

Poznanie społeczne w schizofrenii. Mentalizacja i poziom funkcjonowania psychospołecznego

Martin Brüne, Gregor Juckel

Nervenarzt 2010; 81:339–346

Chorzy na schizofrenię doświadczają często, szczególnie w początkowej fazie choroby, pogorszenia w zakresie funkcjonowania psychospołecznego. Najnowsze badania wykazały, że zaburzenia społeczno-poznawcze, jak na przykład trudności w przyjęciu punktu widzenia innej osoby (mentalizacja), mają prawdopodobnie związek przyczynowy z zaburzeniami funkcjonowania psychospołecznego w schizofrenii. W tej pracy omówiono te związki. Wyniki badań wskazują na potrzebę włączenia treningów społeczno-poznawczych do kompleksowych programów leczenia zaburzeń schizofrenicznych. Jak do tej pory nie jest jasne, czy poprawa w zakresie poznania społecznego i poziomu funkcjonowania psychospołecznego uzyskana w trakcie treningów będzie trwała w dłuższej perspektywie czasowej. Aby to ocenić, potrzebne są długoterminowe badania. Jak dotychczas takich badań nie opublikowano.
Słowa kluczowe: schizofrenia, poznanie społeczne, mentalizacja, poziom funkcjonowania psychospołecznego, metody treningu społeczno-poznawczego

Pojęcie „schizofrenia” albo „grupa schizofrenii” zostało wprowadzone przez Eugena Bleulera.¹ Obejmuje ono heterogenne zaburzenia, w których mogą występować zaburzenia formy i treści myślenia, zaburzenia afektu, woli, różnorodne zaburzenia psychomotoryczne oraz rozmaite deficyty poznawcze. Wspólną cechą tych heterogennych zespołów jest to, że często towarzyszą im zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego. Poziom funkcjonowania psychospołecznego mierzony jest, między innymi na podstawie takich wskaźników jak zdolność do samodzielnej egzystencji, dbanie o higienę osobistą, umiejętność znalezienia i utrzymania stałej pracy oraz adekwatnego zachowania się w różnych sytuacjach społecznych.²

Zaburzenia te mogą przejawiać się w sposób subtelny i podstępnie, kiedy chorzy stopniowo wycofują się z kontaktów społecznych, ale także przez zachowania znacznie odbiegające od obowiązujących norm kulturowych, takie jak brak dystansu lub nieprzestrzeganie zasad życia społecznego. Wielu chorych ma w związku z tym problemy z pełnieniem ról społecznych oraz spełnianiem związanych z nimi wymagań: nawiązywaniem i utrzymaniem odpowiednich stosunków interpersonalnych oraz dostatecznym dbaniem o własne sprawy. Tego typu problemy najwidoczniejsze są u osób chorujących przewlekle. Wiele jednak wskazuje na to, że pogorszenie funkcjonowania psy-

chospołecznego może wyprzedzać pojawienie się samej choroby. Poziom funkcjonowania pogarsza się znacznie wraz z postępem choroby, a trudności psychospołeczne prowadzą do większego odsetka nawrotów i częstszych hospitalizacji.³ Inaczej mówiąc, w schizofrenii poziom funkcjonowania psychospołecznego jest ważnym czynnikiem prognostycznym i równie znaczącym wskaźnikiem do oceny metod leczniczych.^{4,5} Zrozumiałe więc, że zainteresowanie wzbudzają metody terapeutyczne przynoszące poprawę w zakresie funkcjonowania psychospołecznego oraz objawów psychopatologicznych leżących u podstaw zaburzenia. Zatem zmiana koncepcji leczenia wynika z tego, że jego skuteczność zależy nie tylko od redukcji objawów psychopatologicznych, lecz również stopnia reintegracji, funkcjonowania psychospołecznego oraz subiektywnej oceny chorych.⁶

Chociaż znaczenie rehabilitacji psychospołecznej w leczeniu chorych na schizofrenię oraz podejmowanych prób stosowania treningów poznawczych do poprawy funkcjonowania psychospołecznego jest duże,⁷ to wiedza na temat czynników poznawczych wpływających na zaburzenia interakcji psychospołecznych w schizofrenii jest tylko częściowa. W wielu artykułach teoretycznych mowa o tym, że w odniesieniu do upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego zaburzenia poznania „społecznego” mają praw-

dopodobnie większe znaczenie niż zaburzenia innych obszarów poznawczych, na przykład inteligencji ogólnej.⁸⁻¹⁰ W schizofrenii poznanie społeczne miałoby znaczenie w odniesieniu do interakcji społecznych, umiejętności utrzymania niezależności, powodzenia w życiu zawodowym oraz udziału w życiu społecznym.¹¹ W tym artykule przedstawiony zostanie w szczególności związek między poznaniem społecznym a poziomem funkcjonowania psychospołecznego w schizofrenii.

Opis pojęcia

Wyrażenie „poznanie społeczne” oznacza odbieranie i opracowywanie sygnałów społecznych. Tym samym zachowanie w stosunku do innych jest pewną formą reprezentacji poznawczej Ja, dzięki czemu istnieje możliwość jego odpowiedniego dostosowywania w aspekcie społecznym.¹² Poznanie społeczne jest równie ważne w czasie interakcji społecznych w zachowaniu świadomym, jak i nieświadomym. Dotyczy ono rozpoznawania i interpretacji emocji wyrazu twarzy, postawy ciała i prozodii, poczucia własnego stanu, potrzeb i życzeń, jak również rozumienia intencji, myśli i uczuć innych.¹³ W języku angielskim ostatni z wymienionych aspektów określany jest słowami „theory of mind”^{14,15} lub „mentalising”;¹⁶ wyrażenia te nie mają odpowiedniego zgrabnego określenia w języku niemieckim (w języku polskim: teoria umy-

słu, mentalizacja, psychizacja – przyp. tłum.). Częściowo, pojęcia te pokrywają się z wprowadzonym przez Conrada określeniem „Fähigkeit zum Überstieg” („umiejętność przekraczania” – przyp. tłum.).¹⁷

Nie ma ostrej granicy między określeniami „poznanie społeczne” i „empatia” oraz „wzrokowo-przestrzenna zmiana perspektywy” i „obróć w myślach”, będącymi procesami powiązаныmi ze sobą zarówno pod względem neuropsychologicznym i neurobiologicznym, jak i rozwoju ewolucyjnego.¹⁸ Mają one także bliskie związki z procesami motywacyjnymi, uwagi, pamięci autobiograficznej i podejmowania decyzji.¹³ W znacznym stopniu podobnie używane jest także określenie „metapoznanie”, opisujące zdolność do poruszania się w przestrzeni i czasie w wyobraźni oraz umiejętność rozumienia „z perspektywy innej osoby” własnych myśli i uczuć,^{12,19,20} a także przyjęcia alternatywnego systemu odniesienia. Autorzy wolą tutaj używać wyrażenia „mentalizacja”, jako określenia zdolności rozumienia własnych myśli, uczuć, pragnień i intencji jak również i tych pochodzących od innych osób. W kontekście omawiania procesów metapoznawczych w chorobach psychicznych należy podkreślić, że w naturalny sposób także u osób psychicznie zdrowych rozumienie procesów psychicznych innych ludzi obarczone jest dużym ryzykiem błędu²¹ oraz zawsze ma związek z określonym kontekstem. Jest to problem, który będzie jeszcze poruszony w dalszej części artykułu.

Mentalizacja i podstawowe objawy schizofrenii

Pierwszy opis przebiegu procesów poznawczych w schizofrenii, określanych dziś, jako zaburzenia mentalizacji, pochodzi od Conrada.¹⁷ Zgodnie z teoretyczną analizą powstawania urojeń według Conrada, chory na schizofrenię początkowo traci umiejętność zmieniania systemu odniesienia, „przekraczania” (faza apofanii). W dalszym rozwoju, w fazie nazywanej anastrofą, chory ostatecznie przeżywa siebie jako centrum wszelkich wydarzeń. Jednocześnie granice Ja stają się kruche, własne myśli odbierane są jako podlegające wpływowi z zewnątrz, dostępne innym lub pod postacią głosów komentujących.¹⁷ Objawy te w piśmiennictwie angloamerykańskim określane są pojęciem „passivity symptoms” (owładnięcia – przyp. tłum.).

Niezależnie od prac Conrada, brytyjski neuropsycholog Christopher D. Frith¹⁶ przedstawił związek podstawowych objawów schizofrenii z zaburzeniami mentalizacji. Frith rozróżnia trzy rodzaje zaburzeń, które każdorazowo mogą warunkować różne zespoły objawów:

1. zaburzenia aktywności związanej z wolą („willed action”),
2. zaburzenia procesu samosterowania („self-monitoring”) i
3. zaburzenia krytycznego odbierania intencji innych („monitoring the intentions of others”).

W pierwszym przypadku, u chorych na schizofrenię zaburzone jest przede wszystkim przekładanie własnych intencji na działanie; z jednej strony może to prowadzić do tego, że chory nie jest w ogóle w stanie wygenerować żadnego spontanicznego zachowania, co klinicznie może się objawiać jako objawy negatywne. Z drugiej strony przekładanie intencji na zachowanie może być zaburzone w taki sposób, że odpowiedź na nieistotne bodźce nie jest wygaszana lub działanie nie może być ukończone, co może przejawiać się pod postacią zdeorganizowanego zachowania albo persewacji. W drugim przypadku, jako następstwa zaburzonej percepcji, własne myśli mogą być odbierane jako pochodzące z zewnątrz. Mogłoby to wywoływać takie charakterystyczne zaburzenia Ja jak nasyłanie, rozgłaszanie, zabieranie myśli, jak również niektóre rodzaje omamów słuchowych (rozróżnianie Ja i inni, por. także Newen i Vogeley.²²). Z powodu trudności w adekwatnej, związanej z sytuacją i prawdopodobieństwem zaistnienia, ocenie przypuszczeń dotyczących intencji i wiedzy innych u chorych na schizofrenię mogą powstawać urojenia prześladowcze i odnoszące. Frith¹⁶ widzi to jako system hierarchiczny, według którego u pacjentów z zaburzeniami woli i dominującymi zaburzeniami zachowania zdolność mentalizacji byłaby najgłębiej zaburzona, natomiast pacjenci z urojeniami mieliby trudności z prawidłową i spontaniczną interpretacją intencji innych, podczas gdy pacjenci z tzw. objawami owładnięcia cechowałiby się względnie niewielkimi zaburzeniami zdolności rozumienia intencji i uczuć innych. W odróżnieniu od modelu Fritha, Abu-Akel²³ wskazuje, że rozkojarzenie i niespójność myślenia chorego na schizofrenię można tłumaczyć w ten sposób, że pacjent przypisuje rozmówcy wiedzę dotyczącą swoich własnych (tzn. pacjenta) myśli, do których w rzeczywistości jego rozmówca nie ma dostępu. Inaczej mówiąc, wydaje się, że chory na schizofrenię mentalizują raczej zbyt wiele niż niedostatecznie. Marie-Christine Hardy-Baylé z francuskiego zespołu badawczego²⁴ postuluje, inaczej niż w modelu Fritha,¹⁶ że deficyty funkcji wykonawczych w schizofrenii prowadzą do tego, że chorzy nie są w stanie odpowiednio zintegrować informacji płynących z kontekstu. Innymi słowy, ze względu na brak umysłowej reprezentacji zaplanowanego przez chorego działania, zaburzona jest jednocześnie również umiejętność rozumienia sposobu zachowania innych

osób, tj. zachowania powstałego na bazie ich intencji lub uczuć. Zgodnie z tym modelem zaburzenia mentalizacji powinny być najbardziej wyrażone u chorych z dezorganizacją myślenia i zachowania.

Wyniki badań empirycznych nad zaburzeniem procesów mentalizacji w schizofrenii

Wyniki badań dotyczących mentalizacji w schizofrenii nie są jednoznaczne. Jest to związane między innymi z heterogennością i niedostatecznym potwierdzeniem przydatności stosowanych testów. W niektórych badaniach, aby ograniczyć wpływ pamięci operacyjnej na wyniki, wykorzystywane są kreskówki. Takie proste zadania są niestety mało selektywne. Zadania złożone badające procesy mentalizacji zawierające krótkie teksty są czulsze, natomiast do ich wykonania w znacznej mierze wykorzystywane są także inne funkcje poznawcze. Ogólnie, dane przemawiają za tym, że zaburzenia mentalizacji u chorych na schizofrenię są raczej niezależne od innych funkcji poznawczych, choć ich związek z inteligencją, kontrolą zachowania oraz pamięcią deklaratywną²⁵ jest oczywisty (przegląd zagadnień u Brüne²⁶ i Harrington²⁷). Co w więcej wydaje się, że zaburzenia mentalizacji u chorych na schizofrenię są ściśle związane z pamięcią autobiograficzną (przegląd zagadnień u Brüne²⁶). W taki sposób trudności w odtwarzaniu materiału autobiograficznego, dotyczącego aktualnych danych interakcji społecznych, mogłyby zakłócać zdolność rozumienia tu i teraz myśli i uczuć innych ludzi.²⁸

Ogólnie, dowody wskazują, że podczas badania większych grup chorych, bez podziału na podtypy, deficyty mentalizacji występują wybiórczo w schizofrenii, niezależnie od tego, czy stosowane testy są zadaniami wzrokowymi (np. historyjki obrazkowe), słuchowymi (krótkie teksty) czy prezentowanymi w formie złożonych zadań językowych wymagających rozumienia żartów i gaf (przegląd zagadnień u Kölkebeck²⁹). Gdy tylko grupy zostaną podzielone na podtypy, zmienia się także obraz. Zgodnie z teorią Hardy-Baylé's zaburzenia mentalizacji w schizofrenii zdeorganizowanej są bardziej zależne od zaburzeń funkcji wykonawczych niż w schizofrenii paranoidalnej.^{30,31} W jednej z metaanaliz wykazano także, że ogólnie u pacjentów cierpiących z powodu schizofrenii zdeorganizowanej najgłębsze zaburzenia dotyczą zdolności mentalizacji.

W odniesieniu do związku między mentalizacją a powstawaniem urojeń dane są również bardzo różnorodne. Harrington i wsp.²⁷ wykazali bezpośredni związek między urojeniami a deficytem mentalizacji, który korelował z nasileniem urojeń paranoidalnych i cza-

sem trwania choroby. W innych badaniach nie wykazano jednak takiego związku.³² Pickup i Frith³³ postawili hipotezę (również nieudowodnioną), że niektórzy pacjenci paranoidalni, przynajmniej w warunkach eksperymentalnych, mimo deficytów mentalizacji potrafili prawidłowo wskazać właściwe rozwiązanie na podstawie rozumowania analogicznego. W każdym razie wydaje się, że u pacjentów z wyraźnymi zaburzeniami urojeniowymi stwierdzany deficyt mentalizacji wytłumaczyć można pewnym zaburzeniem elastyczności funkcji poznawczych.³⁴

Kolejnym często dyskutowanym problemem dotyczącym zaburzenia mentalizacji w schizofrenii jest pytanie, czy chodzi o zaburzenie zależne od stanu, czy przebiegu choroby? Zarówno Frith,¹⁶ jak i Hardy-Baylé²³ proponują modele, w których u chorych w okresie remisji zdolność mentalizacji jest raczej niezaburzona. Przeciwko temu przemawiają jednak badania, w których wykazano, że krewni pierwszego stopnia chorych na schizofrenię wypadają gorzej w testach badających umiejętność mentalizacji w porównaniu z nieobciążonymi rodzinie schizofrenią osobami zdrowymi,³⁵ a także, że badane osoby zdrowie z wyraźnymi cechami schizotypowymi uzyskują gorsze wyniki w testach w porównaniu ze zdrowymi o niewielkim stopniu nasilenia takich cech. Ponadto, u badanych z wyraźnymi cechami schizotypowymi częściej występuje myślenie magiczne i inne niezwykle doznania. Mogłoby to oznaczać, tak jak postuluje Frith,¹⁶ że zaburzenia mentalizacji mogłyby być przyczyną powstawania objawów psychotycznych.

Podsumowując aktualne wyniki badań, można powiedzieć, że zaburzenia mentalizacji u chorych na schizofrenię utrzymują się raczej na stałym poziomie w trakcie przebiegu choroby, brak jednak jak dotychczas badań długoterminowych.

Mentalizacja a poziom funkcjonowania psychospołecznego w schizofrenii

Tradycyjnie zaburzenia pamięci operacyjnej, fluencja słowna czy plastyczność poznawcza i funkcje wykonawcze uważane są za mające największy wpływ na poziom funkcjonowania psychospołecznego chorych na schizofrenię. Fakt występowania w schizofrenii zaburzeń poznawczych jest bezsporny i udowodniony. Wydaje się jednak, że tego typu zaburzenia tylko w niewielkim stopniu wyjaśniają przyczynę upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego chorych (przeгляд zagadnień w Penn i wsp.³³). Od dawna postuluje się, że badania deficytów społeczno-poznawczych mogą wnieść wiele informacji przydatnych do wyjaśnienia zagadnienia

zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego w schizofrenii.^{3,9,36} Najnowsze badania sugerują, że funkcje społeczno-poznawcze i inne funkcje neuropoznawcze niezależnie wpływają na obraz psychozy³⁷ i że zaburzenia społeczno-poznawcze bardziej niż inne zaburzenia poznawcze są związane z ograniczeniami w zakresie funkcjonowania psychospołecznego.^{8,38}

Roncone i wsp.³⁹ jako pierwsi mogli wskazać bezpośredni związek między zaburzeniami mentalizacji a ograniczonym funkcjonowaniem psychospołecznym w schizofrenii. W ich badaniu zaburzenia mentalizacji okazały się drugim (po czasie trwania choroby) predyktorem zaburzonego funkcjonowania psychospołecznego, mierzonego skalą WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule,⁴⁰ a tym samym znalazły się przed takimi czynnikami jak fluencja słowna, funkcje wykonawcze, a również objawy pozytywne i negatywne. Podobne wyniki uzyskano w innym badaniu, z tą różnicą, że zaburzenia mentalizacji wyjaśniały w odniesieniu do zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego nawet powyżej 25% zmienności, tym samym ich wartość predykcyjna była większa niż czasu trwania choroby.⁴¹ W odróżnieniu od wyników zespołu włoskiego w badaniu własnym wykorzystano niemieckie tłumaczenie skali Social Behaviour Schedule,⁴² oceniającej określone aspekty kompetencji społecznych. W kolejnym badaniu na niezależnej próbie autorzy mogli wykazać, że zaburzenia mentalizacji wyjaśniały nawet 50% wariacji poziomu funkcjonowania psychospołecznego, podczas gdy nasilenie objawów pozytywnych i czas trwania choroby miały tylko niewielki wpływ, natomiast inteligencja, funkcje wykonawcze, jak również dawka leku przeciwpsychotycznego nie wpływały na poziom funkcjonowania psychospołecznego.⁸ W innym podobnym badaniu Bora i wsp.³⁸ stwierdzili, że trudność w rozpoznawaniu stanu psychicznego na podstawie fotografii okolicy oczu przez chorych na schizofrenię⁴³ ściśle koreluje z ograniczeniem funkcjonowania psychospołecznego, a związek ten jest istotny statystycznie, gdy kontrolowane są inne zaburzenia poznawcze.³⁸

Podobne wyniki uzyskano w badaniu Lysakera i wsp.,¹² w którym badano umiejętność mentalizacji na postawie skali Metacognition Assessment Scale (MAS) z użyciem półstandaryzowanego wywiadu.⁴⁴ U pacjentów umiejętność przyjmowania perspektywy innych ludzi oraz rozumienia i odzwierciedlenia własnych przeżyć silnie związana była z funkcjami wykonawczymi i uczeniem semantycznym. Choć w tym badaniu funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów oceniano na podstawie skali Quality of Life Scale,⁴⁵ to najlepszą podstawą do prognozowania okazała się umiejętność rozpoznawania problemów

i znajdowania rozwiązania.¹² Godne uwagi jest też inne spostrzeżenie tego samego zespołu: u chorych na schizofrenię można również wykazać związek między umiejętnością rozpoznawania i odzwierciedlania własnych stanów i przeżyć psychicznych a powodzeniem w życiu zawodowym.⁴⁶

Podsumowując, przedstawione badania wskazują, że w schizofrenii zaburzenia w zakresie umiejętności społeczno-poznawczych, w tym miejscu wąsko definiowane jako umiejętność przyjmowania perspektywy innych osób oraz odzwierciedlania na podstawie własnych myśli i uczuć, są ważnym predyktorem zaburzeń w sferze funkcjonowania psychospołecznego. Mogą być rozpatrywane jako przyczyna upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego, to jest zaburzeń umiejętności radzenia sobie i rozsądnego zachowania w środowisku społecznym.

Trening społeczno-poznawczy

W kilku badaniach wykazano, że ograniczenia funkcjonowania psychospołecznego w schizofrenii korelują w niewielkim stopniu z nasileniem objawów pozytywnych i negatywnych i słabo odpowiadają na terapię lekami przeciwpsychotycznymi.⁶ Wyniki badań nie są jednoznaczne co do tego, w jakim stopniu leczenie neuroleptykami może poprawić funkcje społeczno-poznawcze w schizofrenii.^{36,47} Co za tym idzie, potrzebne są nowe formy interwencji, które mogłyby poprawić poziom funkcjonowania psychospołecznego chorych. Prawdopodobnie takim najskuteczniejszym sposobem są treningi umiejętności społeczno-poznawczych. Jak do tej pory niewiele jest badań oceniających, czy i w jakim stopniu poprawa umiejętności społecznych, nabyta podczas tego typu treningów, jest w stanie wpłynąć na poprawę poziomu funkcjonowania psychospołecznego.^{7,48}

Zintegrowany psychologiczny program terapeutyczny (IPT), został specjalnie stworzony, aby poprawić kompetencje społeczne przewlekle chorych pacjentów ze schizofrenią.⁴⁹ Zawiera on elementy odnoszące się bezpośrednio do procesów mentalizacji, jak choćby uczenie skoncentrowane na takich umiejętnościach jak dostrzeganie własnych potrzeb i podejmowanie decyzji. Jak wykazano w kilku badaniach i jednej niedawno opublikowanej metaanalizie, IPT jest skuteczny w odniesieniu do psychospołecznej reintegracji chorych na schizofrenię.^{7,50}

W ostatnich latach powstały specjalistyczne programy terapeutyczne, autorstwa Roberta i Penna¹⁹ oraz Moritza i Woodwarda,⁵¹ w których kładzie się jeszcze większy nacisk na problem mentalizacji i pochodne koncepcje, jak na przykład style atrybucji. Stworzony przez Roberta i Penna podręcznik

do programu „Social Cognitive Interaction and Treatment Program” (SCIT) dla chorych na schizofrenię zawiera kilkustopniowy trening umiejętności społeczno-poznawczych. Obejmuje on różne aspekty umiejętności społeczno-poznawczych, między innymi dotyczące zaburzeń mentalizacji.⁵² SCIT podobnie jak IPT, jest prowadzony w trybie spotkań grupowych. W jednym z badań pilotażowych zespół badawczy pod kierownictwem Penna wykazał, że po treningu społeczno-poznawczym umiejętności mentalizacji chorych znacznie się poprawiły,³⁶ a wśród chorych na schizofrenię skierowanych sądownie na leczenie uzyskano poprawę w zakresie kompetencji społecznych, jak również redukcji zachowań agresywnych.⁴⁸ W kolejnym badaniu Roberts i Penn⁵³ wykazali, że trening SCIT pod względem funkcjonowania psychospołecznego, mierzono na podstawie zachowania badanych podczas odgrywania ról (Social Skills Performance Assessment⁵⁴) daje istotnie lepsze wyniki niż leczenie standardowe.

Podobny program, stworzony przez Moritza i Woodwarda⁵¹ (metapoznawczy trening dla chorych na schizofrenię, MKT), cechuje się porównywalną skutecznością. Również MKT został stworzony do terapii grupowej, obejmując różnorodne moduły, podczas których trenowane są poszczególne aspekty, takie jak mentalizacja, atrybucja, rozpoznawanie emocji. Odpowiednio, w jednym z pierwszych badań trening metapoznawczy został wykorzystany w celu zmniejszenia odsetka nawrotów u chorych na schizofrenię.⁵⁵ W odróżnieniu od badania Combsa i wsp.⁴⁸ trening MKT redukował również nasilenie objawów pozytywnych u chorych na schizofrenię.

Ogólnie rzecz biorąc badania pokazują, że trening społeczno-poznawczy może być z powodzeniem stosowany u pacjentów ze schizofrenią i wpływa on pozytywnie na ich poziom funkcjonowania psychospołecznego.

Omówienie

Schizofrenia jest poważną często przewlekłą chorobą psychiczną. Rokowanie zależy nie tylko od zmniejszenia nasilenia objawów, ale również w znacznym stopniu od osiągniętego poziomu funkcjonowania psychospołecznego i jakości życia.⁵⁶ Badania z ostatnich pięciu lat pokazują, że funkcjonowanie psychospołeczne chorych na schizofrenię zależy silnie od posiadanych zasobów poznawczych, wśród których szczególne znaczenie mają te obejmowane hasłem „społeczne poznanie”.³⁶ Jak pokazały niezależnie od siebie niektóre, różniące się metodologią badania, umiejętność rozpoznawania własnych stanów psychicznych i innych osób ma dużą wartość predykcyjną w odniesieniu do poziomu funkcjonowania psychospołecznego w schizofrenii, właściwie niezależnie od innych

funkcji poznawczych oraz całkowicie niezależnie od objawów.^{8,38} Ponieważ nie wiadomo, jaki wpływ na zaburzenia funkcjonowania społeczno-poznawczego mają leki przeciwpsychotyczne i nie stwierdzono jednoznacznych związków między odpowiednią na farmakoterapię (mierzoną redukcją nasilenia objawów) i poziomem funkcjonowania psychospołecznego, jest jasne, że interwencje niefarmakologiczne zyskują wybitne znaczenie.

W związku z tym interesujące jest też pytanie, czy zaburzenia w zakresie poznania społecznego mogą stanowić jakiś endofenotyp – wydaje się, że kryteria są spełnione, a mianowicie dziedziczenie, stałość nasilenia, podobne ryzyko w populacji ogólnej i częstsze występowanie u zdrowych krewnych.⁵⁷ Teoretycznie w przypadku powtarzalności wyników możliwe byłoby określenie genetycznych markerów umiejętności społeczno-poznawczych. Mogłoby mieć to istotne znaczenie we wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń psychotycznych. Wdrożenie elementów treningu społeczno-poznawczego do podręczników edukacyjnych⁵⁸ mogłoby być pomocne w leczeniu, a nawet zapobieganiu ujawnianiu się objawów psychotycznych.

Obecnie trudno stwierdzić, jak bardzo trwale są rezultaty tego typu treningów. Jednocześnie badania pokazały, że w porównaniu ze standardowym treningiem IPT celowany trening kompetencji społecznych wyraźnie redukuje odsetek nawrotów w ciągu prawie jednego roku obserwacji.⁷

Podsumowanie

Podsumowując, leczenie schizofrenii wiele zawdzięcza nowym badaniom deficytów poznawczych. Założenia oddziaływań terapeutycznych polegają na poprawie funkcjonowania psychospołecznego i jakości życia chorych na schizofrenię.

Coraz wyraźniej widać, że zaburzenia poznania społecznego mają szczególny wpływ na kompetencje społeczne i poziom funkcjonowania psychospołecznego pacjentów ze schizofrenią. Dzięki specjalnym treningom deficyty te mogą być leczone. W przyszłości tego typu celowane treningi powinny stać się stałym elementem wielokierunkowego programu leczenia psychoz schizofrenicznych.

© Springer Medizin Verlag 2009. This article Soziale Kognition bei Schizophrenien Mentalisierung und psychosoziales Funktionsniveau by M. Brüne and G. Juckel is translated and reproduced with permission from Springer.

Piśmiennictwo

1. Bleuler E (1911) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien Deuticke*, Leipzig
2. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L et al (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational

Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 1001:323-329

3. Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, Lieberman J (2003) Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:815-824
4. Burns T, Patrick D (2007) Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 116:403-418
5. Juckel G, Schaub D, Fuchs N et al (2008) Validation of the personal and social performance (PSP) scale in a german sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 104(1-3):287-293
6. Naber D, Moritz S, Lambert M et al (2001) Schizophrenic psychopathology and subjective wellbeing under neuroleptics. *Schizophr Res* 50:79-88
7. Roder V, Brenner HD, Muller D et al (2002) Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 105(5):363-371
8. Brune M, Abdel-Hamid M, Lehmkämper C, Sonntag C (2007) Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophr Res* 92:151-159
9. Green MF, Olivier B, Crawley JN et al (2005) Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches conference. *Schizophr Bull* 31(4):882-887
10. Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP et al (1997) Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull* 121:114-132
11. Couture SM, Penn DL, Roberts DL (2006) The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull* 32:44-63
12. Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G et al (2005) Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 112:64-71
13. Adolphs R (2001) The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol* 11(2):231-239
14. Leslie A (1987) Pretence and representation: The origins of „theory of mind”. *Psychol Rev* 94:412-442
15. Premack D, Woodruff G (1978) Does the chimpanzee have a „Theory of Mind”? *Behav Brain Sci* 4:515-526
16. Frith CD (1992) *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates, Hove, UK
17. Conrad K (1959/1992) *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
18. Brune M, Brune-Cohrs U (2006) Theory of Mindevolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev* 30:437-455
19. Roberts DL, Penn DL (2006) *Social Cognition and Interaction Training (SCIT), Training Manual*. Unpublished manuscript
20. Vogeley K, Bussfeld P, Newen A et al (2001) Mind reading: neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. *Neuroimage* 14(1):170-181
21. Gigerenzer G (1997) The modularity of social intelligence. In: White A, Byrne RW (eds) *Machiavellian Intelligence II: Extensions and Evaluations*. Cambridge Univ Press, Cambridge, pp 264-288
22. Newen A, Vogeley K (2003) Self-representation: searching for a neural signature of self-consciousness. *Conscious Cogn* 12(4):529-543
23. Abu-Akel A (1999) Impaired Theory of Mind in schizophrenia. *Pragmat Cogn* 7:247-282
24. Hardy-Baylé MC (1994) Organisation de l'action, phénomènes de conscience et représentation mentale de l'action chez des schizophrènes. *Actual Psychiatr* 20:393-400
25. Langdon R, Michie PT, Ward PB et al (1997) Defective self and/ or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cogn Neuropsychiatry* 2:167-193
26. Brune M (2005) Theory of Mind in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophr Bull* 31:21-42
27. Harrington L, Siegart RJ, McClure J (2005) Theory of Mind in schizophrenia: a critical review. *Cognit Neuropsychiatry* 10:249-286

28. Corcoran R, Frith CD (2003) Autobiographical memory and Theory of Mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychol Med* 33:897-905
29. Kölkebeck K, Abdel-Hamid M, Ohrmann P, Brüne M (2008) Theory of Mind bei Schizophrenien: Klinische und wissenschaftliche Aspekte. *Fortschr Neurol Psychiatr* 76:573-582
30. Abdel-Hamid M, Lehmkämpfer C, Sonntag C et al (2009) Theory of mind in schizophrenia: The role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry Res* 165:19-26
31. Sarfati Y, Hardy-Baylé MC, Brunet E, Widlöcher D (1999) Investigating theory of mind in schizophrenia: influence of verbalization in disorganized and non-disorganized patients. *Schizophr Res* 37:183-190
32. Mazza M, De Risio A, Surian L et al (2001) Selective impairments of Theory of Mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 47:299-308
33. Pickup GJ, Frith CD (2001) Theory of Mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychol Med* 31:207-220
34. Bömmner I, Brüne M (2006) Neuropsychologische Aspekte wahnhafter Störungen: Charakteristischer Attribuierungsstil oder kognitives Defizit? *Nervenarzt* in press
35. Janssen I, Krabbendam L, Jolles J, van Os J (2003) Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatr Scand* 108:110-117
36. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL (2008) Social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull* 34:408-411. doi:10.1093/schbul/sbn014
37. Van Hooren S, Versmissen D, Janssen I et al (2008) Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr Res* 103:257-265
38. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B et al (2006) Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res* 145:95-103
39. Roncone R, Falloon IRH, Mazza M et al (2002) Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 35:280-288
40. WHO (1988) WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). WHO, Genf
41. Brüne M (2005b) Emotion recognition, theory of mind", and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res* 133:135-147
42. Wykes T, Sturt E (1986) The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *Br J Psychiatry* 148:1-11
43. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J et al (2001) 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* 42:241-251
44. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G (2003) How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clin Psychol Psychother* 10:238-261
45. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr (1984) The Quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 10(3): 388-398
46. Lysaker PH, Dimaggio G, Carcione A et al (2009) Metacognition and schizophrenia: The capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophr Res* (in press)
47. Mizrahi R, Kiang M, Mamo DC et al (2006) The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 88:111-118
48. Combs DR, Adams SD, Penn DL et al (2007) Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophr Res* 91:112-116
49. Roder V, Brenner HD, Kienze N, Hodel B (1997) *Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. 4. Aufl. Beltz, Weinheim
50. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD (2006) Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull* 32(1):81-93
51. Moritz S, Woodward TS, Burlon M (2005) *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT)*. Manual. VanHam Campus, Hamburg
52. Penn DL, Roberts DL, Combs D, Sterne A (2007) Best practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 58(4):449-451
53. Roberts DL, Penn DL (2009) Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 30:166(2-3):141-147
54. Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL et al (2001) Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 48:351-360
55. Aghotor J, Moritz S, Pfuller U et al (2007) Evaluation eines Metakognitiven Trainingsprogramms für schizophrene Patienten: Effekte auf die Positivsymptomatik. Posterpräsentation auf dem DGPPNKongress in Berlin
56. Naber D, Karow A, Lambert M (2002) Psychosocial outcomes in patients with schizophrenia: Quality of life and reintegration. *Curr Opin Psychiatry* 15(1):31-36
57. Gottesman II, Gould TD (2003) The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 160:636-645
58. Bechdolf A, Juckel G (2006) *Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko*. Schattauer, Stuttgart