



Hubert Wichowicz

Lekarz psychiatra,
obecnie zatrudniony
w Gdańskim
Uniwersytecie
Medycznym, Akademii
Pomorskiej w Słupsku
oraz w Poradni Zdrowia
Psychicznego w Żukowie.
Zainteresowania
zawodowe to m.in.
zaburzenia psychiczne
w chorobach
neurologicznych,
a ostatnio także pamięć
autobiograficzna
i złudzenia optyczne.
W chwilach wolnych
najchętniej słucha
muzyki.

Czy warto, żeby psychiatra czytał XIX-wieczny podręcznik psychologii?

Is it worthy for psychiatrist to read the nineteenth century psychology textbook?

Hubert M. Wichowicz^{1,2}, Anna Rybak-Korneluk²

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku
Kierownik: dr hab. n. med. Przemysław Kowiański

² Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny
Kierownik: dr hab. n. med. Wiesław Cudała

STRESZCZENIE

Teorie Williama Jamesa obecnie przeżywają renesans, a ich zastosowanie dotyczy nie tylko psychologii, ale i psychiatrii. W prezentowanym artykule przedstawiono przykłady aktualności teorii Jamesa dotyczących badań emocji, pamięci i uwagi. W zakresie emocji częstokroć wykiwana teoria Jamesa–Langego, wskazująca na niezbędność somatycznych przejawów lęku w wytworzeniu i odczuciu emocji, w sposób zadziwiająco trafny tłumaczy wiele stanów patologicznych (życie uczuciowe ludzi z zespołem zamknięcia, z idiopatyczną ortostatyczną hipotonią, patofizjologią napadów lękowych) i fizjologicznych. W zakresie pamięci James zaproponował jej podział (zgodny ze współczesnym) na pierwotną i wtórną. Był też prekursorem badań nad pamięcią operacyjną i jako pierwszy oszacował jej zakres. Ponadto przewidział asocjacyjny charakter pamięci. Jako jeden z pierwszych badał pamięć autobiograficzną i słusznie podejrzewał jej powiązanie z emocjami oraz motywacją. Nawet pogląd o możliwości wytwarzania się „blizn w mózgu” pod wpływem stresu jest, w świetle współczesnej wiedzy o atrofii niektórych struktur (zwłaszcza hipokampu) po przeżyciu urazu psychicznego, niemalże proroczy. Zaproponowany przez Jamesa podział uwagi na mimowolną (dół–góra) i wolicjonalną (góra–dół) stał się paradygmatem współczesnych badań nad mózgiem, a jego zakres sięga nawet najnowszych koncepcji schizofrenii. Wobec trafności i dalekosiężnych skutków częstokroć prostych spostrzeżeń Jamesa jego dorobek naukowy zasługuje na szersze rozpowszechnienie wśród psychiatrów, zwłaszcza w Polsce, gdzie jego znajomość pozostaje nikła.

Słowa kluczowe: William James, emocje, pamięć, uwaga, historia psychiatrii

NAJWAŻNIEJSZE

Poglądy naukowe Williama Jamesa w świetle obecnej wiedzy o mózgu są zaskakująco współczesne. Zasługują one na większą znajomość wśród psychiatrów.

HIGHLIGHTS

William James scientific ideas in the light of current knowledge about the brain are surprisingly modern. They deserve a greater presentation among psychiatrists.

ABSTRACT

The William James' theories experience a renaissance; there are used not only in psychology but also in psychiatry. The article presents examples of James' up-to-date theories on the research of emotions, memory and attention. In emotions, the ridiculed James–Lange's theory, indicating the somatic manifestations of anxiety in the production and perception of emotions, is surprisingly accurately explaining many physiological and pathological conditions (emotional life of people with locked-in syndrome, idiopathic orthostatic hypotension, panic disorder' pathophysiology). In memory, James suggested distinction between the primary and secondary, congruous with the contemporary differentiation. As the precursor he was the first who estimated working memory' range. He predicted the associative nature of memory, its relationship with emotions and motivation and investigated autobiographical memory beforehand. Even the idea of "scars on the brain" occurring under stress, in the light of knowledge about the atrophy of certain brain structures (the hippocampus) after trauma is prophetic. In attention, the division into involuntary (bottom–up) and voluntary (top–down) proposed by James is the paradigm of modern brain research with scope reaching the latest concepts of schizophrenia. In view of the relevance and far-reaching consequences of his observations, the scientific achievements of James deserves greater prevalence among psychiatrists, especially in Poland, where its knowledge is dim.

Key words: William James, emotions, memory, attention, history of psychiatry

WSTĘP

„Bo medycyna to jest kompendium kolejnych i sprzecznych błędów lekarzy, tak iż wzywając najlepszych, mamy wielką szansę odwołania się do prawdy mającej być uznaną za fałsz kilka lat później” – stwierdził ok. 100 lat temu Marcel Proust [1]. Lektura doniesień medycznych sprzed kilkudziesięciu lat niejednokrotnie budzi zażenowanie, a posługiwanie się nimi w praktyce lekarskiej (czy też naukowej) nie wróży sukcesu, jeżeli wręcz nie doprowadzi wprost do popełnienia błędu lekarskiego.

Od reguły tej odstępstwo stanowią tylko największe autorytety, których zmysł obserwacji możemy czasami nawet i po wielu latach podziwiać. Rzadko jednak mamy do czynienia z nagromadzeniem aż tak znacznej liczby idei, eksperymentów czy sugestii niemalże proroczych jak w przypadku dorobku Williama Jamesa. Nie jest on jednak autorem, który przedarł się do świadomości zbiorowej w takim stopniu jak chociażby Zygmunt Freud czy Karol Gustaw Jung. Co więcej, nawet w podręcznikach psychiatrii traktuje się go gorzej niż ojców psychoanalizy. Jednak o ile znajomość dzieła Jamesa wśród psychologów jest na dobrym poziomie, o tyle wśród psychiatrów pozostaje ona niska. Zresztą nie tylko w Polsce. Przykładowo w opracowaniu na temat historii psychiatrii XX w. pod redakcją Hugh Freemana [2], w części o badaczach dziewiętnastowiecznych, którzy wpłynęli na psychiatrię następnego wieku, Jamesa wymieniono zaledwie raz. I to tylko jako... stronnika Clifforda Bearsa, cierpiącego na chorobę afektywną założyciela ruchu higieny umysłowej. Aby udowodnić, iż Bears miał poparcie autorytetu, będącego w końcu luminarzem nauki, wymieniono najważniejsze dzieła Jamesa: *Principles of Psychology* i *Varieties of Religious Experience*.

Na tym, według wspomianej pracy, kończy się wpływ Jamesa na naukę XX w. Jakby autorzy nie wiedzieli, iż jego teorie – czasami przez następne pokolenia zapomniane bądź wręcz wykpione – po latach okazywały się prawidłowo oddawać psychologiczną rzeczywistość. Teraz przeżywają renesans, a ich zastosowanie dotyczy nie tylko psychologii, ale i psychiatrii [3]. W prezentowanym artykule chcielibyśmy przedstawić przykłady dotyczące emocji, pamięci i uwagi.

EMOCJE

Zacznijmy od czegoś, co jest na pozór najbardziej sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem: teorii (czy też hipotezy) Jamesa–Langego. W 1884 r. w artykule *What is an Emotion?* James zasugerował, iż człowiek odczuwający emocje, np. strach, odczuwa je m.in. z powodu swoich somatycznych reakcji na nie¹ [4]. Rok później w zbliżonym duchu wypowiedział się psycholog duński Carl Lange (stąd nazwa teorii). Przez lata teoria ta była swoistym chłopcem do bicia. W kolejnych wydaniach swojego podręcznika Tadeusz Bilikiewicz traktował ją jako „niepewną i niedokładną” [5]. Jednak odrzucenie tego poglądu częściowo wynikało z niezrozumienia i uproszczenia: teoria ta **nie** mówi, iż – przykładowo – człowiek ucieka przed niebezpieczeństwem, bo ma objawy somatyczne lęku. Mówi zaś, że do pełnego wytworzenia uczucia lęku potrzeba komponentów psychicznego i somatycznego, a przy braku tego drugiego uczucie zostaje wytworzone w słabszym stopniu albo nie zostaje wytworzone w ogóle. Innymi słowy: pobudzenie fizjologiczne (au-

¹ dosł.: *What kind of an emotion of fear would left (after seeing the bear) if the filling of quickened heart beats nor of shallow breathing, neither of goose bumps nor of visceral stirrings, were present?*

Czy warto, żeby psychiatra czytał XIX-wieczny podręcznik psychologii?

H.M. Wichowicz, A. Rybak-Korneluk

tonomiczne i wzmożenie napięcia mięśni) jest niezbędne, a czasami i wystarczające do wystąpienia emocji [6]. W takim ujęciu teoria ta wielokrotnie prawidłowo wyjaśnia stan emocjonalny. Dowody jej poprawności przyszły z wielu kierunków, często o *stricte* klinicznym charakterze.

Jej prawdziwość może sugerować stan emocjonalny ludzi z zespołem zamknięcia (*locked-in syndrome*). Opisany w 1966 r. zespół, zwany także „śpiączką rzekomą”, a obrazowo po francusku *maladie de l'emmuré vivant*, czyli „chorobą zamurowanego żywca”, to dramatyczne schorzenie neurologiczne wynikające z uszkodzenia brzusznej części mostu. Powoduje to porażenie wszystkich kończyn (tetraplegię) i dolnych nerwów czaszkowych, a kontakt ze światem zostaje ograniczony do mrugania jako swoistego alfabetu Morse'a. Okazuje się, iż ludzie ci w tym skrajnie zatrważającym stanie zachowują dość duży spokój. Do stanu cielesnego podchodzą z niemalże filozoficznym spokojem, skoncentrowani na sprawach codziennych (np. ubraniu, wyglądzie), a nie na dramatyzmie sytuacji. Do rzadkości należą prośby o eutanazję [7, 8]. Swoisty filozoficzny pogląd na życie ludzi z tym schorzeniem stał się znany dzięki książce *Skafander i motyl* Jeana-Dominique'a Bauby'ego. W wymruganej lewym okiem litera po literze autobiografii odnosi się z dużym dystansem, a często także zaskakującym humorem, do własnej sytuacji [9]. Ludzie z zespołem zamknięcia ze względu na patofizjologiczną niemożność wzmożenia napięcia mięśni pozbawieni są komponentu somatycznego negatywnych emocji, czym – wykorzystując teorię Jamesa–Langego – tłumaczy się ich spokój.

To samo można powiedzieć o pacjentach z idiopatyczną ortostatyczną hipotonią (*pure autonomic failure*, zespół Bradbury'ego–Egglestona), jakkolwiek ich stan jest mniej dramatyczny. Także i oni charakteryzują się mniejszym nasileniem reakcji emocjonalnych. Zdolność empatii jest w ich przypadku również obniżona [10, 11]. Z czasem występuje w tym zakresie pewna poprawa, jakkolwiek dotyczy ona w większym stopniu nazywania emocji, a w mniejszym ich przeżywania [12].

Za kolejny dowód prawdziwości teorii Jamesa–Langego może posłużyć patofizjologia napadów paniki. Biologiczne teorie ich powstania (np. mleczanowa) przyjmują komponent somatyczny jako pierwszy i niejako automatycznie muszą założyć jego prawdziwość. Trzecim dowodem, nieco zbliżonym, jest skuteczność propranololu (blokującego somatyczne objawy emocji) w leczeniu zaburzeń lękowych.

Należy również wspomnieć o socjotechnicznych aspektach teorii Jamesa–Langego, tzw. *facial feedback hypo-*

thesis. W pomysłowym doświadczeniu Strack i wsp. udowodnili, iż wymuszenie objawów somatycznych reakcji emocjonalnej w pewnym stopniu wspiera jej odczuwanie (chodziło w nim o wymuszenie uśmiechu przez polecenie trzymania długopisu zębami lub przeciwnie – uniemożliwienie uśmiechania się przez polecenie trzymania go wargami) [13]. Warto jednak nadmienić, iż efekt ten zostaje w pewien sposób zablokowany po uświadomieniu sobie manipulacji [14, 15]. Powstało też szereg badań udowadniających wpływ wymuszonej ekspresji twarzy na parametry układu wegetatywnego zgodne z tą ekspresją [16, 17].

Teoria Jamesa–Langego nie da się obronić jako kompletne wyjaśnienie powstawania i postrzegania **wszystkich** emocji. Jej początkowe zdecydowane odrzucenie może również wynikać z winy samego Jamesa. Nie rozróżniał on bowiem aspektów poznawczego i odcuciowego emocji. Teoria dotyczy drugiego z nich, a w przypadku pierwszego – głównie w zakresie silnych emocji. Emocji o niewielkim nasileniu i umiarkowanych z pewnością nie stwierdzamy u siebie na podstawie swojego stanu fizjologicznego. Innymi słowy, niewielkiego niepokoju nie rozpoznajemy u siebie na podstawie np. tachykardii, ale silne wzburzenie w pewien sposób już tak. Bezstronnie należy też stwierdzić, iż niektóre dowody prawdziwości omawianej teorii mają luki. Biologiczna teoria napadów paniki nie jest tą jedyną i pełną. Z kolei propranolol, jako β -bloker lipofilny, przechodzi przez barierę krew–mózg, można zatem pokusić się o alternatywne wyjaśnienie jego skuteczności w wyciszaniu lęku. Jednak – mimo pozornej sprzeczności ze zdrowym rozsądkiem – teoria Jamesa–Langego jest uznawana i wyjaśnia wiele stanów fizjologicznych oraz patofizjologicznych. Dyskusyjny pozostaje jedynie zakres jej zastosowania.

PAMIĘĆ

Kolejny temat, który zajmował Jamesa, to pamięć, w jego zakresie spostrzegawczością wybiegał dziesiątki lat na przód.

Na spotkaniu naukowym w Wydziale dla Inżynierów Radiowych (*sic!*) *Michigan Institute of Technology* 11 września 1956 r. zaprezentowano 3 klasyczne, interdyscyplinarne idee naukowe, w tym 2 o implikacjach medycznych. Nie ma ich, oczywiście, zasada translacji systemów logicznych na język komputerowy, lecz już wystąpienie Noama Chomsky'ego m.in. przewidujące istnienie gramatyki uniwersalnej znajduje zastosowanie we współczesnej neurologii. Tym jednak, co psychiatrów interesuje najbardziej, było wystąpienie George'a Millera dotyczące pojemności pamięci operacyjnej. Sam tytuł: *The Magical Number Seven, Plus or*

Minus Two, wyjaśnia właściwie wszystko. Liczba 7 jest obecnie żelazną regułą dotyczącą zakresu pamięci operacyjnej, chociaż wtedy nie używano jeszcze tego pojęcia, a i o korze przedczołowej jako siedzibie tej funkcji mentalnej wiedziano nie za wiele; przecież relatywnie częste było jeszcze stosowanie lobotomii czołowej. Można podziwiać przenikliwość Millera za postawienie tego zagadnienia, ale nie był on pierwszy. Wystąpienie to było *de facto* rozbudowanym powtórzeniem XIX-wiecznego spostrzeżenia Jamesa. Przeprowadził on na sobie niezwykle proste doświadczenie polegające na wybraniu nieznanego sobie, losowej liczby kulek i wrzuceniu ich do pudełka. Zaobserwował, że śledząc lot kulek, był w stanie bez przeliczania podać ich dokładną liczbę, ale tylko wtedy, gdy nie przekraczała ona 6. Potrafił ją niejako uchwycić całościowo. Zatem należy uznać, iż był on pionierem badań z zakresu pamięci operacyjnej. Jako pierwszy przewidział jej ograniczenie i wstępnie oszacował wielkość [18].

William James zaproponował także podział pamięci na pierwotną i wtórną. Tę pierwszą uznał za przejściową i wiążącą się z kodowaniem jedynie niewielkiej porcji informacji, które są przechowywane do zrealizowania jakiegoś zadania, stąd m.in. przedstawiony powyżej eksperyment. Wtórna zaś wykazuje według Jamesa nieograniczone pojemność oraz czas przechowywania [3]. Wyróżnione przez niego rodzaje pamięci odpowiadają niemal w pełni bardziej współczesnym podziałom. Atkinson i Shiffrin stworzyli koncepcję magazynów pamięci, która inspirująco wpłynęła na dalsze badania i, chociaż poddana krytyce i rozwinięciu, przetrwała do dziś. Według niej istnieje pamięć: sensoryczna, krótkotrwała i długotrwała – 2 ostatnie są zaskakująco zbliżone z podziałem stworzonym przez Jamesa [19, 20].

Nie tylko w tym obszarze wgląd Jamesa w procesy pamięci wyprzedzał jego czasy. Wskazywał on na jej asocjacyjny charakter, a za klucz do dobrego zapamiętywania uważał tworzenie licznych i różnorodnych skojarzeń. Jego zdaniem w procesie uczenia duże znaczenie ma powiązanie nowego materiału z tym, który już jest obecny w umyśle – wszak „sztuka pamiętania jest sztuką myślenia”, a „łączenie jest myśleniem”² [3, 21]. Także w procesie odtwarzania materiału z pamięci ważną rolę w opinii Jamesa odgrywały skojarzenia. Porównywał on poszukiwanie zapomnianej myśli do przetrząsania domu w poszukiwaniu zagubionej rzeczy – w obu przypadkach przeszukujemy sąsiednie obiekty, gdzie

² dosł.: [...] *the art of remembering is the art of thinking; [...] when we wish to fix a new thing in either our own mind or a pupil's, our conscious effort should not be so much to impress and retain it as to connect it with something else already there. The connecting is the thinking; and, if we attend clearly to the connection, the connected thing will certainly be likely to remain within recall.*

może znajdować się to, o co nam chodzi [3]. Współcześnie postrzegamy pamięć asocjacyjną jako część pamięci deklaratywnej, która pozwala uczyć się i pamiętać relacje między niezwiązanymi rzeczami. Anatomicznie ogromną rolę w jej funkcjonowaniu odgrywa hipokamp, który pozwala współdziałać funkcjonalnie odległym i oddalonym od siebie częściom mózgu [22]. Po raz kolejny poglądy Jamesa znalazły potwierdzenie we współczesnej neuroanatomii.

William James podkreślał, że pamięć jest nie tylko władzą duchową, ale ma także aspekt fizjologiczny – te ścieżki mózgu (*brain-pathways*), które były często i niedawno używane, są najbardziej dostępne. Tłumaczyło to rolę powtarzania i efekt świeżości w pamięci [21]. Rozróżniał on również aspekty cielesny i psychiczny przypomnienia; ten pierwszy związany jest z pobudzeniem dróg nerwowych, drugi zaś – ze „świadomym przedstawianiem” wcześniejszych wydarzeń i z poczuciem, że zostały już doświadczone [3]. Zwrócił także uwagę, że intensywne doznania emocjonalne są w stanie zmienić tkankę mózgową – zostawić na niej „bliznę”³ [3]. I to stwierdzenie okazuje się zadziwiająco trafne w świetle współczesnej wiedzy. Metaanaliza badań mózgow osób z zespołem stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*), osób z doświadczeniem traumy, ale bez PTSD (*trauma-exposed*) i u osób bez tego typu przeżyć wykonanych za pomocą obrazowania metodą rezonansu magnetycznego wykazała, że pierwsza grupa miała mniejszą objętość hipokampu i lewego ciała migdałowatego niż pozostałe oraz mniejszą przednią część kory zakrętu obręczy niż osoby, które były narażone na traumę. Osoby, które doświadczyły traumatycznego zdarzenia, ale nie rozwinęły u nich PTSD, miały również obustronnie mniejszy hipokamp niż grupa kontrolna. Dzieci z PTSD nie różniły się pod względem wielkości hipokampu od grupy kontrolnej, ale objętości ciała modzelowatego i płatów czołowych były u nich mniejsze [23]. Zatem na podstawie wyników dokładnych badań wolumetrycznych można wnioskować o przebytych doświadczeniach jednostki, jak to przewidział William James.

„Nowoczesne” u Jamesa było również jego rozumienie związku zachodzącego między procesami pamięci a motywacją i celami. „W prawdziwym życiu nasza pamięć jest zawsze na usługach jakiegoś zainteresowania: pamiętamy rzeczy, na których nam zależy albo które są skojarzone z rzeczami, na których nam zależy...”⁴ [21]. Współczesne badania również ukazują relacje między procesami poznaw-

³ dosł.: *An impression may be so exciting emotionally as almost to leave a scar upon the cerebral tissues; and thus originates a pathological delusion.*

⁴ dosł.: *In real life, our memory is always used in the service of some interest: we remember things which we care for or which are associated with things we care for...*

Czy warto, żeby psychiatra czytał XIX-wieczny podręcznik psychologii?

H.M. Wichowicz, A. Rybak-Korneluk

czymi a motywacyjnymi. Model teoretyczny System Pamięci Ja (*Self-Memory System*) opisuje współzależność pamięci długotrwałej i pojęcia Ja. Jego część stanowi hierarchiczny zbiór bieżących celów, który ma za zadanie zredukować rozbieżność między stanem aktualnym a pożądanym. Najbardziej dostępne są w nim elementy wiedzy znajdujące się wysoko w owej hierarchii [24, 25].

Także refleksje Jamesa na temat pamięci autobiograficznej wydają się pod wieloma względami wybiegać poza swoje czasy. Badacz sam prowadził obserwacje na ten temat, a ponadto śledził wcześniejsze doniesienia z eksperymentów Ebbinghausa i Galtona. Odróżniał pamięć bezpośrednią (*immediate memory*), którą można badać eksperymentalnie, od pamięci „w prawdziwym życiu” (*in the real life*), którą dziś nazwalibyśmy autobiograficzną [25, 26].

Czasy po śmierci Jamesa to rozkwit paradygmatu behawioralnego, ujmującego zjawiska psychiczne jako „efekt uboczny” funkcjonowania mózgu i negującego możliwość ich naukowej weryfikacji. Spowodowało to zastój w badaniach nad zjawiskami efemerycznymi, takimi jak pamięć. Stąd luka w kontynuacji badań rozpoczętych przez Williama Jamesa.

UWAGA

Kolejnym odkryciem Jamesa był schemat funkcjonowania uwagi wzrokowej, powiązany z kierunkiem przepływu informacji w układzie nerwowym (od oka do mózgu lub *vice versa*). Został on oparty na 2 przeciwstawnych procesach. Mowa o działającej w całym polu widzenia mimowolnej uwadze dół–góra (czyli receptor → mózg), wrażliwej na kontrast, w której wyróżniające się obiekty przyciągają ją w sposób niejako automatyczny, oraz wolicjonalnej uwadze góra–dół, skupionej, wymagającej wysiłku w wybraniu określonej w zadaniu cechy. Zagadnienie uwagi uległo zapomnieniu na wiele lat, co również należy wiązać z erą behawioryzmu. W latach 50. XX w. (zatem 60 lat po publikacji *Principles of Psychology*) temat uwagi jednak powrócił, głównie za sprawą Donalda Erica Broadbenta, a podział zapoczątkowany przez Jamesa stał się paradygmatem współczesnej psychologii [27] i jest wszechobecny. Przykładowo pomaga wytłumaczyć obecność pewnych złudzeń, np. iluzorycznego postrzegania wklęsłych obiektów jako wypukłych (np. wklęsłej maski twarzy). Wynika to z wpływu wolicjonalnej uwagi góra–dół. Jest ona aktywna, wykorzystuje poprzednie doświadczenia. A większość postrzeganych w otoczeniu przedmiotów jest wypukła, co niejako zmusza wzrok do postrzegania wypukłości nawet w obiektach wklęsłych [28]. Ma to zastosowanie również w bada-

niach schizofrenii, gdzie prawdopodobnie osłabieniu ulega uwaga góra–dół, co sprawia, że u tych chorych postrzeganie wklęsłych przedmiotów pozostaje prawidłowe [29]. Wyniki współczesnych badań neuroanatomicznych są jak dotąd także zgodne z tym modelem. Zjawisko swoistego nadzoru nad naszym postrzeganiem (tzw. *predicting coding*) jest nimi potwierdzone. W ciele kolankowatym bocznym na 1 neuron przesyłający informacje z gałki ocznej do kory wzrokowej przypada orientacyjnie aż 10 neuronów kory wzrokowej nadzorujących transmisję synaptyczną. Tłumaczy to obecność licznych iluzji wzrokowych, gdyż widzimy „to, czego chcą wyższe ośrodki w korze”. Jednocześnie temat *predicting coding* stał się częścią tzw. teorii dyskoneksi schizofrenii [30, 31]. Odeszło to może daleko od pierwotnego Jamesowskiego podziału uwagi wzrokowej, ale jednocześnie potwierdza trafność i dalekosiężne skutki jego częstokroć prostych spostrzeżeń.

PODSUMOWANIE

Pierwszemu wydaniu *Varieties of Religious Experience* Williama Jamesa w 1918 r. patronował oraz sprawdził przekład Rafał Radziwiłłowicz, inicjator powstania Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Praca okazała się na tyle udana, iż do obecnych czasów ukazują się jej wznowienia [32]. Mimo to współczesna znajomość dorobku Williama Jamesa przez psychiatrów w Polsce jest nikła. Neurobiolog i znany popularyzator wiedzy o mózgu Antonio Damasio pisze o nim: „[...] zdolnością wglądu w ludzki umysł mogłoby się z nim równać jedynie Szekspir i Freud” [33]. Zresztą w książce, z której zaczerpnięto to stwierdzenie, a dotyczącej poglądów na istotę emocji, nazwisko Jamesa przewija się stale. W naszym kraju Tadeusz Bilikiewicz w *Psychiatrii klinicznej* przywołał go raz. Przeciwstawił teorii Jamesa–Langego badania... „Skrzypińskiej dotyczące pobudliwości przedsiolkowej” jako „nieporównywalnie pewniejsze i dokładniejsze” [5]. A aktualny podręcznik psychiatrii ujmuje cały dorobek naukowy Jamesa jedynie w pięciopodaniowym akapicie, zawierającym m.in. syntetyczną ocenę: „Jego pojmowanie pragmatyzmu było psychologizyczne, subiektywistyczne i woluntarystyczne”. Z zainteresowań badawczych wymienia jedynie zainteresowanie naturą przeżyć religijnych, temat może i istotny dla jego poglądów, ale czy pierwszoplanowy [34]? Chyba William James zasługuje na więcej!

PIŚMIENNICTWO

1. Proust M. *Strona Guermantes*. (Tł.: Boy-Żeleński T). Wydawnictwo Mg, Warszawa 2014.

2. Freeman H. *A century of psychiatry*. Mosby-Wolfe Medical Communication, London 1999: 18.
3. James W. *Principles of Psychology*. A Digireads.com Book, 2010. (wyd. polskie: *Psychologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002).
4. James W. *What is an Emotion?* *Mind* 1884; 9: 188-205.
5. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Wyd. 7. PZWL, Warszawa 1988: 149.
6. Kalat W. *Biologiczne podstawy psychologii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 358-362.
7. Laureys S, Pellas F, Van Eeckhout P et al. *The locked-in syndrome: what is it like to be conscious but paralyzed and voiceless?* *Prog Brain Res* 2005; 150: 495-511.
8. Panasiuk J. *Zespół zamknięcia w diagnozie i terapii logopedycznej*. *Logopedia Silesiana* 2014; 3: 95-114.
9. Bauby JD. *Skafander i motyl*. Wyd. 3. Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2013.
10. Chauhan B, Mathias CJ, Critchley HD. *Autonomic contributions to empathy: evidence from patients with primary autonomic failure*. *Auton Neurosci* 2008; 140(1-2): 96-100.
11. Critchley HD, Mathias CJ, Dolan RJ. *Neuroanatomical basis for first- and second-order representations of bodily states*. *Nat Neurosci* 2001; 4(2): 207-212.
12. Heims HC, Critchley HD, Dolan R et al. *Social and motivational functioning is not critically dependent on feedback of autonomic responses: neuropsychological evidence from patients with pure autonomic failure*. *Neuropsychologia* 2004; 42(14): 1979-1988.
13. Strack F, Martin LL, Stepper S. *Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: a nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis*. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54(5): 768-777.
14. Davis JJ, Senghas A, Ochsner KN. *How Does Facial Feedback Modulate Emotional Experience?* *J Res Pers* 2009; 43(5): 822-829.
15. Dzikoto V, Wallace DS, Peters L, Bentsi-Enchill E. *Attention to emotion and non-Western faces: revisiting the facial feedback hypothesis*. *J Gen Psychol* 2014; 141(2): 151-168.
16. Ekman P. *Facial expressions of emotion: an old controversy and new findings*. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1992; 335(1273): 63-69.
17. Levenson RW, Ekman P, Friesen WV. *Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity*. *Psychophysiology* 1990; 27(4): 363-384.
18. Lehrer J. *Proust Was a Neuroscientist*. A Mariner Book Houghton Mifflin Company. Boston; New York 2008: 158-168.
19. Atkinson RC, Shiffrin RM. *Human memory: a proposed system and its control processes*. W: Spence KW, Spence JT. *The psychology of learning and motivation*. Volume 2. Academic Press, New York 1968: 89-195.
20. Maruszewski T. *Pamięć jako podstawowy mechanizm przechowywania doświadczenia*. W: Strelau J (ed.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 137-164.
21. James W. *Memory*. W: *James W. Talks to Teachers on Psychology: And to Students on Some of Life's Ideals*. Henry Holt and Company, New York 1899: 116-143.
22. Wang JX, Rogers LM, Gross EZ et al. *Targeted enhancement of cortical-hippocampal brain networks and associative memory*. *Science* 2014; 345(6200): 1054-1057. DOI: 10.1126/science.1252900.
23. Karl A, Schaefer M, Malta LS et al. *A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD*. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30(7): 1004-1031.
24. Conway MA. *Memory and the self*. *J Mem Lang* 2005; 53: 594-628.
25. Conway MA, Williams HL. *Autobiographical Memory*. W: Byrne JH (ed.). *Learning and Memory: A Comprehensive Reference*. Academic Press 2008: 893-909.
26. Maruszewski T. *Funkcja motywacyjno-emocjonalna*. W: Maruszewski T. *Pamięć autobiograficzna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 83-85.
27. Koch C. *Neurobiologia na tropie świadomości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008: 161-181.
28. Dima D, Dietrich DE, Dillo W, Emrich HM. *Impaired top-down processes in schizophrenia: a DCM study of ERPs*. *Neuroimage* 2010; 52(3): 824-832.
29. Wichowicz HM, Ciszewski S, Żuk K, Rybak-Korneluk A. *Czy iluzja wkleślej maski rzeczywiście jest testem na schizofrenię?* *Psychiatr Pol* 2016; 50(4): 741-745.
30. Friston KJ, Frith CD. *Schizophrenia – a disconnection syndrome*. *Clin Neurosci* 1995; 3: 89-97.
31. Friston K, Brown HR, Siemerkus J, Stephan KE. *The dysconnection hypothesis*. *Schizophr Res* 2016; 176: 83-94.
32. James W. *Doświadczenie religijne*. Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2014 (na podstawie edycji z 1918 r.).
33. Damasio A. *Błąd Kartezjusza*. Wyd. 2. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2013: 151.
34. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. (red.): *Psychiatria T. 1*. Wyd. 2. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010: 43.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Hubert M. Wichowicz
 Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych,
 Katedra Chorób Psychiczych,
 Gdański Uniwersytet Medyczny
 80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7
 tel.: (58) 349-26-50
 e-mail: hwich@gumed.edu.pl