

Deficyt poznania społecznego w zaburzeniach psychicznych i możliwości jego rehabilitacji

Deficit of social cognition in mental disorders and the possibilities of its rehabilitation

Marta Andrzejewska¹, Anna Bodnar², Janusz Rybakowski²

¹Institut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

²Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2012; 7, 3: 139–147

Adres do korespondencji:

mgr Marta Andrzejewska
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
e-mail: martaand@amu.edu.pl

Streszczenie

Terminem „poznanie społeczne” (*social cognition*) określa się szereg zdolności służących do odbioru informacji społecznych z otoczenia. Wiele badań dotyczących poznania społecznego koncentruje się na takich procesach, jak: mentalizacja, nazywana inaczej teorią umysłu, percepcja emocji oraz styl atrybucji. Odkąd problematyka związana z poznaniem społecznym stała się przedmiotem zainteresowania także psychiatrii, znacznie się poszerzył zasięg, w jakim jest ona eksplorowana. Z perspektywy deficytu owych funkcji można analizować nie tylko takie zaburzenia, jak autyzm, lecz także schizofrenię czy chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD). W niniejszym artykule zagadnienie poznania społecznego zostanie omówione w kontekście zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia oraz ChAD. Zwrócono uwagę na fakt, że deficyty poznania społecznego są charakterystyczne nie tylko dla pacjentów znajdujących się w stanie zaostrzenia choroby, lecz także w stanie wyrównania klinicznego. Ponadto przedstawiono dwa ogólne kierunki rozwoju metod rehabilitacyjnych stosowanych w zaburzeniach psychicznych: 1) metoda określana mianem poznawczej rehabilitacji, skoncentrowana na poprawie funkcji poznawczych, oraz 2) metoda rehabilitacji funkcjonowania społecznego, w tym poznania społecznego. Niniejszy artykuł zawiera przegląd metod służących rehabilitacji poznania społecznego, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji procesów mentalizacyjnych. Zakłada się, że rehabilitacja funkcjonowania społecznego, której integralną część stanowią interwencje w zakresie poznania społecznego, to metoda, która w połączeniu z farmakoterapią, psychoterapią oraz psychoedukacją najpełniej odpowiada potrzebom osób z zaburzeniami psychicznymi.

Słowa kluczowe: schizofrenia, choroba dwubiegunowa, poznanie społeczne, rehabilitacja.

Abstract

The term social cognition refers to a number of abilities used for the reception of social information from the environment. Many studies on social cognition focus on processes such as mentalisation, otherwise referred to as the theory of mind, emotional perception and attribution style. Since issues related to social cognition have become a subject of interest to psychiatry, the range in which it is explored has broadened considerably. From the perspective of the deficit of cognitive functions, we can analyze not only such disorders as autism but also schizophrenia or bipolar disorder. This paper presents the problem of social cognition in the context of psychiatric disorders such as schizophrenia and bipolar disorder. It was noted that social cognition deficits are characteristic not only for patients in a state of acute illness, but also in a state of clinical compensation. Furthermore, two general trends in development of the rehabilitation methods used in psychiatric disorders have been presented: 1) a method known as cognitive rehabilitation, focused on improving cognitive functions and 2) a method of rehabilitation of social functioning. This article provides an overview of methods for the rehabilitation of deficits in social cognition, with particular emphasis on rehabilitation of the mentalisation process. It is assumed that rehabilitation of social functioning, an integral part of which are interventions in the scope of social cognition, is a method which, along with pharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation, corresponds best to the needs of people with mental disorders.

Key words: schizophrenia, bipolar disorder, social cognition, rehabilitation.

Poznanie społeczne

Terminem „poznanie społeczne” (*social cognition*) określa się procesy, które opierają się na zdolności do rozpoznawania istotnych społecznie informacji oraz na modyfikowaniu na ich podstawie swojego zachowania. Poznanie społeczne, przejawiające się głównie w umiejętności tworzenia efektywnych relacji z innymi osobami oraz w dyspozycji do wchodzenia w interakcje społeczne, jest sumą procesów umożliwiających człowiekowi życie w społeczeństwie (Frith i Frith 2007). Studia nad poznaniem społecznym dotyczą najczęściej zagadnień związanych ze zdolnością do mentalizacji, czyli umiejętnością przewidywania i wyjaśniania tego, co ludzie myślą i czynią, poprzez odwoływanie się do stanów umysłowych. Problematyka mentalizacji, inaczej nazywanej teorią umysłu (TU), należy do najczęściej eksplorowanych w badaniach nurtów poznania społecznego. W myśl założeń TU do postaci przekonań, intencji czy wiedzy sprowadza się obserwowane zachowania innych osób. Dyspozycja do rozumienia przekonań i innych stanów umysłowych traktowana jest jako fundamentalna dla ludzkiego funkcjonowania (Putko 2008). Jest ona definiowana jako zdolność do „czytania w umyśle” innych osób czy przypisywania im określonych treści mentalnych. Dyspozycja ta opiera się na umiejętności wykrywania oraz interpretacji różnych sygnałów behawioralnych. Podstawą tej umiejętności jest złożony system mentalizacyjny (Baron-Cohen 1995). Według niektórych badaczy TU nie jest jednolitym konstruktem. Postuluje się istnienie dwóch jej aspektów: poznawczego oraz afektywnego (Shamay-Tsoory i wsp. 2009) czy społeczno-poznawczego oraz społeczno-percepcyjnego (Tager-Flusberg i Sullivan 2000). Według autorów poznawczy aspekt zdolności mentalizowania polega na wnioskowaniu dotyczącym poznawczych stanów umysłowych, głównie przekonań innych osób. Istotą aspektu afektywnego jest wnioskowanie o stanach emocjonalnych innych ludzi. Inne rozróżnienie wprowadzone w literaturze dotyczy podziału na społeczno-poznawczą oraz społeczno-percepcyjną TU. Aspekt społeczno-poznawczy umożliwia wnioskowanie o stanach mentalnych innych osób na podstawie obserwacji ich zachowań. Ta składowa TU opiera się na zdolnościach poznawczych i pojęciowej wiedzy o stanach umysłowych. Aspekt społeczno-percepcyjny natomiast w dużej mierze zależy od zdolności rozpoznawania emocji, stanów emocjonalnych czy uczuć i wydaje się niezależny od kognitywnych umiejętności.

Poznanie społeczne dotyczy też w dużej mierze funkcjonowania emocjonalnego. Najczęściej bada się takie procesy, jak rozpoznawanie ekspresji emocji twarzy, odbiór kontaktu wzrokowego, percepcja emocji w modalności wzrokowej i prozodyjnej. Percepcja emocjonalna (określana również mianem poznania emocjonalnego, poznania afektywnego czy też percepcji afektywnej) to umiejętność wyciągania wniosków z informacji emocjonalnych (takich jak np. ekspresja twarzy czy modulacja głosu) (Karakuła i wsp. 2011).

Obok problematyki dotyczącej TU oraz percepcji emocji wielu badaczy poznania społecznego również często eksploruje problematykę związaną ze stylem atrybucji (Carter i wsp. 2009). Styl atrybucji wiąże się z wnioskowaniem o zachowaniu, a ściślej – o przyczynach zachowania innych osób. Odnosi się do charakterystycznych indywidualnych tendencji do tłumaczenia zachowań, przypisując je dyspozycjom danej osoby (atrybucja wewnętrzna) bądź czynnikom sytuacyjnym (atrybucja zewnętrzna) (Aronson i wsp. 1997).

Do ważnych aspektów poznania społecznego należy zaliczyć umiejętność podejmowania decyzji w sytuacjach społecznych, rozumienie norm społecznych, a także nabywanie kompetencji społecznych podczas rozwoju osobniczego (Wiener i Rybakowski 2006). Zdolności związane z poznaniem społecznym umożliwiają zarówno rozumienie zachowań swoich i innych osób, jak i nabywanie wiedzy o otaczającym świecie. Rozwinięcie tych umiejętności na wysokim poziomie pełni funkcję adaptacyjną, a w szerszej perspektywie sprzyja przetrwaniu nie tylko jednostek, lecz także całego gatunku ludzkiego (Frith i Frith 2007). W niniejszym artykule zwrócono uwagę na doniosłość problematyki poznania społecznego oraz omówiono sposoby rehabilitacji tej społecznie istotnej zdolności.

Zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii

Z perspektywy deficytu poznania społecznego można analizować nie tylko takie zaburzenia, jak autyzm czy zespół Aspergera (np. Baron-Cohen i wsp. 2001; Dziobek i wsp. 2008). Odkąd problematyka ta stała się przedmiotem zainteresowania także psychiatrii, znacznie się poszerzył zasięg, w jakim jest ona eksplorowana. Deficyty poznania społecznego stwierdzono u chorych na schizofrenię (np. Frith i Corcoran 1996; Bora 2009) oraz wskazano na subtelne deficyty mentalizacji i percepcji emo-

cyjonalnej w chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD) (Montag i wsp. 2010; Wiener i wsp. 2011; Samamé i wsp. 2012).

W wielu badaniach wskazuje się na zaburzenia poznania społecznego u pacjentów cierpiących na schizofrenię (Wiener i wsp. 2011). Zaburzenia sfery poznania społecznego przejawiają się deficytami w rozpoznawaniu twarzy i jej emocjonalnego wyrazu. Osoby ze schizofrenią nie potrafią postrzegać dyskretnych wskaźników społecznych, co przejawia się problemami z funkcjonowaniem w środowisku. Według Dougherty'ego osoby te cechuje nieumiejętność rozpoznawania emocji, takich jak: wstyd, upokorzenie, wstręt i udręka. Emocje pozytywne, np. przyjemność czy radość, w przeciwieństwie do emocji o negatywnej walencji są poprawnie identyfikowane. Stwierdza się również, że pacjenci ze schizofrenią mają trudności w identyfikacji emocji strachu (Dougherty i wsp. 1974). W badaniach percepcji społecznej u chorych na schizofrenię analizuje się również umiejętność rozpoznawania ekspresji emocjonalnej twarzy i identyfikowania wskaźników zachowań społecznych, takich jak np. sygnały pozawerbalne – kontakt wzrokowy, gesty czy prozodia. Stwierdzono, że osoby ze schizofrenią wykazują deficyt w zakresie zdolności do rozpoznawania twarzy i jej emocjonalnego wyrazu (Wiener i Rybakowski 2006). Podobna zależność dotyczy identyfikacji bodźców społecznych, szczególnie sygnałów społecznych o charakterze abstrakcyjnym (cele, intencje). Wydaje się, że dla upośledzenia poznania społecznego w schizofrenii charakterystyczne są deficyty zdolności do utrzymywania kontaktu wzrokowego oraz oceny emocjonalnego wyrazu spojrzenia. Deficyty te w sposób znaczący utrudniają prawidłowe funkcjonowanie społeczne osób ze schizofrenią. Badania wskazują, że zaburzenia poznania społecznego nie tylko są predyktorem zaburzeń funkcjonowania społecznego pacjentów, lecz także wiążą się z nasileniem objawów negatywnych choroby (Brüne i wsp. 2011). Na uwagę zasługuje jednak fakt, że zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii mogą ulec modyfikacji, co prowadzi do lepszego funkcjonowania pacjentów (Mazza i wsp. 2012).

W schizofrenii stwierdza się również zaburzenie zdolności mentalizacyjnych (Bora 2009). Deficyt TU traktuje się jako wskaźnik podatności na zachorowanie (Frith i Corcoran 1996). Deficyt mentalizacji przejawia się w niezdolności do rozpoznawania przekonań, intencji, celów innych osób, ale także rozumienia aluzji i ironii. Wskazuje się na istnienie zależności między men-

talizacją a określonymi objawami klinicznymi. Deficyty TU pojawiają się u pacjentów z symptomami paranoidalnymi i behawioralnymi (*ibidem*). Według Harde-Bayle'a to zaburzenia myślenia są źródłem deficytów TU (Sarfati i wsp. 1997). Potwierdzenie dla tej hipotezy stanowią wyniki badań sugerujące, że gdy u osób ze schizofrenią nie stwierdza się zaburzeń myślenia, TU pozostaje nienaruszona. Dodatkowo, jak zauważa Bora (2009), w większości badań nad osobami ze schizofrenią stwierdza się, że zaburzone są dwa aspekty TU. W zależności od przyjętej konceptualizacji są to aspekty społeczno-poznawczy i społeczno-percepcyjny (Tager-Flusberg i Sullivan 2000) oraz poznawczy i afektywny (Shamay-Tsoory i wsp. 2009). Także badania przeprowadzone w Polsce wykazały deficyt TU u osób ze schizofrenią (Wiener i wsp. 2011).

Zaburzenia poznania społecznego w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Pomimo że ChAD wiąże się z zaburzeniem nastroju, to jednak zakres jej wpływu jest dużo szerszy i dotyczy m.in. zaburzeń w domenie poznania społecznego. Charakterystyczne dla ChAD są zaburzenia w zakresie percepcji emocji oraz mentalizacji. Osoby z ChAD mają problemy z rozpoznawaniem emocji, takich jak wstręt, strach i smutek. Deficyty te mogą mieć związek z fazą choroby, gdyż charakterystyczne dla epizodu manii są problemy z percepcją wstrętu i strachu (Rocca i wsp. 2009). Zaburzenia rozpoznawania emocji stwierdza się również u osób w fazie remisji (Samamé i wsp. 2012). Jak wspomniano, u osób z ChAD występuje również deficyt TU. Badania Kerr i wsp. (2003) wskazały na istnienie deficytu TU u osób w fazie manii oraz depresji. Także u chorych znajdujących się w fazie remisji (wyrównania klinicznego) stwierdzono ubytek mentalizacji (Inoue i wsp. 2004; Bora i wsp. 2005). W badaniach zespołu pod kierunkiem Montag również wykazano powyższą zależność (Montag i wsp. 2010). Ostatnie doniesienia potwierdzają występowanie deficytu TU zarówno w fazie manii, depresji, jak i w stanie remisji (Wolf i wsp. 2010; Wiener i wsp. 2011).

Rehabilitacja poznawcza oraz rehabilitacja poznania społecznego w schizofrenii

Jak wskazano powyżej, zaburzenia poznania społecznego są cechą charakterystyczną schizofrenii i ChAD. Deficyt poznania społecznego

odbija swoje piętno na jakości życia osób chorych, zmniejszając ich zdolność funkcjonowania w społeczeństwie. Dalsza część pracy zawiera przegląd badań poświęconych rehabilitacji poznania społecznego w schizofrenii i ChAD.

Wydaje się, że konieczną składową programów leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jest rehabilitacja psychologiczna (Forcada i wsp. 2011). W literaturze opisano dwa jej rodzaje. Celem rehabilitacji poznawczej (*cognitive remediation* – CR), przeznaczonej głównie dla osób ze schizofrenią, jest kompensacja deficytów poznawczych oraz ogólna poprawa funkcjonowania. Z kolei rehabilitacja funkcjonowania społecznego koncentruje się nie tylko na procesach poznawczych, lecz obejmuje swym zasięgiem także sposoby społecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi. Metoda ta, niejednokrotnie wzbogacona o psychoedukację, jest współcześnie w największym stopniu eksplorowana. Zakłada się, że rehabilitacja funkcjonowania społecznego, której integralną część stanowią interwencje w zakresie poznania społecznego, to metoda, która w połączeniu z farmakoterapią, psychoterapią oraz psychoedukacją najlepiej odpowiada zapotrzebowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Odpowiednio zaaplikowana może wpłynąć na poprawę ogólnego stanu pacjentów oraz na jakość ich życia (Roberts i Penn 2009).

Jak wspomniano, pierwsze próby rehabilitacji psychologicznej przeznaczonej dla osób z zaburzeniami psychicznymi ukierunkowane były na poprawę zdolności poznawczych – CR. W programach tych skupiono się głównie na ćwiczeniu funkcji poznawczych, takich jak uwaga, pamięć czy funkcje wykonawcze. Tego typu oddziaływania nie przyniosły jednak wymiernych efektów w postaci poprawy stanu zdrowia pacjentów, która przekładałaby się na lepsze funkcjonowanie w życiu społecznym (Sarfati i wsp. 2000; Stratta i wsp. 1999). Jedną z prób rehabilitacji ukierunkowanej na poprawę zdolności poznawczych u osób ze schizofrenią podjęła Yves Sarfati (2000). Program rehabilitacji przeznaczony dla osób z zaburzeniami myślenia oraz językowymi nie wpłynął na zmianę w obszarze funkcjonowania społecznego osób chorych (Sarfati i wsp. 2000).

W literaturze przyjmuje się, że poprawa funkcji poznawczych, takich jak uwaga, funkcje wykonawcze czy analiza wzrokowo-przestrzenna, spowodowana atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi, a nie treningami psychologicznymi, jest niezależna od poprawy ogólnego psychologicznego stanu pacjentów (Keefe

i wsp. 1999). Osoby ze schizofrenią często wykazują zaburzenia komunikacji. Mają również problemy w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych i funkcjonowaniu społecznym, co wskazuje na wagę podejmowania rehabilitacji psychospołecznej. Ponadto niezaprzeczalną korzyścią z tego rodzaju rehabilitacji jest to, że koncentruje się ona na problemie społecznej adaptacji i funkcjonowania w rolach społecznych (Lieberman i Green 1992), co sprawia, że jest bardziej użyteczna dla osób chorych i wpływa na jakość ich życia.

Przedstawione powyżej prawidłowości stały się przyczynkiem do wzbogacenia poznawczych programów rehabilitacji o treści związane z treningiem umiejętności społecznych, w tym zdolności mentalizacyjnych. Badacze uznali, że nie należy się koncentrować w tak dużym stopniu na poprawie zdolności poznawczych, a raczej położyć akcent na rehabilitację TU. W związku z tym w kolejnym badaniu Yves Sarfati uwzględniła w programie rehabilitacji również zagadnienia związane z funkcjonowaniem społecznym. Zadaniem osób z grupy klinicznej było symulowanie interakcji społecznych z wykorzystaniem zdolności do mentalizowania (Sarfati i wsp. 2000). W wyniku zastosowania interwencji psychologiczno-środowiskowej doszło do pozytywnych zmian w zakresie społecznych umiejętności osób chorych. W kolejnym badaniu przeprowadzonym przez Sarfati oraz Kayser również skoncentrowano się na poprawie funkcjonowania poznania społecznego, ze szczególnym uwzględnieniem TU (Kayser i wsp. 2006). Program rehabilitacji ukierunkowano na poprawę zdolności do przypisywania stanów mentalnych innym osobom (Kayser i wsp. 2006). Zadaniem pacjentów była analiza 12 krótkich scen wideo przedstawiających interakcje między ludźmi. Materiał treningowy miał zachęcić pacjenta do rozumienia zachowań bohaterów i stymulować wnioski o mentalnych i afektywnych stanach innych osób. Sceny filmowe odnosiły się do wybranych aspektów funkcjonowania społecznego, takich jak identyfikacja stanów mentalnych (przekonań) oraz afektywnych (emocjonalnych) bohaterów filmu czy zdolność do rozpoznania ironii. Po prezentacji materiału filmowego proszono osoby badane o dokonanie wstępnego opisu sytuacji przedstawionej w filmie, a następnie o dokonanie bardziej szczegółowego, spontanicznego opisu zaprezentowanego materiału. Pacjenci przedstawiali interpretacje dotyczące zachowań i stanów mentalnych bohaterów, po czym hipotezy te zostały poddane dyskusji, w której określano

ich prawdopodobieństwo. Rezultatem badań była poprawa w obszarze komunikacji interpersonalnej oraz zdolności do przypisywania stanów mentalnych innym ludziom. Okazało się, że rehabilitacja nie ma wpływu na ogólną psychopatologię pacjenta (Kayser i wsp. 2006). Według autorek globalny stan pacjenta mógłby się poprawić w wypadku przedłużenia czasu oddziaływania rehabilitacyjnego (Kayser i wsp. 2006).

Programy rehabilitacji Sarfati i Kayser były oddziaływaniami krótkofalowymi. W literaturze opisano także długotrwałe treningi i programy rehabilitacji. Jednym z istotnych treningów skoncentrowanym nie tyle na mentalizacji, ile na umiejętnościach rozpoznawania emocji jest wysoce skuteczny terapeutycznie trening TAR (*The Training of Affect Recognition*) autorstwa Wölwera i wsp. (Frommann i wsp. 2003). Program jest oparty na założeniu, że u osób ze schizofrenią występują zaburzenia rozpoznawania mimiki twarzy i percepcji emocji. Celem treningu była poprawa rozpoznawania emocji twarzy oraz mimiki, niezależnie od rodzaju bodźca czy prezentowanego pacjentowi materiału (zdjęcie, film, rysunek). Trening TAR składał się z 12 sesji. Nieadekwatne zachowania pacjentów kompensowano przy użyciu takich metod, jak uczenie się nowego materiału, bezpośrednie pozytywne wzmocnienia, wyodrębnianie cech oraz werbalizacja (skupienie na poszczególnych elementach emocji widocznych na twarzy i ich nazywanie), samoinstruowanie. Sesje wchodzące w skład TAR podzielono na trzy bloki tematyczne. Blok pierwszy uczył identyfikacji, różnicowania oraz nazywania oznak sześciu głównych emocji. Drugi blok koncentrował się na zamianie detalicznego spojrzenia na emocje wypracowanego podczas bloku pierwszego na bardziej całościowy sposób ich przetwarzania (uwzględnia pierwsze wrażenie, informacje przekazywane niewerbalnie w sytuacjach społecznych oraz pozwala na różnicowanie poziomu intensywności obserwowanych i doświadczanych emocji). Celem trzeciego bloku była integracja rozpoznawanych emocji z kontekstem społecznym. W wyniku zastosowania TAR poprawiła się ogólna psychopatologia pacjentów mierzona za pomocą testów PANSS – zarówno objawy pozytywne, jak i negatywne (warto zauważyć, że pacjenci przyjmowali także neuroleptyki, więc poprawy nie można rozpatrywać jedynie jako efektu TAR). Znaczną poprawę odnotowano również w zakresie zdolności rozpoznawania emocji (u 11 z 16 pacjentów, którzy przeszli cały trening), niezależnie od stanu

początkowego. Choć wydaje się, że potrzeba większej liczby badań, aby określić efekty przenoszenia nabytych podczas treningu umiejętności do codziennego życia (Frommann i wsp. 2003), to rezultaty uzyskane w wyniku treningu TAR świadczą o skuteczności tego typu oddziaływań.

Ważnym nurtem badań nad rehabilitacją poznania społecznego, który odegrał rolę w jej rozwoju, była rehabilitacja metapoznawcza (*metacognitive rehabilitation*). Efektywności tego rodzaju interwencji dowiedziono w rehabilitacji zaburzeń uczenia się u dzieci szkolnych. Celem tego podejścia jest zmiana strategii poznawczych, które są nieadekwatne do rozwiązywanych zadań, nauka radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz poznanie strategii rozwiązywania problemów. Autorem jednego z najbardziej znanych programów *Instrumental Enrichment Programm* (IEP), wykorzystanego później w terapii zaburzeń psychicznych, jest Feuerstein (1980). W skład programu IEP weszło osiem modułów ukierunkowanych na rozwój funkcji poznawczych. *Instrumental Enrichment Programm* jest oparty na technice uczenia mediacyjnego. Mediator sugeruje zachowania, które są potrzebne do wykonania zadania, pokazuje różnice między faktami i hipotezami, pomaga zdefiniować i rozwiązać problem. Celem IEP jest wzmocnienie struktury poznawczej oraz zwiększenie zdolności do umysłowej antycypacji zdarzeń tak, by dostarczyć odpowiedzi na nowe wydarzenia. Program koncentruje się również na usprawnieniu procesu uczenia się. Jedną z niedawno opisanych metod rehabilitacji deficytów mentalizacji w schizofrenii jest metoda Rity Roncone i wsp. (2004), która opiera się na IEP. Metoda zaprojektowana dla osób ze schizofrenią miała na celu poprawę zdolności modyfikowania dezadaptacyjnych przekonań i strategii myślenia poprzez ekspozycję na nowe doświadczenia. Badacze wykorzystali następujące moduły IEP: poprawę poznania społecznego, tworzenie TU innych osób, inteligencję społeczną, percepcję emocji i ocenę poziomu funkcjonowania innych osób. Zamierzonym wynikiem rehabilitacji miał być wzrost kompetencji społecznych niezbędnych do wchodzenia w interakcje społeczne. Program rehabilitacji trwał 22 tygodnie. Celem ogólnym interwencji psychologicznej była zmiana stylu funkcjonowania z pasywnego na autonomiczny. Program podzielono na sześć modułów:

- 1) nabywanie świadomości deficytów przejawiających się w zachowaniu,
- 2) nabywanie wiedzy o trudnościach w rozpoznawaniu ekspresji emocjonalnej,

- 3) wypracowanie nowych sposobów nauki kompetencji społecznych,
- 4) zrozumienie natury i użyteczności procesów poznawczych zaangażowanych w interakcje społeczne,
- 5) praca nad motywacją wewnętrzną,
- 6) modyfikacja percepcji siebie i innych.

W efekcie oddziaływań rehabilitacyjnych nastąpił wzrost kompetencji nawiązywania interakcji społecznych. Według Roncone poprawa w sferze poznania społecznego przyczyniła się do polepszenia stanu zdrowia w aspekcie klinicznym oraz społecznym. Pacjenci uzyskiwali lepsze wyniki podczas rozwiązywania testów oceniających zdolność do przeprowadzania atrybucji pierwszo- i drugorzędowych TU (testy do pomiaru TU). Aby zbadać efektywność metody, wykorzystano również testy służące do oceny funkcjonowania społecznego. U pacjentów poddanych rehabilitacji stwierdzono wyższy aniżeli przed zabiegami rehabilitacyjnymi poziom zdolności poznania społecznego (Roncone i wsp. 2004).

Kolejną metodą rehabilitacji osób ze schizofrenią jest trening poznania społecznego i interakcji międzyludzkich (*social cognition and interaction training* – SCIT) Roberta i Penn (Roberts i Penn 2009). Celem 20-tygodniowego treningu była kompensacja zaburzeń percepcji emocji i TU, pochopnego tworzenia osądów oraz dokonywania błędnych atrybucji społecznych. Podczas sesji przyglądano się związkowi stanu emocjonalnego z zachowaniem, myślami oraz interakcjami społecznymi. Metoda ta jest powiązana z Racjonalną Terapią Zachowania, koncentrującą się na związku między afektem a sferą behawioralną i poznawczą (Maultsby 2008). (Prace nad wykorzystaniem tej metody w rehabilitacji funkcjonowania społecznego pacjentów ze schizofrenią i ChAD odbywają się w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu. Wstępne wyniki badań prowadzonych przez autorów niniejszego artykułu zaprezentowano podczas konferencji „Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych” w 2012 r.). Trening SCIT składał się z trzech etapów. Pierwszy etap koncentrował się na nauce prawidłowego rozpoznawania emocji. Drugi dotyczył umiejętności analizowania różnych sytuacji społecznych. Skupiano się tu na popełnianych błędach atrybucji, a także na błędach TU. Ponadto początkowe sesje pierwszego i drugiego etapu treningu polegały na psychoedukacji i dyskusji o zasadach poznania społecznego. Przeważająca część sesji była przeznaczona na naukę specyficznych, społeczno-poznawczych

strategii zachowania oraz na wykorzystanie ich do analizy społeczno-poznawczych bodźców (fotografie, materiał wideo, historie z życia uczestników). Ostatni etap treningu SCIT polegał na integracji zdobytej wiedzy i wykorzystaniu jej do rozwiązywania problemów, z jakimi pacjenci spotykają się w codziennym życiu.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że SCIT wpływa na lepsze funkcjonowanie społeczne osób chorych. Osoby poddane rehabilitacji lepiej radzą sobie z rozpoznawaniem emocji, wykrywaniem błędów atrybucji, rozpoznawaniem „białych kłamstw”, sarkazmu (zmniejsza się deficyt TU). Co istotne, rezultaty takie zaobserwowano w grupie 20 osób, które brały udział w SCIT oraz stosowały tradycyjne leczenie farmakologiczne (Roberts i Penn 2009).

Kolejną metodą rehabilitacji jest trening umiejętności poznania społecznego (*social cognitive skills training* – SCST). Składał się on z 24 sesji. Celem SCST, podobnie jak SCIT, było nabycie umiejętności rozpoznawania emocji, poprawa w zakresie korzystania z TU, a także praca nad błędami atrybucji popełnianymi przez pacjentów. Interwencje wchodzące w skład treningu zawierają połączenie RAT i SCIT, ale też dodatkowe ćwiczenia ukierunkowane na identyfikację emocji, percepcję społeczną, błąd atrybucji i mentalizację. W badaniu przeprowadzonym przez autorów uczestniczyło 30 osób, przy czym 16 z nich poddano treningowi SCST, natomiast 14 uczestniczyło w SCST połączonym z CR (*cognitive remediation* – ćwiczenia usprawniające procesy pamięci, uwagę, zwiększające szybkość przetwarzania). Program SCST funkcjonuje na zasadzie rozkładania złożonych procesów poznania społecznego na tworzące je komponenty. Stopień złożoności nauczanych umiejętności stopniowo wzrasta, a ćwiczenia są powtarzane aż do momentu, kiedy staną się nawykiem. Podczas sesji przedstawiany jest nowy materiał i przeprowadzane związane z nim ćwiczenia w grupach połączone z oglądaniem materiałów wideo (dotyczyły one np. doświadczania podejrzliwości, zbyt szybkiego przechodzenia do konkluzji, odróżniania faktów od hipotez), co zaczerpnięto z treningu SCIT.

Prezentowane podczas kolejnych sesji treści w coraz większym stopniu odnosiły się do rzeczywistego świata i funkcjonowania społecznego pacjentów. Celem treningu było uczynienie z chorych „lepszych detektywów społecznych”. Trening SCST składał się z 4 modułów:

- 1) przetwarzanie emocji (identyfikacja 6 podstawowych emocji),

- 2) percepcja społeczna (analiza wskaźników niewerbalnych, społecznego kontekstu pojawiania się emocji),
- 3) błąd atrybucji (moduł powstały na podstawie treningu SCIT),
- 4) mentalizacja (integracja wskazówek emocjonalnych i społecznych w celu lepszego rozumienia intencji i przekonań innych).

Jak wskazują wyniki badań, u uczestników treningu SCST nastąpiła poprawa przetwarzania emocjonalnego w domenie poznania społecznego. W większym stopniu dokonywali oni percepcji afektu, co miało związek z uważnością emocjonalną i zwiększeniem kontroli emocjonalnej. Korzystne efekty SCST uzyskano więc dla umiejętności, na których koncentrował się moduł pierwszy (przetwarzanie emocji). Co istotne, w badaniu nie stwierdzono lepszych wyników u osób poddanych zarówno SCST, jak i CR (Horan i wsp. 2011), co sugeruje, że trening zdolności poznawczych i trening umiejętności społecznych to dwie niezależne od siebie metody rehabilitacji, które służą kompensowaniu różnych dziedzinowo oraz funkcjonalnie deficytów.

Rehabilitacja poznawcza oraz rehabilitacja poznania społecznego w chorobie afektywnej dwubiegunowej

W ostatnim czasie programy rehabilitacji sfery poznania społecznego objęły swoim zasięgiem także ChAD. Wskazuje się, że deficyty neurokognitywne są cechą charakterystyczną zaburzeń dwubiegunowych. Do tych komponentów funkcjonowania poznawczego, które w ChAD są zaburzone, bez wątplenia należy zaliczyć pamięć, uwagę czy funkcje wykonawcze. Podobnie jak w przypadku schizofrenii, w ChAD wskazuje się na powiązania pomiędzy zaburzeniami neurokognitywnymi a deficytem funkcjonowania społecznego pacjentów. Postuluje się więc, że strategie ukierunkowane na poprawę w domenie poznawczej stosowane u osób ze schizofrenią powinny być odpowiednie także dla pacjentów z ChAD. Wskazuje się, że również w tym obszarze powinno się wprowadzić do leczenia, nawet we wczesnych stadiach choroby, interwencje uwzględniające deficyt funkcjonowania społecznego osób z ChAD. Programy takie, skupiające się na technikach neurokognitywnych i treningowych, miałyby również zawierać elementy psychoedukacji. Kluczowa wydaje się także dbałość o zachowanie tzw. ekologicznej ramy (*ecological framework*) rehabilitacji, tzn. troska o to, by następowała

rzeczywista poprawa jakości życia osoby z ChAD w codziennym funkcjonowaniu (Martínez-Arán i wsp. 2011).

Najbardziej uznawanym, pionierskim programem rehabilitacji w ChAD jest program barceloński (*Barcelona Bipolar Disorder Program*), którego skuteczność oceniono w dużym, kontrolowanym badaniu z randomizacją (Colom i wsp. 2003). Był on odpowiedzią na niedostatecznie zaspokojoną potrzebę pacjentów poznania specyfiki choroby dwubiegunowej oraz współudziału w leczeniu (Martínez-Arán i wsp. 2011). Sesje składające się na program obejmowały takie zagadnienia, jak: wiedza o zaburzeniu (czynniki etiologiczne i charakterystyka ChAD), stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia (rodzaj leków, terapie alternatywne, ryzyko związane z przerwaniem terapii), używanie substancji psychoaktywnych (ryzyko), wczesne rozpoznawanie nowych epizodów (strategie radzenia sobie, objawy), radzenie sobie ze stresem (*Problem Solving Therapy* – Trening Rozwiązywania Problemów) (Colom i Vieta 2006).

Trwający 21 tygodni program psychoedukacyjny okazał się skuteczny. Dowiedziono, że w wyniku psychoedukacji zmniejszyła się liczba osób, u których stwierdzono nawrót choroby. Ponadto u osób z ChAD poddanych oddziaływaniom psychoedukacyjnym wydłużył się czas remisji. Stwierdzono również wpływ psychoedukacji na liczbę i długość hospitalizacji. Program barceloński, z racji swojej skuteczności, stanowił punkt wyjścia dla kolejnych interwencji ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania pacjentów. Na jego podstawie powstał program funkcjonalnej rehabilitacji (*functional remediation* – FR), który w większym stopniu dotyczył funkcjonowania społeczno-poznawczego pacjentów (Martínez-Arán i wsp. 2011). Program koncentrował się zarówno na deficytach neuropoznawczych, jak i na praktycznych aspektach funkcjonowania społecznego pacjentów. Sesje prowadzone w ramach programu zostały tematycznie podzielone w następujący sposób: psychoedukacja, poprawa uwagi w codziennych sytuacjach, techniki i strategie radzenia sobie z deficytami pamięci, rehabilitacja funkcji wykonawczych, czyli rozwiązywanie problemów, planowanie czasu, ustalenie priorytetów. Pozostałe sesje miały się przyczynić do poprawy komunikacji, relacji interpersonalnych, autonomii oraz radzenia sobie ze stresem. Zastosowane techniki pracy to: modelowanie, odgrywanie ról, instrukcje werbalne, samoinstruowanie, pozytywne wzmocnienia oraz wskazówki metapoznawcze. Do programu włączono rów-

niez zagadnienia związane z problemami dotyczącymi codziennego funkcjonowania, co umożliwiło transfer nabytych umiejętności do codziennej praktyki. Efektywność programu funkcjonalnej rehabilitacji wykazano za pomocą testów poznawczych oraz kwestionariuszy sprawdzających jakość życia pacjenta i jego funkcjonowanie społeczne. Rehabilitacja funkcjonalna jest innowacyjną metodą oddziaływania, szczególnie dla pacjentów z ChAD. Wskazuje się, że ta forma rehabilitacji jest bardziej skuteczna aniżeli programy psychoedukacyjne czy tradycyjne formy leczenia, skupione jedynie na deficytach poznawczych (Vieta 2012).

Podsumowanie

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy zauważyć, że rehabilitacja zaburzeń psychicznych przebiega wielotorowo. Obok skuteczności farmakoterapii i psychoterapii, wskazuje się także na pozytywne efekty zabiegów psychoedukacyjnych oraz rehabilitacji poznawczej i poznania społecznego. Zgodnie z doniesieniami empirycznymi uznaje się, że rehabilitacja poznawcza (CR) prowadzi jedynie do poprawy funkcji poznawczych u osób ze schizofrenią, co nie przekłada się na wzrost umiejętności z domeny poznania społecznego (Horan i wsp. 2011). Z kolei badania efektywności treningu TAR, skupiającego się na rehabilitacji poznania społecznego, wskazują, że program ten powoduje zmianę zarówno w sferze poznania społecznego, jak i w obszarze funkcji poznawczych, np. werbalnej pamięci roboczej. Dowiedziono, że w programach rehabilitacyjnych, których celem jest poprawa funkcjonowania społecznego pacjentów, skupienie się na zmianie procesów poznawczych nie jest konieczne, ponieważ poprawa w tej domenie jest jednym z pośrednich skutków tego typu oddziaływań (Horan i wsp. 2011). Choć brakuje badań postulujących podobną prawidłowość w odniesieniu do ChAD, należy stwierdzić, że również w przypadku tej jednostki chorobowej rehabilitacja poznania społecznego jest bardziej skuteczna niż programy psychoedukacyjne czy tradycyjne formy leczenia skupione jedynie na deficytach funkcji poznawczych (Vieta 2012).

Piśmiennictwo

1. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Psychologia społeczna. Serce i umysł. Zysk i S-ka, Warszawa 1997.
2. Baron-Cohen S. Mindblindness. An Essay on Autism and Theory of Mind. MIT Press, A Bradford Book, Cambridge 1995.
3. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, et al. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 241-251.
4. Bora E, Vahip S, Gonul AS, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 110-116.
5. Bora E. Theory of mind in schizophrenia spectrum disorders. *Turk Psikiyatri Derg* 2009; 20: 269-281.
6. Brüne M, Schaub D, Juckel G, Langdon R. Social skills and behavioral problems in schizophrenia: the role of mental state attribution, neurocognition and clinical symptomatology. *Psychiatry Res* 2011; 190: 9-17.
7. Carter CS, Barch DM, Gur R, et al. CNTRICS final task selection: social cognitive and affective neuroscience – based measures. *Schizophr Bull* 2009; 35: 153-162.
8. Colom F, Vieta E. Psychoeducation manual for bipolar disorder. Cambridge University Press; Cambridge 2006; 66.
9. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 402-407.
10. Dougherty FE, Bartlett ES, Izard CE. Responses of schizophrenics to expressions of the fundamental emotions. *J Clin Psychol* 1974; 30: 243-246.
11. Dziobek I, Rogers K, Fleck S, et al. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *J Autism Dev Disord* 2008; 38: 464-473.
12. Feuerstein R. Instrumental enrichment. University Park Press, Baltimore 1980.
13. Forcada I, Papachristou E, Mur M, et al. The impact of general intellectual ability and white matter volume on the functional outcome of patients with Bipolar Disorder and their relatives. *J Affect Disord* 2011; 130: 413-420.
14. Frith CD, Corcoran R. Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychol Med* 1996; 26: 521-530.
15. Frith CD, Frith U. Social cognition in humans. *Curr Biol* 2007; 17: R724-732.
16. Frommann N, Streit M, Wölwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. *Psychiatry Res* 2003; 117: 281-284.
17. Horan WP, Kern RS, Tripp C, et al. Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 1113-1122.
18. Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. Deficiency of the theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord* 2004; 82: 403-409.
19. Karakuła H, Moryłowska-Topolska J, Urbańska S i wsp. Wgląd w chorobę a zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii – przegląd literatury. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12: 510-515.
20. Kayser N, Sarfati Y, Besche C, Hardy-Baylé MC. Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of "theory of mind" impairment of schizophrenia. *Neuropsychol Rehabil* 2006; 16: 83-95.
21. Keefe RS, Silva SG, Perkins DO, Lieberman JA. The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and metaanalysis. *Schizophr Bull* 1999; 25: 201-222.
22. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003; 73: 253-259.
23. Lieberman RP, Green MF. Whither cognitive – behavioral therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992; 18: 27-35.

24. Martínez-Arán A, Torrent C, Solé B, et al. Functional remediation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011; 7: 112-116.
25. Maultsby MC. Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej. Wydawnictwo Dominika Księskiego Wulkan, Żnin 2008.
26. Mazza M, Lucci G, Pacitti F, et al. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? *Neuropsychol Rehabil* 2012; 20: 675-703.
27. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord* 2010; 123: 264-269.
28. Putko A. Dziecięca 'teoria umysłu' w fazie jawnej i utajonej a funkcje wykonawcze. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2008.
29. Roberts DL, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2009; 166: 141-147.
30. Rocca CC, Heuvel E, Caetano SC, Lafer B. Facial emotion recognition in bipolar disorder: a critical review. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31: 171-180.
31. Roncone R, Mazza M, Frangou I, et al. Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: a pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychol Rehabil* 2004; 14: 421-435.
32. Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 266-280.
33. Sarfati Y, Hardy-Bayle MC, Nadel J. Attribution of mental states to others by schizophrenic patients. *Cog Neuropsych* 1997; 2: 1-17.
34. Sarfati Y, Passerieux C, Hardy-Baylé M. Can verbalization remedy the theory of mind deficits in schizophrenia? *Psychopathology* 2000; 33: 246-251.
35. Shamay-Tsoory S, Harari H, Szepsenwol O, Levkovitz Y. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009; 21: 59-67.
36. Stratta P, Daneluzzo E, Bustini M, et al. Schizophrenic patients use context-independent reasoning most often than context-dependent reasoning as measured by the cognitive bias task (CBT): a controlled study. *Schizophr Res* 1999; 37: 45-51.
37. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition* 2000; 76: 59-90.
38. Vieta E. Functional remediation for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012; 14 (Suppl. 1): 12-37.
39. Wiener D, Rybakowski J. Zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2006; 40: 205-218.
40. Wiener D, Andrzejewska M, Bodnar A, Rybakowski J. Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2011; 6: 85-92.
41. Wolf F, Brüne M, Assion HJ. Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12: 657-666.