizophrenia in a nationwide survey.

Results. For most respondents (80.58%) PF stems from patients' behaviors and states but none of the identified PF components dominate clearly over others. Physicians referred most often (44.66%) to the patients' affect and emotional states, particularly shallowness and emotional coldness (22.33%). One in four (25.24%) referred to the patients' utterances, including incoherence and detachment of content from reality (14.56%), and indicated formal disorders of mental processes (22.33%). A post-hoc analysis showed that the main cross-sectional topic of the PF was the feeling of patients' separation from the surrounding reality and other persons (raised by 52.42% of respondents). The level of psychiatric expertise does not affect PF's contents. Physicians who can verbalize it consider it reliable for diagnosing schizophrenia more often than those who use PF in their practice but cannot verbalize it (82.52% vs. 67.62%, $\chi^2 p = 0.007$, $\phi_c = 0.186$).

Conclusions. PF is a complex and ambiguous phenomenon experienced by residents and specialists alike. It has mostly to do with affectivity and perceived detachment from reality. Further analysis may positively influence the ability of psychiatrists to articulate and apply PF in the diagnosis of schizophrenia.

Słowa kluczowe: diagnostyka, schizofrenia, intuicja

Key words: diagnosis, schizophrenia, intuition

Wstęp

Zanim zostały wytyczone wystandaryzowane kryteria diagnozy schizofrenii powszechne wśród psychiatrów było opieranie się na intuicji. Intuicję psychiatry, że pacjent cierpi na schizofrenię, Henricus Cornelius Rümke nazwał w 1941 roku Praecox-Gefühl – poczuciem praecox (PP) [1]. Według Rümkego, PP nie ma nic wspólnego z treścią myśli pacjenta – pojawia się ono u lekarza jeszcze przed rozpoczęciem wywiadu. Nigdy nie jest w pełni wyraźne, więc też niełatwe do ujęcia w słowa. Problematyka zjawiska PP szczegółowo opisana została przez Gozé i in. [2], Moskalewicz i Gozé [3] i Moskalewicz i in. [4].

Możliwe do odczytania z wywiadu z pacjentem objawy schizofrenii, zarówno negatywne, jak i pozytywne, są, zdaniem Rümkego, niespecyficzne i nie dają podstaw do pewnej diagnozy. By schizofrenia została zdiagnozowana, jej objawy muszą odnosić się do czegoś, co leży u ich podstaw. Tym czymś jest elementarna, choć nieokreślona „niezrozumiałość” pacjenta wynikająca prawdopodobnie z postawy ciała, zachowań ruchowych, mimiki twarzy i ogólnego braku kontaktu emocjonalnego. Według Rümkego, owa niezrozumiałość jest postrzegana za pośrednictwem niepokoju samego lekarza.

Prowadzone od połowy XX wieku badania ankietowe wśród psychiatrów potwierdziły stosowanie przez nich PP. W badaniu w Niemczech Zachodnich z 1962 r. [5], przed pojawieniem się klasyfikacji DSM, znaczna większość respondentów (85,9%) wskazała doświadczane przez siebie w kontakcie z pacjentem poczucie jako wiarygodny wskaźnik diagnozy schizofrenii. W Nowym Jorku w 1989 r. (a więc gdy obowiązywało już DSM-III [6]), odczucia bezpośrednio sugerujące diagnozę schizofrenii deklarowało 82,9% badanych, a we Francji w 2017 r. podczas obowiązywania DSM-5 [7] – 90,1%. W polskim badaniu z przełomu 2019 i 2020 r. z użyciem tego samego narzędzia odczucia sugerujące diagnozę schizofrenii deklarowało 89,3% [8].

Deklarowane odczucia występują zatem wśród psychiatrów praktykujących w różnych środowiskach kulturowych i czasach. Zgodnie z tezą Rümkego, odczuwanie PP i przekonanie o jego wiarygodności nie znaczy, że jest ono wyrażalne słowami. W wyżej wymienionych badaniach we Francji 50,78% respondentów zadeklarowało zdolność do wyrażenia odczucia sugerującego diagnozę schizofrenii słowami [9], a w polskim, szerzej opisanym niżej badaniu, taką zdolność zadeklarowało 44,9% respondentów.

W artykule przedstawiono wyniki jakościowej analizy wypowiedzi polskich psychiatrów uzyskanych w wyżej wspomnianym badaniu ankietowym. Celem artykułu jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czym jest poczucie zwane w literaturze przedmiotu poczuciem praecox z perspektywy lekarzy, którzy tego poczucia doświadczają oraz potrafią opisać je słowami. Przedstawiono najważniejsze elementy, jakie według psychiatrów składają się na PP. Ponadto podjęto próbę określenia „lokalizacji”, czy też źródła opisywanego poczucia: na ile ma ono związek ze specyficznym rodzajem atmosfery [por. 3], czyli tym, co dzieje się pomiędzy pacjentem a lekarzem, a na ile źródła badanego odczucia mają charakter przedmiotowy (wynikają z cech, zachowań pacjenta), bądź podmiotowy (wynikają z własnych przeżyć lekarza i subiektywnego sposobu odbierania przez niego sytuacji). Sprawdzono także, czy różnice w opisach PP są zależne od poziomu eksperckości psychiatrów (specjalizacji).

Metoda

Kwestionariusz

W badaniach prowadzonych w Polsce na przełomie 2019 i 2020 roku wykorzystano uproszczoną wersję oryginalnego kwestionariusza Irlego [5], zaadaptowanego przez Sagiego i Schwartza [6] i ponownie zaadaptowanego przez nas do badania we Francji w 2017 roku [7, 9]. Większość pytań, dla porównań międzykulturowych i historycznych, zachowano bez zmian. Kluczowe pytania dotyczyły postaw wobec schizofrenii, możliwości szybkiej diagnozy przez wykwalifikowanego psychiatrę, deklarowanych odczuć silnie sugerujących rozpoznanie schizofrenii, które, zgodnie z wcześniejszymi interpretacjami Irlego, Sagiego i Schwartza oraz naszymi, zostały uznane za wskaźnik obecności PP. Osoby deklarujące wymienione odczucia zostały poproszone o ich opisanie w drugiej części ankiety. Opisy te stanowią podstawę źródłową niniejszego badania.

Dobór próby i respondenci

Ankiety wypełniło 243 psychiatrów, 152 kobiety i 91 mężczyzn, zarówno specjalistów, jak i rezydentów w trakcie szkolenia, z deklarowaną przez siebie orientacją zawodową od biologicznej, poprzez biopsychospołeczną, po psychodynamiczną. W owym czasie w Polsce 4551 osób posiadało uprawnienia do wykonywania zawodu psychiatry [10], jednak dobór próby miał charakter celowy i był zorientowany na główne kliniki uniwersyteckie i szpitale psychiatryczne, w których leczeni są pacjenci ze schizofrenią, a zlokalizowanych w Białymstoku, Branicach, Bydgoszczy, Drewnicy, Gdańsku, Gnieźnie, Katowicach, Kościanie, Koszalinie, Krakowie, Lublinie, Lublińcu, Łodzi, Międzyrzeczu, Olsztynie, Poznaniu, Płocku, Pruszkowie, Radomiu, Rybniku, Stroniu Śląskim, Słupsku, Szczecinie, Świeciu, Toruniu, Warszawie i we Wrocławiu. W liście zapraszającym do wypełnienia ankiety nie została zawarta żadna wzmianka ani o poczuciu praecox, ani o odczuciach sugerujących rozpoznanie schizofrenii. Próba ma charakter celowy.

217 psychiatrów (89,3% pełnej próby) zadeklarowało odczucia silnie sugerujące diagnozę schizofrenii. Analiza statystyczna wykazała, że odczucia te są niezależne od postaw wobec schizofrenii, orientacji zawodowej i doświadczenia zawodowego i są uważane za wiarygodne przez psychiatrów. Zjawiska intersubiektywne, takie jak problematyczne afektywne dostrojenie, gesty i język ciała, zostały uznane przez tych lekarzy za kluczowe dla tych odczuć [8].

Spośród owych 217 psychiatrów doświadczających PP zaledwie 109 (44,86%) zadeklarowało, że jest w stanie wyrazić je słowami, a 105 faktycznie je wyraziło w pytaniu otwartym. Niniejsze opracowanie skoncentrowane jest na przedstawieniu wyników oraz najważniejszych wniosków z analizy jakościowej odpowiedzi na to pytanie (do analizy jakościowej przyjęto 103 odpowiedzi; odrzucono dwie nie na temat).

Zebrane wypowiedzi lekarzy psychiatrów są zapisem swobodnym, nieustrukturyzowanym z góry przez kategorie narzucone przez badaczy, o dowolnej długości i formie. Wybór takiej konstrukcji narzędzia badawczego pozwala sądzić, że treść analizowa-

nych wypowiedzi jest odzwierciedleniem żywych doświadczeń i praktyk psychiatrów, zapisanych językiem dla nich naturalnym, z własnoręczną selekcją wątków, które to oni sami uznają za istotne (i pominięciem takich, których nie uznali za ważne).

Tabela 1. **Charakterystyka próby (N = 103)**

Płeć	Żeńska N = 66 (64,08%)
	Męska N = 37 (35,92%)
Poziom specjalizacji	Rezydenci N = 48 (46,60%)
	Specjaliści N = 55 (53,40%)
Orientacja zawodowa	Biopsychospołeczna N = 59 (57,28%)
	Biologiczna N = 23 (22,33%)
	Psychodynamiczna N = 11 (10,68%)
	Inna N = 10 (9,71%)
Postawa wobec schizofrenii	Sytuacja chorego może ulec poprawie z pozostającymi śladami upośledzenia N = 56 (54,37%)
	Niekiedy w pełni odwracalna N = 37 (35,92%)
	Zasadniczo nieuleczalna N = 10 (9,71%)
Przekonanie dotyczące niezawodności poczucia praecox	Poczucie praecox obecne N = 103 (100%)
	Poczucie praecox postrzegane jako niezawodne dla stwierdzenia schizofrenii N = 85 (82,52%)
	Poczucie praecox postrzegane jako bardziej niezawodnie niż wszystkie pozostałe symptomy N = 31 (30,10%)

Co ciekawe, przekonanie dotyczące niezawodności PP jest znacząco wyższe wśród psychiatrów, którzy są w stanie je zwerbalizować. W tej grupie za niezawodne dla stwierdzenia schizofrenii uznaje je 82,52% (wobec 67,62% lekarzy nie potrafiących wyrazić go w słowach, $\chi^2 p = 0,007$, $\phi_c = 0,186$). Za bardziej niezawodne niż pozostałe symptomy uznaje je 30,10% (wobec 20,95%), lecz w tym wypadku różnica ta nie jest istotna statystycznie [8].

Zebrany materiał badawczy został poddany jakościowej analizie w trzech etapach: wstępnym, a priori, z wykorzystaniem kategorii opisanych w literaturze przedmiotu; indukcyjnym, z wykorzystaniem procedur metodologii teorii ugruntowanej oraz zwrotnym, polegającym na ponownym zakodowaniu przeanalizowanego już materiału, zgodnie z wyłonionymi w toku analizy głównymi wątkami.

Narzędzia: teoria ugruntowana

Metodologia teorii ugruntowanej umożliwia stworzenie tzw. analitycznego opisu dla zebranego materiału empirycznego [por. 11]. Opis taki powstaje w efekcie systematycznej, pogłębionej analizy danych prowadzącej do wyłonienia kategorii badawczych i powiązań między nimi. Następnie kategorie te udoskonala się i weryfikuje poprzez

wielokrotnie powracanie do surowych danych. W niniejszym opracowaniu zastosowanie procedur teorii ugruntowanej pozwoliło uchwycić bogactwo i różnicowanie wątków poruszanych przez respondentów. Jednocześnie zidentyfikowano zagadnienia, które są na tyle ogólne, że pozwalają wyznaczyć charakterystyki badanego zjawiska PP.

Na wstępnym etapie prac, kierując się literaturą przedmiotu [por. 3, 12–17], przyjęto trzy kategorie organizujące wypowiedzi respondentów. Założono, że deklarowane odczucia mogą odnosić się (1) bezpośrednio do pacjentów i ich objawów, (2) do sfery pomiędzy lekarzem a pacjentem, ich interakcji oraz (3) do samych lekarzy. Kategorie te odnoszą się zatem do lokalizacji źródła PP – na ile postrzegane są one jako wynikające z objawów pacjenta, na ile z komunikacji i atmosfery interpersonalnej, a na ile ich źródłem jest sama subiektywność lekarza. Ponadto, z góry postanowiono przyjrzeć się modalnościom PP rozumianym jako formy jego odczuwania.

W następnym etapie prac stworzono roboczą wersję klucza kodowego złożoną z kategorii, które bezpośrednio wyłoniły się z danych. Przeprowadzono kodowanie rzeczowe otwarte na 32 losowo wybranych wypowiedziach. Polegało ono na nadaniu etykiet każdemu elementowi wypowiedzi stanowiącemu fragment znaczeniowy (były to całe zdania, krótsze wyrażenia oraz pojedyncze słowa). W ten sposób powstało kilkadziesiąt etykiet, które poddano kodowaniu selektywnemu. Celem tego etapu kodowania było ograniczenie liczby etykiet poprzez utworzenie kategorii badawczych, które obejmowały większą liczbę kodów i były bardziej doprecyzowane treściowo.

Klucz ten był następnie kilkakrotnie weryfikowany i udoskonalany poprzez zastosowanie metody ciągłego porównywania [*constant comparative method*; 11, 18]. Po pierwsze, wygenerowane wcześniej kategorie badawcze porównywano z nowymi danymi empirycznymi aż do momentu, kiedy w danych nie pojawiały się żadne nowe wątki i pojęcia, a po drugie, aby naświetlić związki między kategoriami oraz uzyskać ich rozłączność pojęciową, porównywano ze sobą same kategorie.

Tworzenie klucza kodowego miało charakter indukcyjny. Proces ten opierał się na wielokrotnej analizie materiału empirycznego, z celowym pominięciem pojęć obecnych w literaturze przedmiotu tak, aby pozostać jak najbardziej wiernym danym [18]. W efekcie otrzymano indukcyjny klucz kodowy złożony z 40 kategorii badawczych uporządkowanych na trzech poziomach ogólności.

Kategorie pierwszego rzędu to kategorie określone we wstępnym etapie analizy materiału – a priori – mające najbardziej ogólny charakter. Zostały zaczerpnięte z literatury przedmiotu, ale poddano je weryfikacji poprzez porównywanie z kategoriami drugiego i trzeciego rzędu oraz danymi empirycznymi. Kategorie pierwszego rzędu porządkują pozostałe kategorie według wątków, które zidentyfikowano w danych i które jednocześnie są spójne z postawionymi pytaniami badawczymi. Należą do nich: modalność, pacjent, interakcja, lekarz. Kategorie drugiego i trzeciego rzędu są na niższym poziomie ogólności i mają charakter opisowy. Ich zawartość znaczeniowa, a nawet sam sposób sformułowania wynika z danych empirycznych. Do kategorii drugiego i trzeciego rzędu należą, między innymi, tzw. kody *in vivo*, czyli terminy zaczerpnięte wprost z języka osób badanych (np. „bycie [pacjenta]«za szybą»”).

Klucz kodowy zastosowano do ilościowej analizy zawartości całego zebranego materiału. Kodowanie ilościowe miało więc charakter dedukcyjnie zwrotny i było

efektem stwierdzenia, czy dana kategoria występuje w wypowiedzi. Dana wypowiedź mogła zostać zakodowana jako przynależąca do więcej niż jednej kategorii pierwszego rzędu. Przykład kodowania takiej wypowiedzi pokazuje tabela 1.



Wykres 1. Schemat postępowania przy tworzeniu klucza kodowego na etapie analizy indukcyjnej

Tabela 2. Przykład kodowania danych empirycznych

Respondent nr 179: Bładość afektywna, uboga mimika lub amimiczna twarz, pozostawanie pacjenta za szybą, kontakt sztywny, ograniczony. Brak kontaktu wzrokowego lub wpatrywanie się w rozmówcę, natarchywy kontakt wzrokowy, wzrok sugerujący halucynacje, problemy ze skupieniem, odroczenie odpowiedzi, urojenia, psychotyczny lęk. Pewna obcość odczuwana w czasie badania ¹			
Fragment wypowiedzi lekarza-psychiatry	Kategorie 1. rzędu (a priori)	Kategorie 2. rzędu (indukcyjne)	Kategorie 3. rzędu (indukcyjne)
Bładość afektywna, uboga mimika lub amimiczna twarz, pozostawanie pacjenta za szybą, [...] wzrok sugerujący halucynacje, problemy ze skupieniem, odroczenie odpowiedzi, urojenia, psychotyczny lęk.	PACJENT	Emocje, afekt pacjenta	Splęcenie / chłód emocjonalny, ubóstwo, bładość
			Podęjrziwość, nieufność, lęk
		Niewerbalne zachowania, sygnały	Wyraz twarzy, mimika, w tym uboga
			Oczy, spojrzenie, wzrok
Wypowiedzi pacjenta	Sposób wypowiadania się – pauzy, odroczenia, echolalia		
Dystans, bycie „za szybą”, nieobecność	Nie dotyczy – brak kategorii 3. rzędu		

¹ Wypowiedzi i ich fragmenty przytaczamy w oryginalnej pisowni i zapisujemy kursywą.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kontakt sztywny, ograniczony. Brak kontaktu wzrokowego lub wpatrywanie się w rozmówcę, natarczywy kontakt wzrokowy,	INTERAKCJA	Kontakt niewerbalny (w tym emocjonalny)	Kontakt niewerbalny: brak, sztywny, ubóstwo
Pewna obcość odczuwana w czasie badania.	LEKARZ	Nie dotyczy – kategoria nie posiada uszczegółowienia.	

Nawet jeśli dana wypowiedź została zakodowana jako przynależąca do kategorii pierwszego rzędu, nie musiała ona zawierać odniesień do żadnego z kodów uszczegóławiających z tej kategorii (bo np. poruszono w niej wątki, które na ogólnym poziomie dotyczyły kontaktu, ale na poziomie szczegółowej treści były unikatowe, niepowtarzające się w żadnej innej wypowiedzi). Na przykład wypowiedź: *chodzi o rodzaj kontaktu interpersonalnego, a właściwie jego deficyt* została zakodowana jako przynależąca wyłącznie do kategorii pierwszego rzędu interakcja (bez kat. 2. i 3. rzędu – w całej bazie nie pojawiły się bowiem inne wypowiedzi mówiące o kontakcie „interpersonalnym”, nie można go jednoznacznie zaklasyfikować ani do „werbalnego”, ani „pozawerbalnego”).

Wyniki

Modalności

Modalność jest jedyną kategorią pierwszego rzędu, która ze względu na tematyczną rozdzielność względem pozostałych może z nimi współwystępować w tym samym fragmencie wypowiedzi. Na przykład w wypowiedzi *Splycenie i niedostosowanie afektu, poczucie nieobecności, większa podejrzliwość* podkreślony fragment został zakodowany jednocześnie w kategorii „Modalność” (z kategorią drugiego rzędu „Poczucie”) oraz w kategorii „Pacjent” („dystans, bycie «za szybą», nieobecność”). Jedynie co trzeci badany lekarz (33,01%) dookreślił w swojej wypowiedzi opisującej PP jego formę, z czego większość jako „poczucie, uczucie, odczucie” (23,30%), a mniejszość jako „wrażenie” (7,77%) bądź „chęć” (3,88%).

Pacjent

Opisując swoje silne odczucia sugerujące diagnozę schizofrenii, badani lekarze najczęściej (80,58%) odnosili się do pacjenta (zachowań, reakcji, sygnałów, jakie wysyła). Kategoria „Pacjent” jest najbardziej rozbudowana treściowo i obejmuje jedenaście kategorii drugiego rzędu oraz czternaście kategorii trzeciego rzędu (zob. Tabela 3).

Niemal połowa badanych (44,66%) odniosła się w swoich wypowiedziach do stanu emocjonalnego pacjenta. Lekarze z tej grupy najczęściej zwracali uwagę na emocjonalny chłód (50%), a także emocjonalną sztywność i niedostosowanie (26,09%). Również obserwowane u pacjenta podejrzliwość, niepokój i lęk okazały się istotnym elementem silnych odczuć sugerujących diagnozę schizofrenii (wątek pojawił się w 23,91% wypowiedzi, które mówiły o stanach emocjonalnych pacjenta).

Co czwarta badana osoba (25,24%) zwróciła uwagę na wypowiedzi pacjenta. Dla ponad połowy osób w tej grupie (57,69%) istotna była ich treść (wymijająca, oderwana od rzeczywistości, niespójna lub cechująca się rezonerstwem). 26,92% badanych z tej grupy zwróciło uwagę również na formę wypowiedzi, w szczególności obecność pauz, odroczeń i echolalii.

Na specyfikę procesów myślowych pacjenta zwróciło uwagę 22,33% badanych. Ponad połowa z tych osób (52,17%) napisała konkretnie o występowaniu formalnych zaburzeń myślenia, w tym obecności paralogii.

O różnych niewerbalnych aspektach zachowania pacjenta napisał co piąty badany (20,39%). Ważnym źródłem odczuć sugerujących diagnozę schizofrenii okazały się oczy pacjentów. 57,14% lekarzy z tej grupy zwróciło uwagę na wzrok (określany jako pusty) lub spojrzenie pacjenta (rozbiegane, natarczywe). Dla jednej trzeciej z nich (33,33%) istotna jest też mimika pacjenta, zwykle określana jako uboga.

Wreszcie, opisując swoje odczucia, lekarze posługiwali się metaforą „bycia «za szybą»”. 17,48% badanych lekarzy określało pacjentów jako pozostających w dystansie lub nawet nieobecnych. W 15,53% wypowiedzi respondenci wskazywali na dziwaczność pacjenta, a 12,62% – na jego/jej nieadekwatność i niedostosowanie (kategoria ta była rozłączna wobec „niedostosowania / nieadekwatności emocjonalnej”; obejmowała te fragmenty wypowiedzi, w których charakter „niedostosowania” pacjenta nie był dookreślony lub był dookreślony inaczej niż przez odwołanie do afektu lub emocji).

Interakcja

40,78% lekarzy opisało swoje odczucia diagnostyczne jako mające związek z rodzajem kontaktu z pacjentem. Większość z tej grupy (61,9%) zwracała uwagę na aspekty niewerbalne i emocjonalne, zarazem prawie wszystkie wypowiedzi mówiące o kontakcie niewerbalnym (84,61%) wskazywały na jego brak, sztywność lub ubóstwo. Ponadto, w grupie osób opisujących kontakt lub interakcje z pacjentem około jedna trzecia (33,33%) wskazywała na różne formy komunikacji werbalnej. Na deficyt lub brak kontaktu werbalnego wskazywano w połowie tych wypowiedzi (50%; szczegóły: zob. Tabela 3).

Lekarz

Kategoria „Lekarz” pojawiła się najrzadziej w badanym materiale (14,71% ogółu wypowiedzi). Oznacza to, że respondenci jedynie w niewielkim stopniu postrzegali PP jako wpływające bezpośrednio z ich własnych odczuć, wrażeń czy emocji, a jego źródło lokowali raczej w sferze interakcji, bądź w samym pacjencie. Jeśli dany fragment wypowiedzi można było, bez zmiany jego znaczenia, przeformułować na wyrażenie „wrażenie / poczucie / odczucie, że pacjent...”, wówczas nie była ona kodowana jako należąca do kategorii „Lekarz”.

Tabela 3. Zawartość treściowa wypowiedzi według kategorii klucza kodowego (N = 103)

Kategorie 1. rzędu	Kategorie 2. rzędu	Kategorie 3. rzędu	% (N)	% z kategorii wyższego rzędu
		MODALNOŚĆ	33,01% (34)	nd
		Poczucie, uczucie, odczucie	23,30% (24)	70,59%
		Wrażenie	7,77% (8)	23,53%
		Chęć	3,88% (4)	11,76%
		PACJENT	80,58% (83)	nd
		Emocje, afekt	44,66% (46)	55,42%
		splątanie / chłód emocjonalny, ubóstwo, bladość	22,33% (23)	50,00%
		niedostosowanie / nieadekwatność / sztywność emocji, afektu	12,24% (12)	26,09%
		podejrzliwość, nieufność, lęk	10,68% (11)	23,91%
		zagubienie, dezorientacja, niepokój	3,88% (4)	8,70%
		Wypowiedzi	25,24% (26)	31,33%
		treść (wymijająca, oderwana od rzeczywistości, niespójna, rezonerstwo)	14,56% (15)	57,69%
		forma (pauzy, odroczenia, echolalia)	6,80% (7)	26,92%
		Myślenie (wnioskowania, interpretowanie)	22,33% (23)	27,71%
		zaburzenia inne niż paralogie	6,80% (7)	30,43%
		paralogie	4,85% (5)	21,47%
		Niewerbalne zachowania, sygnały	20,39% (21)	25,30%
		oczy, spojrzenie, wzrok	11,65% (12)	57,14%
		wyraz twarzy, mimika, w tym – uboga	6,80% (7)	33,33%
		sposób poruszania się, gesty, postawa	5,83% (6)	28,57%
		ubiór, wygląd, higiena	4,85% (4)	23,81%
		Dystans, bycie „za szybą”, nieobecność	17,48% (18)	21,69%
		Dziwaczność, dziwność	15,53% (16)	19,28%
		Nieadekwatność, niedostosowanie (inne niż afekt)	12,62% (13)	15,66%
		Niespójność, ambiwalencja	6,80% (7)	8,43%
		Brak kontaktu ze sobą samym, chaos wewnętrzny, nieszczerłość, dysymulacja	4,85% (5)	6,02%
		Dezorganizacja	4,85% (5)	6,02%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

INTERAKCJA		40,78% (42)	nd
	Kontakt niewerbalny (w tym emocjonalny)	25,24% (26)	61,90%
	kontakt niewerbalny: brak, sztywny, ubóstwo	21,36% (22)	84,62%
	Kontakt werbalny	13,59% (14)	33,33%
	kontakt werbalny: brak, deficyt	6,80% (7)	50,00%
	odpowiedzi na pytania	4,85% (5)	35,71%
LEKARZ		14,71% (15)	nd

Obliczono oczekiwaną częstość występowania każdej z kategorii pierwszego, drugiego i trzeciego rzędu pomiędzy psychiatrami o różnym poziomie eksperckości (specjalistami i rezydentami) proporcjonalnie do ich liczebności. Porównanie częstości oczekiwanych i obserwowanych nie wykazało statystycznie istotnych różnic w odniesieniu do kategorii wymienionych w Tabeli 3 (χ^2 test, $p > 0,05$).

Zawartość znaczeniowa poczucia praecox: wyniki analizy post-hoc

Przedstawione wyżej wnioski skupiały się na uchwyceniu i scharakteryzowaniu poszczególnych lokalizacji PP według badanych lekarzy. W celu dokonania rekonstrukcji zawartości tego odczucia, niezależnie od jego źródeł, przeprowadzono analizę post-hoc z wykorzystaniem istniejącego klucza kodowego. Analiza ta pozwoliła w szczególności na pełniejsze rozpatrzenie wypowiedzi, w których lekarze odnosili się do swoich stanów wewnętrznych. We wcześniejszej analizie uwzględniającej lokalizację badanego odczucia wypowiedzi te nie zostały poddane pogłębionej analizie treści ze względu na zbyt niską częstość ich występowania w całym zbiorze.

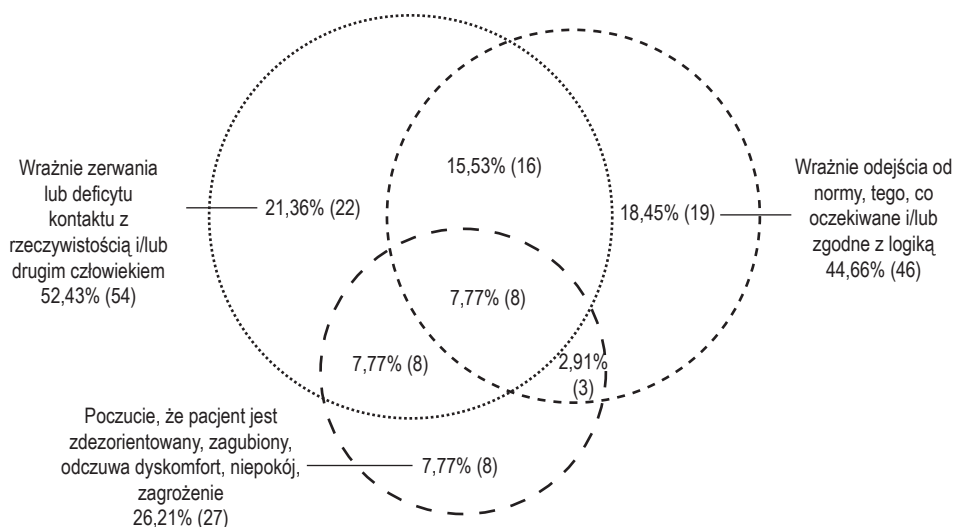
Analiza post-hoc przebiegała w dwóch etapach. W pierwszym na nowo uporządkowano kategorie drugiego i trzeciego rzędu z istniejącego klucza kodowego. Zestawiono razem te z nich, które były spójne znaczeniowo (dotyczyły podobnych zjawisk, stanów czy sytuacji). W efekcie zidentyfikowano trzy główne tematy występujące w całym badanym materiale. Są to:

1. wrażenie zerwania lub deficytu kontaktu z rzeczywistością i/lub drugim człowiekiem (wątek złożony z następujących kategorii: kontakt werbalny – brak, deficyt; kontakt pozawerbalny – brak, sztywny, ubóstwo; dystans, bycie „za szybą”, nieobecność; spłylenie emocji, chłód emocjonalny, ubóstwo, bladeść; wzrok: pusty, nieobecny);
2. wrażenie odejścia od normy, tego, co oczekiwane i/lub zgodne z logiką (wątek złożony z następujących kategorii: niedostosowanie / nieadekwatność / sztywność afektu, emocji; paralogie; dziwaczność, dziwność; nieadekwatność, niedostosowanie (inne niż afektywne); niespójność, ambiwalencja plus wypowiedzi, w których lekarze mówią w ten sposób o własnych odczuciach);
3. poczucie, że pacjent jest dezorientowany, zagubiony, odczuwa dyskomfort i niepokój, a nawet zagrożenie (wątek złożony z następujących kategorii: dezor-

ganizacja; zagubienie, dezorientacja, niepokój; podejrzliwość, nieufność, poczucie zagrożenia, lęk; wzrok: rozbiegany, rozglądanie się).

W drugim etapie analizy wskazane tu tematy zostały potraktowane jako kategorie badawcze i wykorzystane do ponownego zakodowania całości materiału badawczego. Jednostką analizy była cała wypowiedź, która mogła zawierać od 0 do 3 tematów.

81,55% badanych zawarło w swoich wypowiedziach przynajmniej jeden z wymienionych tu tematów. 18,45% osób opisywało zupełnie inne kwestie, przy czym w tej grupie niemal co druga osoba (47,36%) wyraziła się w sposób mało precyzyjny, często też skrótowy. Do wypowiedzi takich należały, między innymi: *specyficzny kontakt; afekt; pacjent budzi dużo uczuć opiekuńczych; czy objawy pierwszorzędowe/objawy negatywne*.



Wykres 2. Wyniki analizy post-hoc – zawartość treściowa wypowiedzi według tematów (N = 103). Wielkość okręgów jest proporcjonalna do opisywanych częstości.

Opisując silne odczucia sugerujące diagnozę schizofrenii, ponad połowa badanych lekarzy (52,43%) pisała o jakimś aspekcie bycia oddzielonym od otaczającej rzeczywistości, w tym od drugiego człowieka. Temat ten pojawiał się zarówno w odniesieniu do zachowań pacjentów oraz kontaktu z nimi, jak i doświadczeń lekarzy. Dla części badanych tym, co zwracało uwagę, było już samo zdystansowanie pacjenta, zwykle opisywane w kategoriach chłodu, spłylenia, bladeści czy ubóstwa emocji i/lub afektu, a także niedostępności oraz bycia „obok”. Jeden z badanych opisał swoje odczucia sugerujące diagnozę schizofrenii w następujących słowach: *Wrażenie, że podążając za pacjentem „odpływa się”, lub wrażenie jakby głos „dochodził, z daleka” (metafora)*.

W tym kontekście stosunkowo często (w 6 ze 103 wypowiedzi) pojawia się metafora pozostawiania „za szybą”: *Chory jest jakby w innym miejscu, nieobecny, oddalony,*

odcięty od swoich uczuć, „za szybko”. Inni lekarze opisywali z kolei odczucie niemal całkowitego oddzielenia pacjenta od rzeczywistości: jego/jej obcości, nieobecności, zamknięcia na świat i skupienia wyłącznie na sobie.

Badani lekarze zwracali też uwagę na swoiste zerwanie kontaktu między pacjentem a nimi samymi. Pisali o wielu trudnościach wynikających z deficytów w komunikacji werbalnej oraz niewerbalnej. Należały do nich unikanie odpowiedzi na zadane pytania czy wypowiedzianie się w sposób całkowicie oderwany od treści rozmowy. W warstwie niewerbalnej badani psychiatrzy najczęściej odnosili się do braku współbrzmienia emocjonalnego oraz ogólnego poczucia braku synchronizacji z pacjentem. Jak to wyraziła jedna z badanych osób: *Nie czuję się w pełni rozumiana i sama nie w pełni rozumiem, mam poczucie, jakby pacjent nie był tu i teraz*. Ważnym sygnałem mówiącym o chorobie był również pusty lub nieobecny wzrok pacjenta, a także unikanie kontaktu wzrokowego.

Drugim istotnym tematem pojawiającym się w wypowiedziach opisujących PP było wrażenie zerwania z tym, co uznawane za normalne, zgodne z logiką czy oczekiwane. Temat ten pojawił się w 44,66% wszystkich wypowiedzi. Przejawami, które w szczególności zwracały uwagę lekarzy, były: niedostosowanie pacjenta, rozumiane jako nieadekwatność jego reakcji emocjonalnych, wypowiedzi świadcząca o braku logicznego następstwa myśli (paralogie), a także nietypowe dla sytuacji zachowania. Następującą wypowiedź można uznać za typową dla sposobu, w jaki lekarze opisywali swoje wrażenia oderwania od norm i logiki: *Niepokojące spojrzenie, niedostosowanie afektywne, dziwaczność, ekscentryzm, nietypowe reakcje na zadawane pytania (niezrozumienie pozornie prostych pytań o przyczyny zachowań, unikanie odpowiedzi/ odpowiedzi wymijające)*. Lekarze opisywali pacjentów jako dziwacznych, niespójnych oraz ambiwalentnych; (...) *nieadekwatność w relacji (nadmierna otwartość lub nieufność) dziwaczność i nieharmonijność, niespójność myśli i/lub słów i lub emocji pacjenta*.

Badani lekarze łączyli swoje odczucia sugerujące diagnozę schizofrenii również z pewnego rodzaju dezorganizacją pacjenta i związanymi z nią zagubieniem, dezorientacją i niepokojem. Temat ten pojawił się w 26,21% wszystkich wypowiedzi. Tym, co zwracało uwagę lekarzy w zachowaniu pacjentów, była ich podejrzliwość, nieufność, a także lęk. Następująca wypowiedź w całości odnosi się do opisywanych tu kwestii: *w przeniesieniu odczuć można poczucie nieufności, zagrożenia, masywnego lęku, dezorientacji, chaosu wynikającego z fragmentacji przeżyć, i inne*. Ponownie oczy okazały się źródłem ważnych sygnałów dla osób badanych; wzrok określany jako *rozbiegany* lub konkretnie jako *rozglądanie się po gabinecie bez przyczyny*.

Natomiast lekarze, którzy opisywali własne stany wewnętrzne i reakcje, stosunkowo często deklarowali odczuwanie niepokoju i dyskomfortu; *uczucie niepokoju, nieokreślonego zagrożenia, które nie wynika z agresywnego zachowania pacjentów*.

Dyskusja

Wyniki jakościowej analizy danych pokazują, że lekarze rozumieją własne PP w sposób wysoce zróżnicowany zarówno jeśli chodzi o samą zawartość treściową tego

odczucia, jak i jego źródła. W przedstawionych wnioskach brakuje wątków wyraźnie dominujących, zaś wiele kategorii współwystępuje ze sobą.

Spośród tych kategorii, które wskazywały na konkretne aspekty opisywanego odczucia, wyróżnia się jedynie „emocje, afekt”. Pojawiła się ona w 44,66% wypowiedzi. Częściej niż w co piątej wypowiedzi pojawiają się jeszcze tylko cztery kategorie drugiego rzędu: 1) „wypowiedzi” [pacjenta] (25,24%); 2) „kontakt niewerbalny, w tym emocjonalny” [pomiędzy lekarzem a pacjentem] (25,24%); 3) „myślenie” [pacjenta] (22,33%); 4) „niewerbalne zachowania, sygnały” [pacjenta] (20,39%). Kolejne dwie najczęściej występujące kategorie tego typu to: „dystans, bycie «za szybą», nieobecność” (17,48%) oraz „dziwaczność, dziwność” (15,53%). Każda z pozostałych kategorii drugiego rzędu wystąpiła w mniej niż w 15% wypowiedzi.

Również analiza post-hoc nie pozwoliła na udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o to, czym właściwie jest PP z perspektywy badanych psychiatrów. Ponad połowa z nich (52,43%) opisuje wrażenie deficytu lub zerwania się kontaktu z rzeczywistością i/lub drugim człowiekiem; 44,66% badanych odnosiło się też do wrażenia odejścia od normy, tego, co oczekiwane i/lub zgodne z logiką. W 26,21% wypowiedzi pojawiły się opisy poczucia, że pacjent jest zdezorientowany, zagubiony, odczuwa dyskomfort, niepokój, zagrożenie.

Rezultaty te można zestawzić z wynikami wcześniejszej analizy ilościowej przeprowadzonej na pełnej próbie respondentów ankiety [8], w której zdecydowana większość lekarzy w pytaniu zamkniętym wielokrotnego wyboru jako źródło PP wskazała kłopoty z zestrojeniem na płaszczyźnie afektywnej (83,6% – 173 z 207 osób doświadczających PP, w tym tych, którzy nie potrafili opisać go słowami), ponad połowa wskazała na gesty i mowę ciała (58% – 120 z 207), kłopoty z poznaniem społecznym (56,5% –, 117 z 207) i spojrzenie (55,1%, 144 z 207); najmniej respondentów wskazało urojenia bądź halucynacje (36,6%, 80 z 207) i inne (8,7%, 18 z 207). Niniejsza, bardziej szczegółowa analiza wypowiedzi udzielonych w pytaniu otwartym przyniosła zdecydowanie bardziej zróżnicowany obraz PP oraz jego źródeł.

Wreszcie, wcześniejsza analiza ilościowa przeprowadzona na pełnej próbie respondentów (N=243) wykazała niewielkie różnice w odpowiedziach w zależności od poziomu eksperckości. Specjaliści częściej od rezydentów twierdzili, że obecność PP wynika z ich doświadczenia jako psychiatrów (80% vs 64,3%, $p < 0,05$, $c = 0,175$) i częściej uznawali PP za wiarygodne (84,2% vs 71%, $p < 0,05$, $c = 0,157$) [8]. Niniejsza jakościowa analiza treści nie wykazała natomiast, aby wypowiedzi specjalistów oraz rezydentów różniły się od siebie w jakikolwiek znaczący sposób.

Wnioski

Najbardziej istotnym źródłem odczuć sugerujących diagnozę schizofrenii są zachowania i stany samego pacjenta: psychiatrzy najczęściej opisują emocje i afekt oraz sygnały niewerbalne płynące od pacjentów. Wspomina o nich 78,64% badanych osób, przy czym ponad połowa wszystkich wypowiedzi (50,49%) opisuje tylko i wyłącznie pacjentów.

Jeśli chodzi o elementy składowe PP, w wypowiedziach psychiatrów dominują wątki związane z wrażeniem oddzielenia od otaczającej rzeczywistości (52,43%).

Znaczna liczba respondentów opisuje także odczucie zerwania z tym co normalne, nieadekwatność reakcji pacjentów (44,66%). Często oba te tematy poruszane są w wypowiedziach jednocześnie.

Z analizy ilościowej wynika, że pomimo stosowania diagnostyki zoperacjonalizowanej, wśród polskich psychiatrów pracujących w głównych szpitalach psychiatrycznych i klinikach uniwersyteckich PP występuje stosunkowo często, choć dla większości zjawisko to jest trudne do ujęcia w słowa. Co istotne, umiejętność ujęcia odczuć sugerujących diagnozę schizofrenii w ramy języka występująca u 44,86% respondentów sprzyja zastosowaniu intuicji w diagnostyce i zwiększa przekonanie o jej niezawodności. Aż 82,52% lekarzy potrafiących zwerbalizować PP uznaje je za niezawodne dla stwierdzenia schizofrenii.

Jednakże, jak wynika z analizy jakościowej, PP jest zjawiskiem bardzo złożonym i niejednoznacznym. W celu pogłębienia wiedzy na jego temat potrzebujemy badań eksperymentalnych porównujących wiarygodność PP oraz zoperacjonalizowanych kryteriów diagnostycznych. Być może wyraźniejsze uświadomienie sobie faktycznej obecności intuicji w diagnostyce schizofrenii w Polsce oraz praca nad możliwościami jej artykulacji służyć mogą zwiększeniu jej trafności a tym samym bardziej otwartemu traktowaniu jako narzędzia pomocniczego w praktyce diagnostycznej [por. 19].

Piśmiennictwo

1. Rümke HC. *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox-Gefühl“*. Z. Gesamte Neurol. Psychiatr. 1941; 102: 168–75.
2. Gozé T, Moskalewicz M, Schwartz MA, Naudin J, Micoulaud-Franchi JA, Cermolacce M. *Reassessing „Praecox feeling” in diagnostic decision making in schizophrenia: a critical review*. Schizophr. Bull. 2019; 45(5): 966–970.
3. Moskalewicz M, Gozé T. *Clinical judgment of schizophrenia: praecox feeling and the bizarreness of contact—open controversies*. W: Biondi M, Picardi A, Pallagrosi M, Fonzi L, red. *The clinician in the psychiatric diagnostic process*. Cham: Springer International Publishing; 2022, s. 135–149.
4. Moskalewicz M, Schwartz MA, Gozé T. *Phenomenology of intuitive judgment: Praecox-feeling in the diagnosis of schizophrenia*. Avant. 2018; 9(2): 63–74.
5. Irle G. *Das „Praecoxgefuehl” in der Diagnostik der Schizophrenie*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. Z. Gesamte Neurol. Psychiatr. 1962; 203: 385–406.
6. Sagi GA, Schwartz MA. *The „praecox feeling” in the diagnosis of schizophrenia; a survey of Manhattan psychiatrists*. Schizophr. Res. 1989; 2: 35. DOI: 10.1016/0920-9964(89)90071-6
7. Gozé T, Moskalewicz M, Schwartz MA, Naudin J, Micoulaud-Franchi JA, Cermolacce M. *Is „Praecox feeling” a phenomenological fossil? A preliminary study on diagnostic decision making in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2019; 204. DOI: 10.1016/j.schres.2018.07.041
8. Moskalewicz M, Kordel P, Brejwo A, Schwartz MA, Gozé T. *Psychiatrists report praecox feeling and find it reliable. A cross-cultural comparison*. Front. Psychiatry. 2021; 12. DOI: 10.3389/fpsy.2021.642322
9. Moskalewicz M, Schwartz MA, Gozé T. [Expert judgment in the clinical diagnosis of schizophrenia]. Unpublished survey data. 2017.

10. Naczelna Izba Lekarska. *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji 2020*. https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-04.pdf [dostęp: 10.04.2023 r.]
11. Konecki KT. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
12. Kraus A. *The significance of intuition for the diagnosis of schizophrenia*. W: Maj M, Satorius N, red. *Schizophrenia*. Chichester, UK: John Wiley; 1999, s. 47–49.
13. Kraus A. *Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a prioris*. W: Chung MC, Fulford B, Graham G, red. *Reconceiving schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press; 2007, s. 97–111.
14. Varga S. *Vulnerability to psychosis, I-thou intersubjectivity and the praecox-feeling*. *Phenomenol. Cogn. Sci.* 2013; 12(1). DOI: 10.1007/s11097-010-9173-z
15. L'Entre KB. *Une approche phénoménologique de la schizophrénie*. Grenoble: Millon; 2000.
16. Carp EA. *Über das Praecox-und Hysteriegefühl*. *Psychother. Psychosom.* 1971; 19(4). DOI: 10.1159/000286321
17. Tellenbach H. *Geschmack und Atmosphäre*. Otto Müller Verlag; 1968.
18. Glaser BG. *Doing grounded theory: issues and discussions*. Mill Valley, Calif: Sociology Press; 1998.
19. Gozć T. *How to teach/learn praecox feeling? Through phenomenology to medical education*. *Front. Psychiatry.* 2022; 13. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.819305

Adres: Marcin Moskalewicz
e-mail: moskalewicz@gmail.com

Otrzymano: 21.02.2023
Zrecenzowano: 28.03.2023
Otrzymano po poprawie: 5.05.2023
Przyjęto do druku: 29.05.2023

