
Kognitywne teorie urojeń — o racjonalności urojeń

ADRIANNA SMURZYŃSKA
Uniwersytet Jagielloński

Streszczenie. *Przedmiotem artykułu jest problematyka formalnego aspektu urojeń — rozumowania i wnioskowania. Autorka poddaje krytycznej analizie wybrane kognitywne teorie urojeń, skupiając uwagę na teoriach odgórnych (top-down) (dotyczących zmiany twierdzeń ramowych, zaburzenia Tła, mechanizmów atrybucyjnych, funkcjonowania wyobraźni i mechanizmów wnioskowania, braku harmonii między zasadami konserwatyzmu i obserwacyjnej adekwatności, problemami związanymi z odpornością urojeń na rewizje oraz z niespójnością przekonań i działań). Uwzględniając różne koncepcje urojeń, stawia pytanie o racjonalność osób z urojeniami.*

Słowa kluczowe: *urojenia, rozumowanie, racjonalność, kognitywne teorie urojeń*

Urojenia i halucynacje są podstawowymi symptomami zaburzeń psychicznych. W odróżnieniu od halucynacji — zaburzeń percepcji — urojenia dotyczą myślenia i sfery przekonań. We współczesnej filozofii umysłu o przekonaniu (P) osoby A możemy mówić, gdy uznaje ona P za prawdę i zgodnie z tym działa (jest to jedna z definicji, którą warto przyjąć w kontekście definicji urojeń). Przekonania można ujmować albo jako postawy albo jako reprezentacje umysłowe (Schwitzgebel 2014). Wydaje się, że definicja urojeń bliższa jest temu drugiemu podejściu. Natomiast w DSM-IV urojenie definiowane jest jako:

Fałszywe przekonanie oparte na niewłaściwym wnioskowaniu o zewnętrznej rzeczywistości, silnie podtrzymywane pomimo tego, w co wierzy prawie każdy i pomimo ustanowienia bezspornych i oczywistych dowodów lub faktów przeciwnych (DSM-IV 2000).

Powstaje pytanie, co odróżnia przekonania urojeniowe od innego rodzaju przekonań — czy różnica tkwi tylko w treści, czy też formie (sposobie rozumowania)? Wybrane kognitywne teorie urojeń posłużą do analizy problematyki związanej z formalnym aspektem urojeń — rozumowania i wnioskowania¹.

1. Problem urojeń

Poniżej zostaną krótko omówione podstawowe aspekty problemu: definicje i rodzaje urojeń, kognitywne teorie urojeń oraz koncepcje racjonalności przekonań.

1.1. Rodzaje urojeń

Urojenia nie stanowią jednorodnej grupy zjawisk. Dla lepszego zrozumienia artykułu, pomocne będzie przywołanie ich klasyfikacji. Można pogrupować je na kilka

¹Składam serdecznie podziękowania dr. S. T. Kołodziejczykowi za pomoc w pracach będących podstawą niniejszego artykułu.

sposobów: urojenia pierwotne i wtórne², organiczne i funkcjonalne³, monotematyczne i politematyczne, ograniczone (*circumscribed*) i dopracowane (*elaborated*)⁴ (Bortolotti 2010). W kontekście poniższych rozważań szczególnie istotną funkcję pełni podział na urojenia monotematyczne i politematyczne.

Podział na urojenia monotematyczne i politematyczne opiera się na wskazaniu ilości obszarów tematycznych, których urojenie dotyczy (Bortolotti 2010). Urojenie monotematyczne dotyczy jednego problemu i jest zazwyczaj oddzielone od innych przekonań. Urojenia politematyczne dotyczą wielu tematów oraz składają się z większej ilości przekonań, powiązanych ze sobą treściowo i formalnie.

Reprezentatywnymi przykładami urojeń monotematycznych są: urojenie Capgrasa i urojenie Cotarda. Pacjent cierpiący na urojenie Capgrasa twierdzi, że bliska mu osoba (małżonek, rodzeństwo) została porwana i podmieniona przez oszusta (Capgras, Reboul-Lachaux 1923, za: Stone, Young 1997). Urojenie to pojawia się w różnych kręgach kulturowych i historycznych. Forma pozostaje podobna, zmienia się tylko treść — kiedyś, gdy wysuwano hipotezy o istnieniu UFO, o porwaniu bliskiego posądzano kosmitów, obecnie spotyka się chorych, którzy twierdzą, że ich bliski został sklonowany (Kapusta 2010).

Takie urojenie może doprowadzić do werbalnej lub fizycznej agresji skierowanej przeciwko rzekomemu oszustowi. Dzieje się tak mniej więcej w co piątym przypadku choroby (Forstl, Almeida, Owen, Burns, Howard 1991, za: Stone, Young 1997). Pozostali akceptują „osobę podstawioną za współmałżonka”, albo wręcz traktują ją po przyjacielsku (co trzeci chory) (Wallis 1986, za: Stone, Young 1997). Interesujący wydaje się stosunek chorego do „porwanego” współmałżonka. Pacjent urojeniowy zazwyczaj nie wykazuje zainteresowania tym, co mogło się stać z „porwanym”, nie próbuje go szukać (Stone, Young 1997).

Pacjent z urojeniem Cotarda twierdzi natomiast, że jest odcięty lub martwy (Cotard 1882, za: Campbell 2001). W lżejszej formie choroby odczuwa on głęboką niechęć wobec samego siebie, w ciężkiej natomiast, neguje istnienie własnej osoby i świata zewnętrznego. Pacjent podtrzymuje te twierdzenia, pomimo świadomości ich racjonalności (Campbell 2001).

Treść urojeń monotematycznych dotyczy głównie osoby zaburzonej (jej ciała, sposobu istnienia), bliskich osób lub środowiska (Bayne, Pacherie 2004; Stone, Young 1997). Ich szczegółowa analiza pokazuje dwie warstwy tego rodzaju przekonań (Grzywa, Gronkowski 2010). Warstwa powierzchniowa zależna jest od czynników społeczno-kulturowych, głęboka natomiast jest związana z uniwersalnymi, egzystencjalnymi problemami człowieka (takimi jak lęki czy poczucie tożsamości).

Urojenia politematyczne pojawiają się zwykle w przypadku schizofrenii. Ich

²Urojenia pierwotne są oparte na nowych doznaniach osoby. Są to przekonania o tym, że dzieje się coś niezwykłego i podejrzanego. Urojenie wtórne jest natomiast sądem sformułowanym na bazie tego zmienionego doświadczenia, w odniesieniu do aktualnej sytuacji oraz kontekstu społecznego (Jaspers 1963, za: Kapusta 2010).

³Urojenia organiczne są efektem uszkodzeń mózgu, funkcjonalne natomiast nie mają podłoża organicznego i są wyjaśniane w odniesieniu do teorii psychodynamicznych i motywacyjnych. Obecnie podział ten budzi wątpliwości (Johnstone i in. 1988, za: Bortolotti 2010).

⁴Podział ten odnosi się do relacji urojenia do innych przekonań. Urojenia ograniczone (*circumscribed*) oddzielone są od innych przekonań, mogą wchodzić z nimi w konflikt. Urojenia dopracowane (*elaborated*) tworzą natomiast całą sieć przekonań i uwidaczniają się w zachowaniu jednostki (Bortolotti 2010; Davies, Colheart 2000).

przykładem są wszelkiego rodzaju urojenia prześladowcze i urojenia braku kontroli (na przykład nasylanie myśli) (Bortolotti 2010). Takie przekonania urojeniowe mają wpływ na niemal wszystkie dziedziny życia pacjenta.

1.2. Kognitywne teorie urojeń

Kognitywne teorie urojeń można podzielić na teorie oddolne (*bottom-up*) i odgórne (*top-down*) (Bortolotti 2010). Teorie oddolne upatrują przyczyny urojeń w doświadczeniu (percepcji i doznaniach). W teoriach oddolnych uznaje się, że źródłem urojenia są zaburzenia rozumowania i języka.

1.3. Urojenia jako przekonania

Urojenia są z definicji traktowane jako przekonania, które z racji swej fałszywości, uporczywości oraz oparcia na niewłaściwym sposobie rozumowania, uznaje się często za irracjonalne. Warto w tym miejscu wspomnieć, że definicja urojeń z DSM-IV, budzi wiele zastrzeżeń, głównie z powodu korzystania z pojęć epistemicznych, które nie są wyraźnie zdefiniowane (Kapusta 2010). Wobec definicji, która występuje w DSM-V, nie można formułować tego rodzaju zarzutów. Urojenie jest w tej klasyfikacji „trwałym przekonaniem, które nie jest podatne na zmiany w świetle sprzecznych dowodów⁵” (tłum. AS) [DSM-V 2013]. Definicja ta wydaje się być jednak zbyt szeroka, ponieważ opisuje również wiele rodzajów przekonań, które nie są urojeniami.

Istnieją teoretycy urojeń, którzy nie zgadzają się z tezą, zgodnie z którą urojenia są rodzajem przekonań. Podkreślają oni doświadczeniowy charakter urojeń (Gold, Hohwy 2000): sądzą, że są one wyobrażeniami (Currie, Jureidini, 2001 za: Bortolotti 2010) lub postawami wobec pewnych reprezentacji rzeczywistości (Stephens, Graham 2006 za: Bortolotti, 2010), które mogą być związane nie tylko ze sferą poznawczą, ale również ze zmianami w odczuwaniu ciała, emocji, relacji społecznych czy środowiska (Gallagher 2009, za: Bortolotti 2010). Niektórzy uznają je wręcz za puste akty mowy (Berrios 1991, za: Bortolotti, 2010). W poniższych rozważaniach konieczne będzie uznanie urojeń za typ przekonań.

1.4. Problem racjonalności

Zazwyczaj przyjmuje się, że logiczność, oparcie na dowodach empirycznych lub pragmatyczność są podstawowymi kryteriami racjonalności przekonań (David, Lynn, Ellis 2010). W takim ujęciu przekonanie musi posiadać tylko jeden z tych atrybutów, żeby można je było uznać za racjonalne. Istnieją jednak również inne definicje racjonalności, a główny problem w analizie racjonalności/ irracjonalności urojeń leży w tym, że jej definicja nie jest zwykle w takich sytuacjach przywoływana.

Autorzy kognitywnych teorii urojeń często posługują się pojęciem racjonalności, którego znaczenia dokładnie nie wyjaśniają. Analiza ich artykułów pozwala na wymienienie trzech różnych odmian tej zdolności (Kapusta 2010a). Pierwsza z nich to racjonalność logiczna (proceduralna). Związana jest ona z wnioskowaniem indukcyjnym i dedukcyjnym oraz spójnością przekonań. Drugą z nich jest racjonalność epistemiczna. Dotyczy ona oceny wiarygodności dowodów, spójności systemu przekonań oraz ich rewizji na skutek zapoznania się z nowymi dowodami czy faktami. Trzecia, to racjonalność „doświadczeniowa” (*experiential*). Odnosi się ona do związku osoby ze

⁵ *fixed beliefs that are not amenable to change in light of conflicting evidence.*

światem oraz poczucia sprawczości działań i myśli.

2. Podejście odgórne

Przeprowadzenie formalnej analizy urojeń wymaga opisu problematyki związanej z podejściem odgórnym (racjonalistycznym) w obrębie kognitywnych teorii urojeń. Urojenie jest w nim modyfikacją systemu przekonań, która wpływa na zmianę doświadczenia i działań (Bortolotti 2010; Campbell 2001).

Owa modyfikacja systemu przekonań, która jest związana ze stroną formalną, może mieć dwojaki wpływ na doświadczenia i działania jednostki — może warunkować całkowicie zmianę doświadczenia (warunek wystarczający) lub być niezbędną, ale niewystarczającą do jej zaistnienia (warunek konieczny).

Dla niniejszych rozważań istotne znaczenie posiada następujące pytanie: jaka zmiana rozumowania powoduje zmianę doświadczenia prowadzącą do urojeń. Może być to zmiana ilościowa (pewien rodzaj wnioskowania przebiega w inny sposób, np. przy wnioskowaniu indukcyjnym osoba dochodzi do wniosku na podstawie niewystarczającej ilości przesłanek) lub jakościowa (rozumowanie przybiera odmienną postać). Można się również zastanowić, czy zmiana ta ma charakter globalny (dotyczy całkowitej zmiany reguł rozumowania), czy lokalny (dotyczy jedynie pewnego rodzaju rozumowania). W pierwszym przypadku zmiana rozumowania byłaby warunkiem wystarczającym dla powstania urojeń. W drugim natomiast, częściowa zmiana rozumowania umożliwiałaby zmianę przekonań, ale jedynie w wyniku dłuższego procesu inferencyjnego (byłby to warunek konieczny dla powstania urojeń).

Innym pytaniem, jakie warto w tym kontekście postawić, jest kwestia świadomości zmiany rozumowania — czy pacjent zmienia sposób myślenia na podstawie jakichś wskazówek, czy też takie przekształcenie dokonuje się bez jego wiedzy. Świadomość zmiany rozumowania, czy też kontroli logicznej, jest związana z dwiema umiejętnościami — przyznawaniem zdaniom wartości logicznej i rekonstrukcją rozumowania. Pierwsza z nich jest prostsza — dotyczy orzekania prawdy i fałszu. Druga cechuje się większym stopniem złożoności i wiąże się ze zdolnością rewizji przekonań. Warto przyrzeć się, która z nich może zostać zaburzona w przypadku urojeń.

Określony rodzaj rozumowania jest zwykle utożsamiany z racjonalnością danej jednostki. Kolejny problem stanowi zatem irracjonalność pacjentów urojeniowych. Analiza tego zagadnienia odbywa się w dwóch obszarach — przy badaniu związku przekonań i doświadczenia oraz przy sprawdzaniu relacji pomiędzy przekonaniem (Davies, Coltheart 2000). Takie relacje można sprawdzać na dwóch płaszczyznach: formalnej i materialnej. Przy pierwszej z nich, bada się formę logicznego rozumowania pacjentów urojeniowych (na przykład przedstawiając im do rozwiązania zagadkę logiczną). Druga natomiast dotyczy treści rozumowania i poprawności przesłanek.

3. Zaburzenie rozumowania jako warunek powstania urojenia

Jeśli — zgodnie z teorią racjonalistyczną — urojenie jest skutkiem zaburzenia rozumowania, to takie zaburzenie powinno być albo wystarczającym, albo koniecznym warunkiem powstania urojeń. Globalna zmiana rozumowania mogłaby pełnić rolę warunku wystarczającego. W konkurencyjnym ujęciu zaburzenie rozumowania można by uznać za warunek konieczny. Taką rolę można by przypisywać lokalnemu defektowi rozumowania, który stanowi podstawę zaburzonego myślenia.

3.1. Warunek wystarczający

Przedmiotem teorii, które zakładają, że zaburzenie rozumowania jest warunkiem wystarczającym powstania urojeń, są głównie zmiany podstawowych przekonań uznawanych przez jednostkę i relacji między istniejącymi już przekonaniem.

3.1.1. Zmiana twierdzeń ramowych

Wydaje się, że warunkiem wystarczającym powstania urojeń, może być zmiana twierdzeń ramowych (Campbell 2001; Kapusta 2010; Rhodes, Gipps 2008). Twierdzenia ramowe to podstawowe przekonania danej jednostki, które są podstawą wszelkiego rozumowania (Wittgenstein 1993). Przykłady takich twierdzeń to: „świat istnieje od wielu lat”; „obiekty fizyczne nie znikają, gdy przestanie się na nie patrzeć” oraz wiedza zdobywana w trakcie nauki szkolnej (Wittgenstein 1993). Dotyczą one głównie faktów, które są uznawane przez większość społeczeństwa. Te twierdzenia stanowią punkt odniesienia przy każdym badaniu prawdy i fałszu.

Hipotezy urojeniowe zdają się być przeniesione z obszaru wątpienia i uzyskują status przekonań ramowych. Podstawowe przekonania danej jednostki mogą przyjąć następującą postać: „mój mąż został podmieniony przez kosmitów” czy „jestem martwa” (Kapusta 2010). Stają się one niekwestionowanymi oczywistościami oraz stanowią punkt wyjścia dla innych przekonań. Z tego powodu trudno je odrzucić. Tak jak w przypadku innych przekonań ramowych, nie sposób ich uzasadnić, ponieważ stanowią fundament dla innych przeświadczeń (Rhodes, Gipps 2008; Kapusta 2010).

Zmiana twierdzeń ramowych może prowadzić zatem do powstania urojenia. Taki status przekonań urojeniowych sprawia, że nie tylko stają się one niekwestionowalne, ale też wpływają na znaczenie używanych pojęć (Bayne, Pacherie 2004).

3.1.2. Zaburzenie Tła

Inną teorią, która może wyjaśnić proces powstawania urojeń, jest koncepcja Tła. Tło jest zbiorem zdolności czy dyspozycji, mających charakter niepropozycjonalny, które tworzą podstawę dla percepcji, myślenia i języka (Searle 1983). Jest ono takie samo u większości ludzi i stanowi podstawę przekonań zdroworozsądkowych, charakterystycznych dla danej kultury. Staje się warunkiem wszelkiego rozumowania. W odróżnieniu od twierdzeń ramowych nie stanowi podstawy uzasadnienia akceptowanych twierdzeń.

Wedle tej koncepcji, urojenia są rezultatem zawieszenia lub zmiany podstawowych założeń pre-koncepcyjnych, które zwykle ograniczają tworzenie przekonań i pragnień w obrębie określonych zasad. Wpływają one również na zdolność funkcjonowania w świecie (Kapusta 2010; Rhodes, Gipps 2008). Wynikiem zawieszenia lub przekształcenia podstawowych założeń pre-koncepcyjnych jest skłonność do akceptacji bezpodstawnych lub zadziwiających twierdzeń (Rhodes, Gipps 2008). W takim przypadku zanika również różnica między wyobraźnią i rzeczywistością oraz między świadomością siebie i innych ludzi. Prowadzi to także do zmian w języku. Zaburzeniu podlega sposób rozumienia metafor (Rhodes, Gipps 2008). Zatem zaburzenie Tła — podstawy tworzenia wszelkich przekonań — zdaje się być warunkiem wystarczającym akceptacji zaskakujących twierdzeń, czyli przekonań urojeniowych.

3.1.3. Zaburzenie mechanizmów atrybucyjnych

Wydaje się, że zaburzenie atrybucji może wystarczyć do pojawienia się urojeń. Negatywne myśli osoby A na temat bliskich, które nie są przez nią akceptowane,

mogą być źródłem powstania różnego rodzaju urojeń. Niskie poczucie własnej wartości i obrona przed nim przez eksternalizację winy, prowadzi do uznania, że inni ludzie są negatywnie nastawieni do pacjenta (urojenia prześladowcze) (Davies, Coltheart 2000; Garety, Freeman 1999). Silne negatywne emocje wobec bliskich i świadomość, że te osoby powinny być mimo wszystko kochane, prowadzi do wytworzenia mechanizmu obronnego — uznania, że te emocje nie są żywione względem bliskich, ale podobnych do nich osób (urojenie Capgrasa) (Davies, Coltheart 2000). Wydaje się zatem, że w przypadku urojeń prześladowczych oraz urojenia Capgrasa, pacjent szuka przyczyny swoich doznań poza sobą — ich źródłem są inni ludzie⁶.

Innym rodzajem zaburzenia mechanizmów atrybucyjnych jest zaburzenie mechanizmu monitorowania własnych myśli i działań (Frith 1992, za: Kapusta 2010)⁷. Można je podzielić na dwa podtypy — urojenia braku kontroli (*alien control delusion*) i urojenia nasyłania myśli (*thought insertion delusion*) (Davies, Coltheart 2000). Pierwsze z nich polega na przeświadczeniu, że działania chorego są kontrolowane przez inną osobę. Drugie natomiast objawia się wrażeniem nasyłania myśli z zewnątrz. Oba te urojenia charakteryzują się pasywnością, ponieważ pacjent nie uznaje własnego autorstwa myśli i działań, ale lokuje ich przyczynę w zewnętrznym źródle (Bentall 2006).

Doświadczenie myśli, które zdają się nie być egocentryczne, ale pochodzą z zewnątrz, prowadzi do zaburzenia racjonalności (Gold, Hohwy 2000, za: Kapusta 2010). Pacjent przestaje być inicjatorem swoich myśli i działań. Staje się jedynie ich wykonawcą, co pociąga za sobą dalsze zmiany w przekonaniach i rozumowaniu.

3.1.4. Zaburzenia funkcjonowania wyobraźni

Umiejętność rozróżniania tego, co rzeczywiste, od tego, co wyobrażone (snu od jawy, wspomnienia od wyobrażenia) jest jedną z podstawowych umiejętności, umożliwiających działanie w świecie. Zaburzenie funkcjonowania tej zdolności może prowadzić do uznania wyobrażeń lub halucynacji za rzeczywistość i przyczynić się do powstania urojeń (Slade, Bentall, 1988, za: Rhodes i Gipps 2008; Davies, Coltheart 2000).

Konsekwencją chronicznego zamazania różnicy pomiędzy wyobrażeniem a rzeczywistością jest stworzenie świata psychotycznego, który, z biegiem czasu, coraz łatwiej pomylić ze światem realnym. Chory jest jedynie zdolny do wyobrażenia sobie świata urojonego. Pacjent może przezwyciężyć chorobę dopiero wówczas, gdy zakwestionuje jego realność (Kępiński 2001). Zaburzenie funkcjonowania wyobraźni ma bardzo poważne konsekwencje i może z łatwością prowadzić do powstania urojeń.

3.2. Warunek wystarczający — kontrargumenty

Żadna z powyższych teorii nie wyjaśnia procesu powstawania urojeń. Poniżej przedstawione zostaną kontrargumenty, które uwidoczniają defekty tych koncepcji.

⁶W przeciwieństwie do urojenia Capgrasa, przy urojeniu Cotarda pacjent szuka przyczyny zmiany afektu w samym sobie. W tym przypadku występuje globalna zmiana afektu (jego spłylenie, które może być skutkiem silnej depresji) (Debruyne, Portzky, Peremans, Audenaert 2011). Ponieważ zmiana doznań pacjenta ma charakter stały — nie dotyczy jedynie reakcji na konkretne osoby — dochodzi on do wniosku, że przyczyną tej zmiany jest on sam. W ten sposób dochodzi do przeświadczenia, że jest martwy.

⁷Urojenia tego typu są przede wszystkim związane ze schizofrenią.

3.2.1. Ad. Zmiana twierdzeń ramowych

Pomimo wielu podobieństw, przekonania urojeniowe różnią się bardzo od twierdzeń ramowych. Trzeba przy tym zaznaczyć, że koncepcja twierdzeń ramowych nie doczekała się szczegółowych analiz w żadnym z dzieł Wittgensteina. Uwagi z *O pewności* (Wittgenstein, 1993) pozwalają jednak wyróżnić kilka ich ważnych cech.

Po pierwsze, twierdzenia ramowe są podobne lub takie same u większości ludzi. Na przykład dzięki temu, że ludzie uznają, że krzesła nie znikają, kiedy nie są przedmiotem percepcji, mogą na nich usiąść bez przyglądania się im. W przeciwieństwie do twierdzeń ramowych, przekonania urojeniowe są bardziej zindywidualizowane (Kapusta 2010). Są na przykład związane z poczuciem odrealnienia. Co więcej, pacjenci urojeniowi często uznają swoje przekonania za absurdalne i dziwią się, że ktokolwiek inny mógłby je zaakceptować (Bayne, Pacherie 2004; Davies, Coltheart 2000). Na przykład, człowiek, który twierdzi, że jego żona została podmieniona, ma zwykle świadomość, że zdanie to brzmi absurdalnie. Dowodzi to, że przekonania urojeniowe nie są przyjmowane z taką samą oczywistością, jak podstawowe przekonania na temat świata.

Po drugie, twierdzenia ramowe dotyczą głównie działań i sposobu funkcjonowania w świecie. W odróżnieniu od urojeń nie są konsekwencją rozważań, lecz są przyjmowane mimowolnie (Campbell 2001; Rhodes, Gipps 2008). Co więcej, twierdzenia ramowe są na tyle podstawowymi prawdami, że nie są zwykle wypowiedane, a często nawet nie są uświadamiane (Rhodes, Gipps 2008; Wittgenstein 1993). Nie trzeba na przykład zastanawiać się, czy książki znikają po włożeniu ich do szuflady. Z przekonaniem urojeniowym jest odwrotnie — zwykle są wypowiedane wprost, ale niekoniecznie stają się podstawą działań (Bayne, Pacherie 2004). Na przykład pacjent, który twierdzi, że jego żona została porwana, nie zaczyna jej szukać.

Po trzecie, twierdzenia ramowe stanowią całą sieć zdań (Wittgenstein 1993). Przekonania urojeniowe natomiast, szczególnie w urojeniach monotematycznych, są często odizolowane i nie stanowią, w przeciwieństwie do twierdzeń ramowych, centrum przekonania danej jednostki. Zwykle nie są również fundamentem innych przekonań i działań (Bayne, Pacherie 2004; Kapusta 2010).

Po czwarte, prawdopodobnie twierdzenia ramowe osób urojeniowych są takie same jak u innych osób. Gdyby tak nie było, urojenia stałyby się całkowicie niezrozumiałe, a zwykle tak nie jest (Kapusta 2010). Gdyby pacjent podważył na przykład twierdzenia ramowe dotyczące istnienia świata, innych ludzi czy krzesel i postępował w sposób zgodny z przekonaniem, nie mógłby usiąść, czy zacząć rozmowy z psychiatrą.

Urojenia, podobnie jak twierdzenia ramowe, nie podlegają uzasadnieniu. Gdyby koncepcja twierdzeń ramowych została doprecyzowana, można by poszukiwać dowodów na to, że powstanie urojeń wiąże się ze zmianą twierdzeń ramowych. Jednak obecna forma koncepcji twierdzeń ramowych nie wyjaśnia procesu powstawania urojeń.

3.2.2. Ad. Zaburzenie Tła

Jeśli Tło ma stanowić bazę dla wszelkiego rozumowania, to jego zmiana pociągałaby za sobą dużą zmianę w obszarze konceptualnym. Zaburzenie Tła skutkowałoby całościowym zaburzeniem procesu powstawania przekonań.

Jednak z łatwością można dostrzec, że gdyby przyczyna powstawania przekonań miała charakter globalny, to różnorodność typów i treści urojeń byłaby o wiele większa (Gold, Hohwy 2000, za: Kapusta 2010). Tymczasem urojenia mają często podobną treść. Urojenia monotematyczne dotyczą głównie bliskich osób, zwierząt i obiektów

(z którymi pacjent ma silny emocjonalny związek) (Bayne, Pacherie 2004). Przy silnym zaburzeniu podstawy tworzenia przekonań, prawdopodobnie nie istniałaby możliwość wyszczególnienia grup treści urojeniowych.

Co więcej, w urojeniach monotematycznych, dotychczasowa sieć przekonań pacjenta nie zostaje zmieniona, a przekonanie urojeniowe zostaje od niej odizolowane (Stone, Young 1997). Nie dochodzi tym samym do analizy hipotezy urojeniowej wewnątrz systemu, jak to bywa w przypadku niezaburzonego rozumowania, w którym zmiana ważnego przekonania pociąga za sobą szereg zmian w innych przekonaniach (Campbell 2001; Wittgenstein 1993). Zmiana sposobu rozumowania nie musi zatem dotyczyć całego systemu przekonań, a taka miałaby miejsce przy zaburzeniu Tła.

Zaburzenie rozumowania u osób urojeniowych ma zatem charakter częściowy, a nie globalny (Davies, Coltheart 2000). Koncepcja Tła nie wyjaśnia procesu powstawania urojeń.

Warto również podkreślić, że koncepcja Tła nie jest jasna. Sam Searle próbuje ją wyjaśnić za pomocą przykładu, w którym jedna osoba prosi drugą o przycięcie trawy (Searle 1995, za: Rhodes, Gipps 2008). Naturalną reakcją na taką prośbę jest wzięcie kosiarki. Gdy natomiast ktoś zaczyna ścinać trawę nożyczkami, można stwierdzić, że nie działa wedle tych samych reguł co większość społeczeństwa. Tak samo można zareagować, gdy zacznie on obcinać nie tylko trawnik przed domem, ale i dziko rosnącą trawę na łące. Tło umożliwia umiejscowienie sytuacji w odpowiednim kontekście i właściwą reakcję.

Taka interpretacja tej koncepcji podważa prawdziwość tezy, zgodnie z którą Tło jest strukturą niepropozycjonalną. Stwierdzenie, że trawę kosi się zwykle na swoim terenie za pomocą kosiarki, przypomina raczej twierdzenie ramowe, które jest podstawą określonych działań. Jeśli zatem Tło można związać ze zbiorem twierdzeń (niekoniecznie uświadamianych), to nie różniłoby się niczym, lub różniło niewiele, od twierdzeń ramowych. Tym samym, ta koncepcja byłaby narażona na zarzuty, które zostały przedstawione w poprzednim podrozdziale.

3.2.3. Ad. Zaburzenie mechanizmów atrybucyjnych

Teoria, która odwołuje się do zaburzenia mechanizmów atrybucyjnych może wyjaśniać jedynie niektóre rodzaje urojeń. Co więcej, każde z doświadczeń, wiążących się z zaburzeniem mechanizmów atrybucyjnych, klóci się z codziennym przeżywaniem świata, które powinno pozostać w pamięci pacjenta. Nasyłanie myśli mógłby on uznać za omam słuchowy, a brak emocjonalnego związku z bliską osobą za zaburzenie układu limbicznego. Tak dużej zmiany w przekonaniach, nie da się wyjaśnić jedynie poprzez odniesienie do mechanizmów monitorowania myśli i działań.

3.2.4. Ad. Zaburzenia funkcjonowania wyobraźni

O ile u wielu pacjentów z urojeniami łatwo można zauważyć, że uznają oni swój wyobrażony świat za rzeczywisty, o tyle nie można stwierdzić, że jest to tendencja uniwersalna. Często pacjenci urojeniowi zachowują się bowiem tak, jakby nie traktowali swoich urojeń za realne (Sass 1994, za: Stone, Young 1997). Świadczy o tym fakt, że mówią czasem o nich w sposób ironiczny lub jednocześnie sądzą, że są one czymś ważnym, ale i nierealnym. Na przykład pacjent, który z uporem twierdzi, że lekarz chce go otruć, nie sprzeciwia się zażyciu rzekomej trucizny.

Co więcej, nie wszystkie urojenia są wynikiem halucynacji lub pojedynczego wyobrażenia. Zaburzenie funkcjonowania wyobraźni nie może być zatem uznawane za

uniwersalną przyczynę w procesie powstawania urojeń.

3.3. Warunek konieczny

Przedmiotem teorii, które przyjmują, że zaburzenie rozumowania jest warunkiem koniecznym powstania urojeń, są głównie zmiany związku między przekonaniem a doświadczeniem, zaburzenia wnioskowania, które czerpią materiał z zastanej wiedzy i obserwacji, podatność przekonania na rewizję oraz związek przekonania i działań.

3.3.1. Zaburzenie mechanizmu wnioskowania

Pacjenci urojeniowi wykazują tendencję do szybkiego przeskoku z małej ilości przesłanek do konkluzji. Zebranie zbyt małej ilości dowodów, które potwierdzałyby jakąś hipotezę, może prowadzić do pochopnej akceptacji niewłaściwego sądu (Garety, Freeman 1999). Zaburzenie rozumowania probabilistycznego i indukcyjnego u dużej części pacjentów urojeniowych prowadzi wręcz do przyjęcia konkluzji na podstawie jednej przesłanki (która obiektywnie może być informacją neutralną) (Bentall, Kinderman 1998, za: Davies, Coltheart 2000). Na przykład, niewielka zmiana w zachowaniu współmałżonka, może doprowadzić pacjenta do wniosku, że jest on zdrazczy.

Taki proces rozumowania prowadzi do przyjęcia nawet bardzo niezwykle i nieuzasadnionych hipotez urojeniowych.

3.3.2. Brak harmonii między zasadą konserwatyzmu i zasadą obserwacyjnej adekwatności

W procesie powstawania przekonania biorą udział dwie zasady — konserwatyzmu i obserwacyjnej adekwatności (Fodor 1989, za: Stone, Young 1997). Zgodnie z pierwszą z nich rewizja przekonania wymaga zachowania ostrożności. Druga zasada głosi, że w procesie formowania przekonania należy brać pod uwagę dane obserwacyjne. Dzięki harmonii obu tych zasad możliwe jest jednoczesne zachowanie spójności poglądów oraz zgodność przekonania z obserwacjami. Obie te zasady działają przeciwstawnie i niezależnie względem siebie (Fodor 1989, za: Stone, Young 1997).

Wydaje się, że u pacjentów urojeniowych występuje brak równowagi pomiędzy tymi zasadami. Zasada obserwacyjnej adekwatności staje się ważniejsza — dane obserwacyjne i doznania odznaczają się o wiele większą wiarygodnością niż dotychczasowa wiedza oraz przekonania (Stone, Young 1997; Campbell 2001). Za przykład może posłużyć urojenie Capgrasa, w którym doznania afektywne są dla pacjenta ważniejsze niż dotychczasowe przeświadczenia dotyczące bliskiej mu osoby (Stone, Young 1997).

Takie funkcjonowanie pacjentów urojeniowych umożliwia przyjęcie przez nich hipotez niezgodnych z dotychczasowymi przekonaniem i zastaną wiedzą.

3.3.3. Odporność na rewizję

Racjonalność zakłada umiejętność krytycznej analizy swoich przekonania. Brak umiejętności korekty hipotez w świetle zastanej wiedzy i nowych informacji jest cechą charakterystyczną pacjentów urojeniowych (Kapusta 2010; Bortolotti 2010). Krytycyzm wobec własnych objawów chorobowych stanowi wręcz warunek wyjścia z psychozy (Kępiński 2001).

Chory uznaje swoje twierdzenia za prawdziwe, nawet wówczas, gdy przedstawi się mu poważne racje przeciwko jego twierdzeniu (Rhodes, Gipps 2008). Nie przekonują go też żadne racjonalne argumenty (Kapusta 2010). Pacjentowi z urojeniem Capgrasa nie

wystarczy na przykład to, że „intruz”, który przybył po porwaniu jego współmałżonka, posiada te same wspomnienia, co ów współmałżonek.

Przekonania urojeniowe są odporne na rewizje i wykazują dużą stabilność (Kapusta 2010). Można stąd wyciągnąć wniosek, że u pacjentów urojeniowych dochodzi do zaburzenia umiejętności rekonstrukcji przeprowadzonego przez nich rozumowania. Taki sposób myślenia umożliwia podtrzymywanie twierdzeń urojeniowych.

3.3.4. Niespójność przekonań i działań

Racjonalnym nazywamy działanie, które jest spójne z przyjmowanymi przekonaniami. U wielu pacjentów urojeniowych można zauważyć brak tej cechy. Wyraźnym przykładem jest urojenie Capgrasa. Pacjent, który twierdzi, że jego bliski został podmieniony, nie stara się zmienić tego stanu. Nie zgłasza zaginięcia na policję i żyje dalej ze swoim „podmienionym współmałżonkiem” (Davies, Colheart 2000; Kapusta 2010; Stone, Young 1997). W przypadku takich osób zdarzają się wybuchy agresji, które są skierowane przeciwko domniemanemu intruzowi, podszuwającemu się za współmałżonka (mniej więcej w co piątym przypadku zaburzenia). Zwykle nie dochodzi jednak do próby pozbycia się „oszust” z mieszkania oraz odszukania „porwanej osoby”. Taki pacjent nie wykazuje żadnej inicjatywy, która mogłaby doprowadzić do odnalezienia prawdziwego małżonka i zmiany istniejącego stanu rzeczy. Niespójność myśli i działań zdaje się być zatem jedną z cech towarzyszących urojeniom.

3.4. Warunek konieczny — kontrargumenty

Przedstawione powyżej teorie nie są w stanie wyjaśnić procesu powstawania urojeń. Żadna z opisanych cech myślenia nie jest bowiem związana jedynie z zaburzonym myśleniem. Przywołane defekty rozumowania można zauważyć również u osób, u których nie występują zaburzenia w myśleniu.

3.4.1. Ad. Zaburzenie mechanizmu wnioskowania

Tendencja do szybkiego przeskoku od przesłanek do wniosku nie musi być skorelowana z urojeniowością (Mortimer, in. 1996, za: Rhodes, Gipps 2008). Często nie pojawia się ona u pacjentów urojeniowych (Garety, Hemsley, Wessely 1991, za: Rhodes, Gipps 2008). Co więcej, u pacjentów nie przejawiających żadnych zaburzeń, można zauważyć taką tendencję. Przyczyną zbyt pochopnego wnioskowania może być na przykład niepokój czy zdenerwowanie (Garety, in. 1991, za: Rhodes, Gipps 2008; Stone, Young 1997).

Szybki przeskok z przesłanek do wniosku może być związany z przejściem od rozumowania na poziomie materialnym do rozumowania na poziomie formalnym. Problem na tej płaszczyźnie dotyczy również ludzi zdrowych, którzy przy rozwiązywaniu zagadki logicznej o odpowiednio dobranej treści, zwykle nie rozumują w sposób logicznie poprawny.

Nawet gdyby można było dojść do wniosku, że u większości osób z urojeniami zaburzone jest rozumowanie indukcyjne, to nie można by powiedzieć, że rozumują oni w sposób nielogiczny. Zdolność rozumowania dedukcyjnego jest u nich nienaruszona (Stone, Young 1997). Zaburzenie racjonalności, które zarzuca się pacjentom urojeniowym, nie jest zatem uzasadnione.

3.4.2. Ad. Brak harmonii między zasadą konserwatyzmu i zasadą obserwacyjnej adekwatności

Zasada obserwacyjnej adekwatności, nawet jeśli jest traktowana w sposób uprzywilejowany, nie tłumaczy tworzenia zadziwiających hipotez urojeniowych (Stone, Young 1997). Doświadczenie wymaga wyjaśnienia, doznanie afektywne można interpretować na kilka różnych sposobów. Sama zasada nie objaśnia, dlaczego taka, a nie inna hipoteza (na przykład o podmienieniu współmałżonka) jest przyjmowana przez wiele różnych osób.

Co więcej, w życiu codziennym i w teoriach naukowych, występują twierdzenia, które nie przystają do zastanej wiedzy, a jednocześnie uznaje się je za prawdziwe (Stone, Young 1997). Jeśli na przykład jakaś teoria fizyczna wyjaśnia część zjawisk, a nie da się jej pogodzić z innymi teoriami, to jest mimo wszystko przyjmowana. Naukowcy poszukują potem teorii pomostowej, która umożliwi wyjaśnienie związku pomiędzy nimi. Przewaga zasady obserwacyjnej adekwatności nad zasadą konserwatyzmu, nie musi mieć zatem charakteru patologicznego.

3.4.3. Ad. Odporność na rewizje

Wydaje się, że często urojenie nie jest efektem rozumowania. Pacjent „po prostu coś wie” (Rhodes, Gipps 2008). W takim przypadku przekonania stają się odporne na wszelkie argumenty. Jeśli bowiem do jakiegoś przeświadczenia nie doszło się na drodze rozumowej, to trudno je obalić za pomocą argumentów. Jednakże, osoby, które nie cierpią na żadne zaburzenia, również akceptują niektóre przekonania nieopierające się na racjonalnych przesłankach. Wiele twierdzeń, które są akceptowane przez ludzi, nie jest skutkiem wnioskowania, ale pojawia się samoistnie (bądź pozornie samoistnie). Autor takiego przeświadczenia nie potrafi go wtedy uzasadnić; często również nikt nie wymaga od niego takiego uzasadnienia.

W przypadku normalnego rozumowania również może występować opór wobec racjonalnych argumentów. Osoba może uznawać za prawdziwe twierdzenie A, ale nie uznawać twierdzenia B, chociaż jednocześnie zdaje sobie sprawę, że A implikuje B (Davies, Coltheart 2000). Taka odporność na rewizje nie może być zatem przypisywana jedynie pacjentom urojeniowym, ale występuje również u ludzi, u których proces myślenia nie jest zaburzony.

3.4.4. Ad. Niespójność przekonań i działań

Żadne działanie nie jest jednoznacznie związane z jakimś przekonaniem (Williams 1970, za: Stone, Young 1997). Jeśli dana osoba mówi coś, co jest niezgodne z jej działaniem, istnieje możliwość, że nie ujawnia swoich przekonań lub ma inny plan działania, niż można sądzić. Co więcej, manifestacja przekonań zależy od okoliczności — pacjent może wstrzymać się od określonych działań w obawie przed negatywnymi konsekwencjami ze strony otoczenia (Quine 1990, za: Stone, Young, 1997). Po przeprowadzeniu analizy szerszego kontekstu sytuacji, niespójność przekonań i działań w urojeniu Capgrasa może okazać się zatem pozorna.

4. Czy pacjenci urojeniowi są irracjonalni?

Powyższe kontrargumenty pokazują, że zaburzenia rozumowania, jakie można zaobserwować u pacjentów urojeniowych, występują również u osób, których myślenie

nie podlega zaburzeniom. Rodzi się zatem pytanie: Czy osoby z urojeniami są irracjonalne i jakiej racjonalności od nich oczekujemy?

Pierwszym rodzajem racjonalności, jaki warto rozważyć, jest racjonalność logiczna (proceduralna). Wiąże się ona ze spójnością przekonań oraz wnioskowaniem indukcyjnym i dedukcyjnym (Kapusta 2010a). W świetle przywołanych argumentów łatwo zauważyć, że u pacjentów urojeniowych ten rodzaj racjonalności może być zaburzony, ale nie musi. Co więcej, często zauważa się, że pacjenci ze schizofrenią rozumują bardzo logicznie, a przechodzenie testów logicznego wnioskowania wychodzi im nierzadko lepiej niż osobom zdrowym (Garety, Hemsley 1997, za: Kapusta 2010a). Aspekt formalny rozumowania pozostaje zatem często w normie.

Drugim rodzajem racjonalności, jaki warto wziąć pod uwagę, jest racjonalność epistemiczna. Polega ona na właściwej ocenie wiarygodności dowodów oraz spójności przekonań i ich rewizji pod wpływem nowych informacji (Bortolotti 2009, za: Kapusta 2010a). Tych wymogów pacjenci urojeniowi zazwyczaj nie spełniają (Gerrans 2000, za: Bortolotti, 2010). Jest to związane z zaburzeniem rozumowania na poziomie materialnym (treściowym) oraz związkiem między rozumowaniem na poziomie formalnym i materialnym. W analizach urojeń nawiązuje się również do racjonalności „doświadczeniowej” (*experiential*) (Gold, Hohwy 2000, za: Kapusta 2010a). Łączy się ona głównie z poczuciem sprawczości i odniesieniem do świata. Brak tego rodzaju racjonalności można często zauważyć u pacjentów urojeniowych.

Przyjmując określoną definicję racjonalności, można odpowiedzieć na pytanie, czy osoby z urojeniami wykazują ją, czy nie. Nie można jednak stwierdzić, że są oni całkowicie irracjonalni.

5. Podsumowanie

W artykule zostały przedstawione wątki związane z formalnym aspektem urojeń — sposobami rozumowania i wnioskowania, jakie występują u pacjentów urojeniowych. Dokonano prezentacji argumentów, które dowodzą, że zmiany w rozumowaniu są warunkiem wystarczającym i koniecznym powstania urojeń oraz zrekonstruowano odnoszące się do nich kontrargumenty. Pod koniec postawione zostało pytanie o racjonalność osób z urojeniami.

Analiza rozumowań osób z urojeniami prowadzi do wniosku, że różnica pomiędzy ich myśleniem a myśleniem zwykłych ludzi ma charakter ilościowy, a nie jakościowy. Defekty rozumowania u osób bez zaburzeń myślenia przyjmują lżejszą formę, nie są tak długotrwałe i mają mniejszy wpływ na sposób funkcjonowania w świecie i społeczeństwie. Z tej perspektywy można stwierdzić, że tym, co powoduje powstanie urojeń, jest zmiana rozumowania, choć pojmowana nie tak drastycznie, jak zwykle się uważać. Zaburzeniu ulega zwykle rozumowanie na poziomie materialnym (semantycznym), a nie formalnym (syntaktycznym). Problemem w tej zmianie jest głównie konflikt treściowy pomiędzy poglądami, które są przyjmowane przez pacjenta.

Z powyższych rozważań można wyciągnąć jednak dwa istotne wnioski, dotyczące charakterystycznych cech rozumowania osób z urojeniami. Pierwszy z nich odnosi się do kontroli logicznej, a dokładnie do umiejętności rekonstrukcji rozumowania. O ile u osób bez zaburzeń myślenia ta umiejętność jest podatna na zniekształcenia (co wiąże się między innymi z zawodnością pamięci), to u osób z urojeniami działa w o wiele bardziej wadliwy sposób (co wiąże się z ograniczoną możliwością rewizji przekonań). Być może właśnie to sprawia, że sprzeczne przekonania, generowane przez niekontrolowane procesy

inferencji, zostają zaakceptowane, co w ostateczności prowadzi do wytworzenia się urojenia. Drugi wniosek dotyczy konfliktu treściowego, jaki występuje w przekonaniach pacjentów. Dość często są zdolni do akceptacji dwóch sprzecznych przekonań.

Przypisanie pacjentom urojeniowym racjonalności bądź nieracjonalności zależy zatem od przyjmowanej koncepcji racjonalności. Nie ulega wątpliwości, że ich rozumowanie przebiega w inny sposób niż u ludzi bez zaburzeń. Jednak wydaje się, że to nie sama forma przekonań stanowi o istocie urojenia. W celu jej odkrycia należy podjąć szersze i wielowątkowe badania.

Literatura

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Text Revision (DSM-IV-TR).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition (DSM-V).
- Bayne, T., Pacherie, E. (2004). Bottom up or top down? *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 11 (1), 1–11.
- Bentall, R. (2006). Madness Explained: Why We Must Reject the Kraepelinian Paradigm and Replace It with a ‘Complaint-orientated’ Approach to Understanding Mental Illness. *Medical Hypotheses* 66, 220–233.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. (1998). Psychological Processes and Delusional Beliefs: Implications for the Treatment of Paranoid States. W: Wykes, T., Tarrier, N., Lewis, S. (red.) *Outcome and Innovation in the Psychological Treatment of Schizophrenia*. Chichester: John Wiley and Sons, s. 119–144.
- Berrios, G. E. (1991). Delusions as ‘Wrong Beliefs’: a Conceptual History. *British Journal of Psychiatry* 159, 6–13.
- Bortolotti, L. (2009). *Delusions and Other Irrational Beliefs*. Oxford: Oxford University Press.
- Bortolotti, L. (2010). Delusion, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Zalta, E.N. (red.), <http://plato.stanford.edu/archives/fall2010/entries/delusion/> (dostęp z dnia 2.09.2012).
- Campbell, J. (2001). Rationality, Meaning and the Analysis of Delusion. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 8, 89–100.
- Capgras, J., Reboul-Lachaw, J. (1923). L’illusion des ‘sosies’ dans un délire systématisé chronique. *Bulletin de la Société Clinique et Médecine Mentale* 11, 6–16.
- Cotard, J. (1882). Du délire des négations aux idées d’énormité. *Archives de Neurologie* 4, 152–170.
- Currie, G., Jureidini, J. (2001). Delusions, Rationality, Empathy. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 8, 159–162.
- David, D., Lynn S.J., Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs*. Oxford: Oxford University Press.
- Davies, M., Coltheart, M. (2000). Introduction. Pathologies of Belief. *Mind and Language* 15, 1–46.
- Debruyne, H., Portzky, M., Peremans, K., Audenaert, K. (2011). Cotard’s Syndrome. Mind and Brain. *The Journal of Psychiatry* 2, 67–72.
- Fodor, J. (1989). *The Theory of Content and Other Essays*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Forstl, H., Almeida, O.P., Owen, A.M., Burns, A., Howard, R. (1991). Psychiatric, Neurological and Medical Aspects of Misidentification Syndromes: A Review of 260 Cases. *Psychological Medicine* 21, 905–910.

- Frith, C. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove-Hillsdale: Lawrence Earlbaum.
- Gallagher, S. (2009). Delusional Realities. W: Broome, M. R., Bortolotti, L. (red.) *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, s. 245–268.
- Garety, P., Freeman, D. (1999). Cognitive Approaches to Delusions: A Critical Review of Theories and Evidence. *British Journal of Clinical Psychology* 38, 113–54.
- Garety, P., Hemsley, D. (1997). *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*. Hove: Psychology Press.
- Garety, P., Hemsley, D., Wessely, S. (1991). Reasoning in Deluded Schizophrenic and Paranoid Patients: Biases in Performance on a Probabilistic Inference Task. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 194–201.
- Gerrans, P. (2000). Refining the Explanation of the Cotard Delusion. *Mind and Language* 15, 111–122.
- Gold, I., Hohwy, J. (2000). Rationality and Schizophrenic Delusion. *Mind and Language* 15, 146–167.
- Grzywa, A., Gronkowski, M. (2010). Urojenia — zaburzenia treści myślenia. *Current Problems of Psychiatry* 11, 67–76.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*, trans. J. Hoenig, M. W. Hamilton, Chicago: University of Chicago Press.
- Johnstone, E., Cooling, N., Frith, C., Crow, T., Owens, D. (1988). Phenomenology of Organic and Functional Psychoses and the Overlap between Them. *British Journal of Psychiatry* 153, 770–776.
- Kapusta, A. (2010). *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kapusta, A. (2010a). Racjonalność szaleństwa. Filozoficzne dyskusje wokół współczesnych koncepcji urojeń. W: Drozdowicz, Z. (red.) *O racjonalności w nauce i życiu społecznym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 35–44.
- Kępiński, A. (2001). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Mortimer, A., M., Bentham, P., McKay, A.P., Quemada, I., Clare, L., Eastwood, N., McKenna, P. (1996). Delusions in Schizophrenia: A Phenomenological and Psychological Exploration. *Cognitive Neuropsychiatry* 1, 289–303.
- Quine, W.V.O. (1990). *The Pursuit of Truth*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rhodes, J., Gipps, R. (2008). Delusions, Certainty, and the Background. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 15 (4), 295–310.
- Sass, L.A. (1994). *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Schwitzgebel, E. (2014). Belief, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2014 Edition), Zalta, E.N (red.), <http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/belief/>.
- Searle, J. (1983). *Intentionality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Searle, J. (1995). *The Construction of Social Reality*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
- Slade, P.D., Bentall, R.P. (1988). *Sensory Deception: Towards a Scientific Analysis of Hallucinations*. London: Croom Helm.
- Stephens, G.L., Graham, G. (2006). The Delusional Stance. W: Cheung Chung, M., Fulford, W., Graham, G. (red.) *Reconceiving Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, s. 193–216.
- Stone, T., Young, A.W. (1997). Delusions and Brain Injury: the Philosophy and Psychology of Belief. *Mind and Language* 12, 327–364.

- Wallis, G. (1986). Nature of the Misidentified in the Capgras Syndrome. *Bibliotheca Psychiatrica* 164, 40–48.
- Williams, B. (1970). *Problems of the Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wittgenstein, L. (1993). *O pewności*, tłum. M. Sady, W. Sady, Warszawa: Aletheia.

Cognitive Theories of Delusions about Rationality of Delusions

ADRIANNA SMURZYŃSKA
Jagiellonian University

Abstract. *The subject of this article is the formal aspect of delusions — reasoning and inference. The Author describes cognitive theories of delusions and focuses on top-down theories. She presents their pros and cons. She asks also for rationality of deluded persons, concerning different concepts of delusions.*

Keywords: *delusions, reasoning, rationality, cognitive theories of delusions*