

Dysfunkcja społeczna w schizofrenii z perspektywy poznania społecznego

Marta Rynda, Marta Białecka-Pikul

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Celem artykułu jest pokazanie, jak istotna dla poznania i funkcjonowania społecznego człowieka jest teoria umysłu (inaczej zdolność mentalizowania), czyli zdolność przypisywania sobie i innym nieobserwowalnych stanów wewnętrznych w celu wyjaśniania i przewidywania zachowań. Znaczenie teorii umysłu, uważanej za automatyczną i naturalną zdolność człowieka, można wykazać, analizując naturę trudności w funkcjonowaniu społecznym osób, które mają problemy z mentalizowaniem, a mianowicie osób chorujących na schizofrenię. Ukażemy zatem nowe spojrzenia na szeroko rozumianą dysfunkcję społeczną w schizofrenii z perspektywy badań nad teorią umysłu. Tytułem wprowadzenia przedstawimy wybrane współczesne definicje poznania społecznego, wskazujące, jak ważnym jego aspektem jest teoria umysłu, aby kolejno omówić, czym jest teoria umysłu i jakie są metody jej badania. Następnie odpowiemy na pytanie, jak dysfunkcję społeczną w schizofrenii można wyjaśniać, badając teorię umysłu osób chorych. Analiza wybranych badań nad wglądem w chorobę i efektywnością terapii osób ze schizofrenią ukierunkowanej na rozwój teorii umysłu pozwoli podać kolejne argumenty na rzecz tezy o istotnej roli teorii umysłu w funkcjonowaniu społecznym. W podsumowaniu wskażemy perspektywy przyszłych badań nad poznaniem społecznym.

Słowa kluczowe: schizofrenia, dysfunkcja społeczna, teoria umysłu (mentalizowanie)

Wprowadzenie

„Psychologia społeczna opisuje i wyjaśnia, w jaki sposób ludzie spostrzegają innych, reagują na nich emocjonalnie i w jaki sposób w stosunku do siebie nawzajem się zachowują” (Wojciszke i Doliński, 2008, s. 295). Pierwsza część zdania określającego przedmiot badań psychologii społecznej odnosi się do procesu spostrzegania społecznego, który wraz z innymi procesami poznawczymi, zachodzącymi w związku z treściami społecznymi, nazywamy poznaniem społecznym.

Termin „poznanie społeczne” (*social cognition*) określa „struktury i procesy poznawcze, które wpływają na nasze rozumienie sytuacji społecznych oraz pośredniczą w naszych zachowaniach, będących reakcją na te sytuacje”

Marta Rynda, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński,
Al. Mickiewicza 3, 31–120 Kraków,
e-mail: marta_rynda@wp.pl

Marta Białecka-Pikul, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński,
Al. Mickiewicza 3, 31–120 Kraków,
e-mail: marta.bialecka-pikul@uj.edu.pl

Korespondencję w sprawie artykułu prosimy kierować na adres
e-mail: marta_rynda@wp.pl

(Bodenhausen, Macrae i Hugenberg, 2003, s. 257)¹. W badaniach nad poznaniem społecznym często przyjmuje się założenie, że mentalne reprezentacje innej osoby oraz sytuacji społecznej odgrywają ważną rolę przyczynową w kształtowaniu zachowania. Zakłada się również, że poznanie społeczne jest czymś odmiennym, wyraźnie różnym niż procesy poznawcze zaangażowane w poznanie świata fizycznego, świata przedmiotów. Rozróżnienie dziedzin poznania (Wellman i Gelman, 1998), badanie rozwoju naiwnej wiedzy fizycznej i społecznej jest nie tylko skutkiem modułowych koncepcji umysłu (Pinker, 2002), ale przede wszystkim pozwala wykazywać specyfikę procesów poznawczych zaangażowanych w konstruowanie wiedzy z danej dziedziny, np. wiedzy społecznej.

Rozumiejąc poznanie społeczne jako proces poznawania innych ludzi lub skutki tego procesu (czyli wiedzę społeczną), akcentujemy fakt, że ludzie jako przedmioty naszego poznania mają cechy, których nie posiadają np. zjawiska czy obiekty fizyczne. Do najważniejszych cech ludzi, jako obiektów poznania, można zaliczyć: posiadanie stanów wewnętrznych, zmienianie się pod wpływem czynników zewnętrznych lub wewnętrznych

oraz możliwość oddziaływania na poznającego (Fiske i Taylor, 1991, za: Maruszewski, 2001). Cechy te wyznaczają istotne charakterystyki poznania obiektu, jakim jest drugi człowiek: konieczność wnioskowania o nieobserwowalnych stanach wewnętrznych, niepewność poznania (możliwość podawania różnych interpretacji) oraz dwu- podmiotowość poznania (wzajemne oddziaływanie na siebie obiektu poznania i poznającego). Ponieważ jedną z najważniejszych cech ludzi jako obiektów poznania jest posiadanie stanów wewnętrznych (np. uczuć, myśli), odnoszenie się do tych stanów jest aspektem w definicjach poznania społecznego mocno wyeksponowanym. I tak, przykładowo, Hala (1997) definiuje poznanie społeczne jako nadawanie sensu działaniom ludzi poprzez odwołanie do ich myślenia, postrzegania, wnioskowania, czucia, reagowania itd., Penn, Corrigan, Bentall, Racenstein i Newman (1997) podobnie – jako operacje umysłowe leżące u podstaw interakcji społecznych, które obejmują zdolność do postrzegania intencji i dyspozycji innych ludzi. Kluczowym aspektem poznania społecznego jest więc zdolność wnioskowania o stanach wewnętrznych, czyli tzw. teoria umysłu.

Termin „teoria umysłu” (*theory of mind*), stosowany zamiennie z takimi terminami, jak „mentalizowanie” (*mentalizing*) czy „czytanie w umyśle” (*mindreading*), odnosi się do zdolności przypisywania sobie i innym nieobserwowalnych stanów umysłowych (np. przekonań, pragnień, wrażeń) w celu wyjaśniania i przewidywania zachowań (Premack i Woodruff; 1978; por. przegląd badań: Białecką-Pikul, 2009). Zdaniem Uty Frith (2008) ludzie są zaprogramowani do mentalizowania – automatycznie i nieświadomie odnoszą się do stanów wewnętrznych, co umożliwia im rozumienie sytuacji społecznych i adekwatne w nich uczestnictwo. Jak twierdzi Colman (2009), teoria umysłu jest „intuicyjnym rozumieniem zarówno własnych stanów umysłu, jak i odmienności stanów umysłu innych ludzi, włączając w to myśli i przekonania” (s. 763). Innymi słowy, jest naszą naiwną czy potoczną wiedzą o świecie wewnętrznym innych ludzi stosowaną do wyjaśniania i przewidywania ich zachowań.

Celem prezentowanych rozważań jest przedstawienie nowego spojrzenia na dysfunkcję społeczną, czyli trudności w funkcjonowaniu w podstawowych obszarach życia (np. w pracy), w schizofrenii z perspektywy badań nad wybranym aspektem poznania społecznego – teorią umysłu. Wykorzystanie metodologicznych i teoretycznych pomysłów badaczy teorii umysłu pozwala, naszym zdaniem, spojrzeć na schizofrenię w sposób nowatorski, a przede wszystkim otwierający ciekawe perspektywy badawcze. Krótkie zapoznanie czytelnika w kolejnej części artykułu z metodami badania teorii umysłu umożliwi

następnie przedstawienie wyników badań nad dysfunkcją społeczną w schizofrenii. Zaprezentujemy kolejno trzy grupy argumentów na rzecz tezy, że zaburzenia mentalizowania w schizofrenii mogą skutkować trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. Po pierwsze, udowodnimy, że osoby chore mają deficyt teorii umysłu, po drugie, że utrudnia on ich funkcjonowanie społeczne i po trzecie, że terapia ukierunkowana na rozwój teorii umysłu jest w przypadku tej grupy pacjentów skuteczna, przynosząc poprawę ich funkcjonowania społecznego. W podsumowaniu wskażemy, jakie nowe perspektywy badawcze otwiera przed psychologami poznania społecznego oraz psychologami klinicznymi badanie teorii umysłu.

Metody badania teorii umysłu

Do najczęściej stosowanych metod badania teorii umysłu należą testy fałszywych przekonań, zadania wymagające rozumienia wypowiedzi niedostównych oraz rozpoznawanie uczuć ze zdjęć oczu.

Testy fałszywych przekonań (*false belief tests*), wymagają rozumienia, że ludzie kierują się przekonaniem na temat rzeczywistości (które czasem mogą być fałszywe), a nie rzeczywistością. Jednym z klasycznych testów fałszywych przekonań, skonstruowanym w celu pomiaru teorii umysłu u dzieci, jest test niespodziewanej zmiany (Wimmer i Perner, 1983). Dziecko ogląda przedstawianą za pomocą dwóch laleczek historyjkę – laleczki chowają przedmiot w miejscu A, pierwsza z laleczek wychodzi, druga laleczka (podczas nieobecności pierwszej) przekłada przedmiot w miejsce B. Zadaniem dziecka jest wskazanie miejsca, w którym pierwsza laleczka będzie szukać przedmiotu. Rozumienie, że ludzie kierują się przekonaniem, które mogą być fałszywe, pozwala przewidywać ich zachowania. Jest to pierwszy krok (w wieku około 4 lat) w rozwoju teorii umysłu. Następnie dzieci zaczynają dostrzegać, że można również popełniać błędy, myśląc o myśleniu innej osoby, a więc mieć fałszywe przekonanie nie tyle o rzeczywistości, ile o czyichś przekonaniach na temat rzeczywistości. Potrafią wtedy (około 7. roku życia) rozwiązać tzw. testy fałszywych przekonań drugiego rzędu (*second-order false belief test*) (Perner i Wimmer, 1985).

W badaniach klinicznych również stosuje się testy fałszywych przekonań w formie czytanych badane-mu historyjek (zob. np. Bora, Sehatoglu, Aslier, Atabay i Veznedaroglu, 2007; Shryane i in., 2008) lub zadań wymagających uporządkowania obrazków (*false belief picture sequencing*) (zob. np. Brüne i Bodenstain, 2005; Langdon i in., 1997).

Inną metodę, równie powszechną w badaniach nad zdolnością mentalizowania, stanowią zadania wymagające

zrozumienia wypowiedzi niedosłownych, np. ironii, żartu, oszukiwania, metafor (por. Białecka-Pikul, 2010; Fillippova i Astington, 2008; Kielar-Turska i Białecka-Pikul, 2009; Sodian, 1991). Podając badanym dorosłym takie zadania, przekonujemy się, czy osoby te rozumieją, że nie zawsze to, co jest powiedziane dosłownie, jest tym, co rzeczywiście chce powiedzieć interlokutor. Na przykład w Teście Aluzji (*the Hinting Task*) (Corcoran, Mercer i Frith, 1995) przedstawione są sytuacje, kończące się wypowiedzią niedosłowną. Prawidłowa odpowiedź na pytanie „Co on chciał naprawdę powiedzieć?” wymaga wnioskowania o intencji nadawcy komunikatu z kontekstu, w jakim odbywa się przedstawiony dialog². Podobną techniką jest Test Dziwnych Historijek³ (*Strange Stories Test*) autorstwa Happe (1993, 1994). Test składa się z obrazków, opatrzonych parozdaniowym opisem przedstawionej na nich sytuacji. Każda z historyjek należy do jednego z ośmiu rodzajów: Udawanie, Białe Kłamstwo, Nieporozumienie, Żart, Podwójny Bluff, Faux Pas, Ironia, Perswazja/Manipulacja. Zadaniem osoby badanej jest wyjaśnienie wypowiedzi lub zachowania jednego z bohaterów historyjki.

Kolejną techniką badawczą, którą stosuje się, mierząc rozumienie stanów wewnętrznych, a dokładniej mówiąc – emocji, jest Test Oczu (*the Eyes Test*; Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste i Plumb, 2001). Polega on na prezentacji fotografii oczu wraz z czterema słowami opisującymi stan mentalny osoby. Zadaniem osoby badanej jest możliwie najszybszy wybór słowa, które najlepiej wyraża to, co czuje lub myśli przedstawiona na fotografii osoba.

Czy chorzy na schizofrenię mają trudności z mentalizowaniem?

Dysfunkcja społeczna, czyli pogorszenie funkcjonowania w jednym lub więcej z podstawowych obszarów, takich jak: praca, kontakty międzyludzkie, troska o siebie, jest jednym z kryteriów diagnostycznych schizofrenii (American Psychiatric Association, 1994). Poziom funkcjonowania społecznego osób cierpiących na schizofrenię jest ważnym czynnikiem prognostycznym przebiegu choroby. Dane wskazują, że przewaga objawów negatywnych w obrazie klinicznym daje gorsze rokowania (Fenton i McGlashan, 1994; McGlashan i Fenton, 1993). Objawy negatywne, m.in. spłycenie i niedostosowanie afektu oraz wycofanie społeczne, utrudniają tworzenie relacji z ludźmi i, w konsekwencji, zmniejszają szansę uzyskania wsparcia społecznego, co wiąże się z niekorzystnym przebiegiem choroby (Erickson, Beiser i Iacono, 1998; Erickson, Beiser, Iacono, Fleming i Lin, 1989). Zaburzenie funkcjonowania społecznego, skróto-

wo określane jako dysfunkcja społeczna, polega zatem na doświadczaniu trudności w sferze kontaktów społecznych, szerzej – w każdym obszarze codziennego życia, który wymaga wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi.

Pomimo znaczącego wpływu poziomu funkcjonowania społecznego na przebieg choroby i leczenia, przez długi czas badania nad schizofrenią koncentrowały się na ogólnych deficytach poznawczych, traktując zaburzenia funkcjonowania społecznego jako konsekwencję zaburzeń sfery poznawczej. Ponieważ wyniki badań wskazywały jednak na ograniczoną możliwość wyjaśniania dysfunkcji społecznej deficytami poznawczymi, w ostatnich latach uwaga badaczy skupiła się na specyficznym rodzaju poznania – na poznaniu społecznym (Penn, Corrigan, Bentall, Racenstein i Newman, 1997). Właśnie dlatego przyjrzymy się dokładnie badaniom nad zdolnością mentalizowania w schizofrenii.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat przeprowadzono wiele badań, w których porównywano wyniki osiągane w testach teorii umysłu przez osoby zdrowe i chorujące na schizofrenię. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że osoby ze schizofrenią rzeczywiście mają trudności z mentalizowaniem⁴ (Brüne, 2005a; Harrington, Siegert i McClure, 2005). W metaanalizie Sprong, Schothorst, Vos, Hoxa i Van Engeland (2007) uwzględniono 29 badań z lat 1993–2006, które objęły 831 osób chorych na schizofrenię i 687 osób zdrowych. Osoby cierpiące na schizofrenię uzyskiwały istotnie niższe wyniki w zadaniach teorii umysłu. Charakterystyki badanych, takie jak wiek, płeć i poziom inteligencji nie wpływały na wielkość efektu⁵. Podobne wyniki uzyskali Bora, Yucel i Pantelis, (2009), przeprowadzając metaanalizę wyników 36 badań z lat 1990–2008, które objęły 1181 osób ze schizofrenią i 936 osób zdrowych. Efekt był istotny statystycznie niezależnie od rodzaju zadania. Takie zmienne, jak wiek, płeć, poziom wykształcenia, wiek w momencie zachorowania i stosowanie leków nie miały wpływu na wielkość efektu. Natomiast czas chorowania istotnie wpływał na wielkość efektu – pacjenci dłużej chorujący uzyskiwali niższe wyniki w zadaniach teorii umysłu. Innymi słowy, wyniki przedstawionych metaanalizy dowodzą, że zaburzenia teorii umysłu u osób cierpiących na schizofrenię są powszechne.

Stwierdzenie, że osoby ze schizofrenią mają trudności z mentalizowaniem nasuwa pytanie, czy trudności te są stałą cechą czy też stanem ściśle związanym z rozwojem choroby. Frith, opowiadający się za drugim z wymienionych sposobów myślenia o problemach z mentalizowaniem w schizofrenii, pisał: „Osoba autystyczna nigdy nie zdaje sobie sprawy z tego, że inni posługują się umysłem. Osoba chora na schizofrenię dobrze wie, że inni ludzie

posługują się umysłem, ale traci zdolność wnioskowania na temat jego zawartości: przekonań i intencji innych ludzi. Osoba ta może nawet utracić zdolność refleksji nad zawartością własnego umysłu” (Frith, 1992, s. 121, za: Britchwood i Jackson, 2004). Zdolność mentalizowania u osób chorych na schizofrenię, rozwijająca się stosunkowo normalnie, ulegałaby więc pogorszeniu wraz z rozwojem choroby i polegałaby nie tyle na braku świadomości, że ludzie mają umysł, co na braku wiedzy, jaka jest treść ich myśli (patrz: podsumowanie).

Chociaż istnieją dane potwierdzające tezę Fritha (np. Pousa i in., 2008), większość wyników badań daje jednak podstawy, aby myśleć o zaburzeniach teorii umysłu w schizofrenii jako deficycie, czyli stałej cesze, a nie wyłącznie chwilowym skutku choroby. W badaniach odnotowano bowiem utrzymujące się u pacjentów w remisji problemy z wnioskowaniem o stanach mentalnych (zob. przegląd badań i metaanalizy: Bora i in., 2009; Brüne, 2005a; Harrington, Siegert i McClure, 2005; Sprong i in., 2007). Dodatkowych danych, świadczących na rzecz trwałości zaburzenia teorii umysłu w schizofrenii, dostarczają badania nad związkiem teorii umysłu i schizotypii.

Termin „schizotypia” odnosi się do szerokiego spektrum doświadczeń i zachowań, które mogą być uważane za psychotyczne (Mason, Claridge i Mike, 1995). Wyniki badań sugerują, że osoby, które uzyskują wysokie wyniki w kwestionariuszach mierzących schizotypalne cechy osobowości, będące względnie zdrową formą przejawiania się typowych dla schizofrenii wzorów funkcjonowania poznawczego, charakteryzuje relatywnie niska zdolność wnioskowania o stanach mentalnych innych osób (Langdon i Coltheart, 1999, 2004; Pickup, 2006).

Kolejnych argumentów na rzecz tezy o trwałości zaburzeń teorii umysłu w schizofrenii dostarczają badania obejmujące krewnych pierwszego stopnia osób chorych na schizofrenię oraz dzieci z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na schizofrenię. Krewni pierwszego stopnia osób chorych na schizofrenię osiągalni niższe, w porównaniu z osobami zdrowymi, wyniki w testach wymagających wnioskowania o stanach mentalnych: w teście wymagającym odczytywania intencji stojącej za niedosłowną wypowiedzią (Janssen, Krabbendam, Jolles i van Os, 2003), wnioskowania o stanie mentalnym ze zdjęć oczu (Farzin i in., 2006) i uporządkowania obrazków dotyczących sytuacji społecznych (Anselmetti i in., 2009). Dzieci, u których rozwinęły się zaburzenia ze spektrum schizofrenii, osiągały już przed zachorowaniem niższe, w porównaniu z dziećmi, u których nie rozwinęły się żadnego typu zaburzenia, wyniki w zadaniu wymagającym przyjmowania perspektywy drugiej osoby (*the Role-Taking Task*) (Schiffman i in., 2004).

Warto dodać, że istnieją dane sugerujące, iż rozwój zdolności mentalizowania u osób cierpiących na schizofrenię mógł być utrudniony. Po pierwsze, osoby, które w dorosłości zachorowały na schizofrenię, w dzieciństwie wykazywały ogólne deficyty poznawcze (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003). Deficyty te mogły przekładać się na trudności rozwojowe w zakresie zdolności wnioskowania, w tym wnioskowania o stanach mentalnych. Po drugie, osoby takie prawdopodobnie miały trudność w angażowaniu się w zabawy symboliczne (Pestalozzi, 2003), a zabawy te stymulują rozwój zdolności poznawczych (np. rozumienie metafor, zob. Seitz, 1997) oraz są prekursorami rozwoju teorii umysłu (Doherty, 2009). Po trzecie, badania nad wpływem społecznych doświadczeń dziecka na rozwój zdolności mentalizowania, sugerują, że rozwój tej zdolności jest ściśle związany ze zdolnością opiekuna, zwykle matki, do stosowania terminów mentalnych adekwatnie opisujących stan dziecka (Meins i in., 2002, 2003). Zważywszy na fakt, że krewni osób chorych na schizofrenię uzyskują niższe, w porównaniu do grup kontrolnych, wyniki w testach na teorię umysłu, uzasadnione wydaje się przypuszczenie, że opiekunowie dziecka rzadko opisywali stan dziecka, stosując adekwatne terminy mentalne i, w konsekwencji, rozwój teorii umysłu dziecka był utrudniony.

Podsumowując, wyniki dotychczasowych badań wskazują, że u osób chorych na schizofrenię występują trudności z wnioskowaniem o stanach mentalnych. Co więcej, zaburzenia teorii umysłu wydają się obecne przed zachorowaniem oraz w okresie remisji, co sugeruje ich względną trwałość w czasie. Powstaje zatem pytanie, jak deficyt teorii umysłu wpływa na funkcjonowanie społeczne osób chorych.

Dysfunkcja społeczna w schizofrenii. Czy deficyt teorii umysłu w schizofrenii wyjaśnia funkcjonowanie społeczne chorych?

Po pierwsze, przywołajmy pracę Corrigan i Toomey (1995). Badacze ci, dokonując pomiaru zarówno poznania społecznego, jak i funkcjonowania poznawczego osób chorych, stwierdzili, że to właśnie poznanie społeczne jest silniej związane ze wskaźnikiem funkcjonowania społecznego (rozumianym jako umiejętność rozwiązywania problemów społecznych)⁶ niż funkcje poznawcze (uwaga wzrokowa, rozpoznawanie i odpamiętywanie słów, funkcja zarządzająca). Wynik ten został zreplicowany w badaniu Penna, Spauldinga, Reed i Sullivan (1996), w którym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego była ocena funkcjonowania pacjenta na oddziale. Obecnie z przedstawioną tezą zgadza się wielu badaczy (por. Penn i in., 1997). Nas jednak interesuje przede wszystkim pytanie,

czy empirycznie udowodniono, że to właśnie zdolność mentalizowania, jako kluczowy aspekt poznania społecznego, stanowi istotny czynnik wyjaśniający poziom funkcjonowania społecznego osób chorych na schizofrenię.

Brüne, Abdel-Hamid, Lehmkämpfer i Sonntag (2007) przeprowadzili badanie (obejmujące 38 osób z diagnozą schizofrenii i 29 osób zdrowych), w którym dokonano pomiarów inteligencji, funkcji zarządzającej i zdolności mentalizowania. W grupie pacjentów przeprowadzono również ocenę funkcjonowania społecznego⁷ oraz odnotowano takie zmienne, jak czas trwania choroby i stosowanie leków. Spośród wszystkich pacjentów wyodrębniono grupę 26 osób, których poziom inteligencji był równy lub powyżej przeciętnej. W przeprowadzonej analizie regresji okazało się, że zdolność mentalizowania była najsilniejszym predyktorem funkcjonowania społecznego, wyjaśniającym 46% wariancji w całej grupie pacjentów i aż 53%, gdy analizy były ograniczone do grupy pacjentów z normalnym poziomem inteligencji. Wyniki innych badań również potwierdzają hipotezę, że to zdolność mentalizowania, kluczowy aspekt poznania społecznego, stanowi istotny czynnik wyjaśniający poziom funkcjonowania społecznego osób chorych na schizofrenię (Bora, Eryavuz, Kayahan, Sungu i Veznedaroglu, 2006; Brüne, 2005b; Lysaker i in., 2005; Roncone i in., 2002).

Większość badań weryfikujących hipotezy na temat związku teorii umysłu z funkcjonowaniem społecznym wykorzystywała standardowe zadania teorii umysłu (Test Oczu, testy fałszywych przekonań). Dlatego interesujące, ze względu na metodologię, jest badanie Lysakera i współpracowników (2005). W badaniu tym wykorzystano wskaźniki mentalizowania uzyskane z oceny narracji osób badanych; posłużyła do tego specjalna skala mierząca poziom metapoznania (*Metacognition Assessment Scale*; Semerari i in., 2003). Zebrane od mężczyzn chorujących na schizofrenię opowieści oceniano pod względem rozumienia własnego umysłu, umysłu innych oraz umiejętności refleksji o problemach i źródłach stresu. Trzeci ze wskaźników okazał się istotnie związany ze wskaźnikiem funkcjonowania społecznego, mierzonego z użyciem Skali Oceny Jakości Życia (*Quality of Life Scale*; Heinrichs, Hanlon i Carpenter, 1984) i będącego sumą ocen w zakresie częstości i jakości relacji społecznych oraz funkcjonowania zawodowego.

Kolejnych danych sugerujących związek między teorią umysłu a funkcjonowaniem społecznym dostarczają badania nad wglądem pacjentów w chorobę. Wgląd w chorobę jest pojęciem często utożsamianym z krytycyzmem, czyli zdolnością do właściwej oceny własnych przeżyć i postaw oraz zjawisk zachodzących w otoczeniu (Lamot i Grzywa, 1997). Z perspektywy badań nad teorią umysłu

w schizofrenii, brak wglądu byłby wynikiem niezdolności osoby chorej do oceny swojego stanu z perspektywy innych osób. Hipoteza ta zyskała potwierdzenie empiryczne (Bora i in., 2007; Langdon i Ward, 2009). Bora i współpracownicy (2007) zbadali 58 osób ze zdiagnozowaną schizofrenią, które wykonały testy neuropsychologiczne, skalę wglądu w chorobę oraz dwa testy na teorię umysłu: Test Oczu i test fałszywych przekonań (zadania wymagające rozumienia przekonań pierwszego i drugiego rzędu). Najważniejszym czynnikiem wyjaśniającym poziom wglądu w chorobę był wynik uzyskany w zadaniu rozumienia przekonań drugiego rzędu. Zdaniem autorów, uzyskany wynik wspiera przyjęte przez nich założenie, że wgląd jest zdolnością myślenia o sobie z perspektywy innych. Testy rozumienia przekonań drugiego rzędu wymagają bowiem wnioskowania o przekonaniach pewnej osoby na temat drugiej osoby (myślę o tym, co myśli Janek na temat Agaty). Wnioskowanie to może być analogiczne do wnioskowania o myśleniu innych ludzi na nasz temat (myślę o tym, co myśli Janek na mój temat).

W świetle przedstawionych wyników badań, teza mówiąca, że dysfunkcja społeczna w schizofrenii, polegająca na występowaniu różnorodnych problemów z funkcjonowaniem w grupie społecznej, jest skutkiem deficytu teorii umysłu, wydaje się uzasadniona.

Dysfunkcja społeczna w schizofrenii. Czy terapia ukierunkowana na rozwój teorii umysłu pomaga pacjentom?

Trzeci, ostatni argument, który warto rozważyć, starając się uzasadnić przedstawioną tezę, dotyczy roli interwencji terapeutycznych ukierunkowanych na rozwój teorii umysłu w procesie zdrowienia, a szczególnie w lepszym funkcjonowaniu społecznym osób biorących udział w terapii. Jednym z nielicznych badań, których celem było określenie wpływu tego rodzaju interwencji na leczenie osób ze schizofrenią, jest badanie Kayser, Sarfati, Besche i Hardy-Baylé (2006). Badanie to, pomimo ograniczeń wynikających z metodologii, wydaje się warte przedstawienia.

W badaniu Kayser i współpracowników (2006) czterem pacjentów, u których zdiagnozowano schizofrenię, zostało losowo przydzielonych do grupy eksperymentalnej (ośmiu pacjentów uczestniczących w interwencji terapeutycznej) lub grupy kontrolnej (sześciu pacjentów). Interwencja terapeutyczna polegała na dwóch, odbywających się w odstępie tygodnia, indywidualnych spotkaniach z pacjentem. Podczas każdego z nich prezentowano pacjentowi krótkie sceny (nagrane na wideo fragmenty filmów), które pokazywały interakcję dwóch lub więcej osób. Materiał wymuszał identyfikację i analizę stanów

mentalnych bohaterów (przekonań, rozczarowania, zaskoczenia, wrogości, ironii i nieporozumienia). Po obejrzeniu sceny pacjent był proszony o jej opisanie i zinterpretowanie. Następnie terapeuta dyskutował z pacjentem podane interpretacje i pokazywał inne możliwości. W razie problemów pacjenta z analizą sceny, terapeuta pomagał, zadając odpowiednie pytania lub, jeśli problem odnosił się do niezdolności odwoływania się do stanów mentalnych, kierował uwagę pacjenta na stany wewnętrzne bohaterów.

Przed i po interwencji terapeutycznej dokonano pomiaru ogólnej symptomatologii, komunikacji i teorii umysłu. Pomiary te porównano z wynikami osób z grupy kontrolnej. Wyniki potwierdziły postawioną przez autorów hipotezę, mówiącą o możliwym redukowaniu zaburzeń teorii umysłu i komunikacji poprzez interwencję ukierunkowaną na rozwój zdolności wnioskowania o stanach mentalnych. Według autorów, wyniki sugerują, że program ukierunkowany na rozwój teorii umysłu może być obiecującą formą terapii psychospołecznej.

Podsumowanie. Perspektywy przyszłych badań

Przedstawiony przegląd badań nad zaburzeniami teorii umysłu w schizofrenii miał na celu wykazanie, jak bardzo podstawowe i ważne z punktu widzenia funkcjonowania społecznego człowieka jest mentalizowanie. Wyniki dotychczasowych badań wstępnie uzasadniają hipotezę, że zaburzenia funkcjonowania społecznego (m.in. trudności w komunikacji, dziwaczność zachowań, mała liczba relacji społecznych) w schizofrenii wynikają z trudności w odczytywaniu stanów wewnętrznych swoich i innych ludzi. A zatem pierwszy ważny wniosek płynący z przedstawionych analiz ma charakter teoretyczny. Wyniki omówionych badań dają podstawy do patrzenia na objawy obserwowane w schizofrenii, w tym deficyty społeczne, z nowej perspektywy. Dalsze badania pozwolą na weryfikację modelu Fritha (1992; za: Corcoran i in., 1995), który uważa, że schizofrenię można rozumieć jako wynik zaburzeń procesu reprezentowania stanów mentalnych (metareprezentacji). Implikuje to twierdzenie, że zróżnicowane objawy schizofrenii dają się sprowadzić do jednego, wspólnego procesu poznawczego. Zaburzenia metareprezentacji, jak twierdzi Frith, mogą skutkować różnymi objawami, w zależności od charakteru zaburzeń tego procesu (nieprawidłowa treść reprezentacji, oderwanie treści reprezentacji lub brak treści metareprezentacji) oraz obszaru, którego ten proces dotyczy (własne cele, intencje lub intencje innych osób). Na przykład urojenia wpływu można rozumieć jako skutek zaburzenia reprezentowania własnych intencji (własne zachowanie nie jest rozumiane jako wynik własnej intencji, ale jako wynik zewnętrznej

kontroli); trudność w reprezentowaniu intencji innych może prowadzić do urojeń prześladowczych (przypisuje się wrogie intencje innym ludziom). Psychologowie kliniczni dzięki badaniom nad teorią umysłu mają zatem szansę stworzyć nowe modele, które wyjaśnią, na czym polega istota schizofrenii.

Drugim ważnym wnioskiem z przedstawionych tu analiz jest stwierdzenie, że badania nad poznaniem społecznym w schizofrenii mogą pomóc w konstruowaniu skutecznych programów pomocy dla osób chorych. W Polsce podejmowane są interwencje psychologiczne skoncentrowane na rozwoju teorii umysłu osób ze schizofrenią. Są to tzw. treningi metapoznawcze, oferowane w prywatnych ośrodkach terapeutycznych, jak również na oddziałach psychiatrycznych np. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Aplikacyjne aspekty badań są nie do przecenienia, ale stanowią zaledwie jeden z wielu kierunków dalszych badań.

Kolejny, trzeci ważny wniosek, który można przedstawić na podstawie zaprezentowanych analiz, odnosi się do próby sformułowania nowych definicji poznania społecznego. Rozumienie społeczne (*social understanding*) wraz ze społecznym spostrzeganiem staje się poznaniem społecznym, polegającym na nadawaniu sensu działaniom ludzi poprzez odwołanie do ich myślenia, postrzegania, wnioskowania, uczucia, reagowania (Hala, 1997). Innymi słowy, istotą poznania społecznego jest mentalizowanie. W ten sposób nurt badań nad teoriami umysłu włącza się w badania nad poznaniem społecznym. W konsekwencji obserwuje się dwa zjawiska.

Z jednej strony, pojęcie „teorii umysłu”, które powstało na gruncie psychologii rozwoju (por. np. pierwsze testy teorii umysłu), poszerza się i zmienia, dążąc ku pojęciu „poznania społecznego”. Można postawić tezę, że psychologowie rozwojowi zrozumieli, iż badają nie tylko, jak zmienia się dziecięca wiedza o umyśle jako o organie, który przetwarza informacje, ale również o umyśle, który ma pragnienia i preferencje, doświadcza emocji, wpływa na zachowanie (określa cele), działa nieustannie podczas interakcji (np. zabawy) z innymi ludźmi. Niektórzy z badaczy formułują nawet tezę, że termin „teoria umysłu” należy zastąpić terminem „poznanie społeczne” (por. Carpendale i Lewis, 2006).

Z drugiej strony, psychologowie społeczni piszą: „świat społeczny jest światem interpretowanym” (Wojciszke i Doliński, 2008, s. 295), podkreślając, że poznanie społeczne polega na konstruowaniu subiektywnej wiedzy, którą wykorzystujemy w interakcjach z innymi ludźmi. Skorzystanie z technik opracowanych przez psychologów rozwojowych może umożliwić psychologom społecznym nowe spojrzenie na poznanie i funkcjonowanie społeczne

człowieka, spojrzenie silniej akcentujące rolę subiektywnych interpretacji otaczających nas sytuacji społecznych.

Podsumowując, podkreślmy, że psychologia poznania społecznego staje się dziedziną, która nie tylko prężnie się rozwija, otwierając się na nowe idee (Kossowska i Kofta, 2009), ale ma przemożny wpływ na wydawałoby się dalekie wobec jej zainteresowań dziedziny, jak choćby psychologia kliniczna. Dzięki badaniom poznania społecznego w przyszłości lepiej poznamy istotę zaburzeń, skonstruujemy nowe terapie, a także zyskamy wgląd w naturę człowieka. Być może „człowieka mentalizującego”?

LITERATURA CYTOWANA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Anselmetti, S., Bechi, M., Bosia, M., Quarticelli, C., Ermoli, E., Smeraldi, E., Cavallaro, R. (2009). ‘Theory’ of mind impairment in patients affected by schizophrenia and in their parents. *Schizophrenia Research*, 115 (2–3), 278–285.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., Plumb, I. (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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42 (2), 241–251.
- Białecka-Pikul, M. (2009). Teoria umysłu: Istota i mechanizmy rozwoju. W: M. Kielar-Turska (red.), *Studia nad rozwojem i wychowaniem. W osiemdziesiątą rocznicę powstania Zakładu Psychologii Rozwojowej i Wychowawczej na Uniwersytecie Jagiellońskim* (s. 53–67). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Białecka-Pikul, M. (2010). Teaching children to understand metaphors as a path leading to theory of mind development. *European Journal of Developmental Psychology*, 7 (5), 529–544.
- Bodenhausen, G. V., Macrae, C. N., Hugenberg, K. (2003). Social cognition. W: I. Weiner (red.), *Handbook of psychology* (t. 5, s. 257–282). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G., Veznedaroglu, B. (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 Research*, 145 (2–3), 95–103.
- Bora, E., Sehitoglu, G., Aslier, M., Atabay, I., Veznedaroglu, B. (2007). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: Is poor insight a mentalizing deficit? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (2), 104–111.
- Bora, E., Yucel, M., Pantelis, Ch. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109, 1–9.
- Britchwood, M., Jackson, Ch. (2004). *Schizophrenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brüne, M. (2005a). ‘Theory of Mind’ in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (1), 21–42.
- Brüne, M. (2005b). Emotion recognition, ‘theory of mind’, and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 135–147.
- Brüne, M., Bodenstein, L. (2005). Proverb comprehension reconsidered – ‘Theory of mind’ and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 233–239.
- Brüne, M., Abdel-Hamid, M., Lehmkaemper, C., Sonntag, C. (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophrenia Research*, 92 (1–3), 151–159.
- Carpendale, J., Lewis, Ch. (2006). *How children develop social understanding*. Malden: Blackwell Publishing.
- Colman, A. M. (2009). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Corcoran, R., Mercer, G., Frith, Ch. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17, 5–13.
- Corrigan, P. W., Toomey, R. (1995). Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (3), 395–403.
- Doherty, M. (2009). *Theory of mind. How children understand others’ thoughts and feelings*. Hove: Psychology Press.
- Donahoe, C. P., Carter, M. J., Bloem, W. D., Hirsch, G. L., Laasi, N., Wallace, C. J. (1990). Assessment of interpersonal problem-solving skills. *Psychiatry*, 53, 329–339.
- Erickson, D. H., Beiser, M., Iacono, W. G. (1998). Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (4), 681–685.
- Erickson, D. H., Beiser, M., Iacono, W. G., Fleming, J. A., Lin, T. Y. (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 146 (11), 1456–1461.
- Farzin, I., Platek, S. M., Panyavin, I. S., Calkins, M. E., Kohler, Ch., Siegel, S. J. i in. (2006). Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives. *Schizophrenia Research*, 88, 151–160.
- Fenton, W. S., McGlashan, T. H. (1994). Antecedent, symptoms progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *American Journal of Insanity*, 151 (3), 351–356.
- Filippova, E., Astington, J. W. (2008). Further development in social reasoning revealed in discourse irony understanding. *Child Development*, 79 (1), 126–138.
- Frith, U. (2008). *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnic*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hala, S. (1997). *The development of social cognition*. Hove: Psychology Press.
- Happe, F. (1993). Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. *Cognition*, 61, 101–119.

- Happe, F. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24 (2), 129–154.
- Harrington, L., Siegert, R. J., McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10, 249–286.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for assessing the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10 (3), 388–398.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J., van Os, J. (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (2), 110–117.
- Kayser, N., Sarfati, Y., Besche, Ch., Hardy-Baylé, M. (2006). Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of 'theory of mind' impairment in schizophrenia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16 (1), 83–95.
- Kielar-Turska, M., Białecką-Pikul, M. (2009). Generating and understanding jokes by five- and nine-year-olds as an expression of theory of mind. *Polish Psychological Bulletin*, 40 (4), 8–14.
- Kofta, M. (2005). Kilka uwag o naturze i ewolucji nurtu poznania społecznego. W: M. Kossowska, M. Śmieja, S. Śpiewak (red.), *Spoleczne ścieżki poznania* (s. 215–231). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kossowska, M., Kofta, M. (2009). Nowe trendy w poznaniu społecznym: podsumowanie. W: M. Kofta i M. Kossowska (red.), *Psychologia poznania społecznego: Nowe tendencje* (s. 313–317). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lamot, G., Grzywa, A. (1997). Wgląd a choroba psychiczna. *Psychiatria Polska*, 31 (1), 97–110.
- Langdon, R., Coltheart, M. (1999). Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*, 71, 43–71.
- Langdon, R., Coltheart, M. (2004). Recognition of metaphor and irony in young adults: The impact of schizotypal personality traits. *Psychiatry Research*, 125, 9–20.
- Langdon, R., Michie, P. T., Ward, P. B., McConaghy, N., Catts, S. V., Coltheart, M. (1997). Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2 (3), 167–193.
- Langdon, R., Ward, P. (2009). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 1003–1011.
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolò, G., Procacci, M., Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (1), 64–71.
- Maruszewski, T. (2001). *Psychologia poznania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mason, O., Claridge, G., Mike, J. (1995). New scale for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18 (1), 7–13.
- McGlashan, T. H., Fenton, W. S. (1993). Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (1), 71–84.
- Meins, E., Fernyhough, Ch., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E. i in. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73 (6), 1715–1726.
- Meins, E., Fernyhough, Ch., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E. i in. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74 (4), 1194–1211.
- Penn, D. L., Spaulding, W., Reed, D., Sullivan, M. (1996). The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20 (3), 327–35.
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121, 114–132.
- Perner, J., Wimmer, H. (1985). 'John thinks that Mary thinks that': Attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39, 437–471.
- Pestalozzi, J. (2003). The symbolic and concrete: Psychotic adolescents in psychoanalytic psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1–21.
- Pickup, G. J. (2006). Theory of mind and its relation to schizotypy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11 (2), 177–192.
- Pinker, S. (2002). *Jak działa umysł?* Warszawa: Książka i Wiedza.
- Pousa, E., Duño, R., Brébion, G., David, A. S., Ruiz, A. I., Obiols, J. E. (2008). Theory of mind deficits in chronic schizophrenia: Evidence for state dependence. *Psychiatry Research*, 158, 1–10.
- Premack, D. G., Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515–526.
- Roncione, R., Falloon, I. R., Mazza, M., De Risio, A., Pollice, R., Necozone, S., Morosini, P. L., Casacchia, M. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35 (5), 280–288.
- Schiffman, J., Lam, C. W., Jiwastram, T., Ekstrom, M., Sorensen, H., Mednick, S. (2004). Perspective-taking deficits in people with schizophrenia spectrum disorders: A prospective investigation. *Psychological Medicine*, 34 (8), 1581–1586.
- Seitz, J. A. (1997). Metaphor, symbolic play, and logical thought in early childhood. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 123 (4), 373–391.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238–261.

- Shryane, N. M., Corcoran, R., Rowse, G., Moore, R., Cummins, S., Blackwood, N., Howard, R., Bentall, R. P. (2008). Deception and false belief in paranoia: Modelling Theory of Mind Stories. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13 (1), 8–32.
- Sodian, B. (1991). The development of deception in young children. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 173–188.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191 (1), 5–13.
- Wellman, H., Gelman, S. A. (1998). Knowledge acquisition. W: D. Kuhn, R. Siegler (red.), *Handbook of child psychology* (t. 4: *Cognitive Development*, wyd. 5, s. 523–573). New York: John Wiley.
- Wimmer, H., Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13 (1), 103–128.
- Wojciszke, B., Doliński, D. (2008). Psychologia społeczna. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 293–447). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wykes, T., Sturt, E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *The British Journal of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 148, 1–11.
- PRZYPISY**
1. Z pewnością częściej psychologowie społeczni posługują się tym terminem, aby przywołać ważny współczesny nurt czy perspektywę badawczą, w której analiza zjawisk społecznych polega na badaniu leżących u podstaw tych zjawisk procesów poznawczych (por. Kofta, 2005; Kossowska i Kofta, 2009).
 2. Przykładowa historyjka z Testu Aluzji (test składa się z dziesięciu tego typu historyjek): *Paul musi iść na rozmowę kwalifikacyjną. Jest już późno i Paul może się spóźnić. Kiedy czyści buty, mówi do swojej żony, Jane: „Chciałbym włożyć moją niebieską koszulę, ale jest bardzo pognieciona”.*
Pytanie: *Co Paul miał naprawdę na myśli, kiedy to mówił?*
(Jeśli osoba badana nie odpowiada lub odpowiada nieprawidłowo, podawane są kolejne informacje: *Paul powiedział potem „Koszula jest w koszu z rzeczami do prasowania”.*
Pytanie: *Co Paul chciał, aby zrobiła Jane?*).
 3. Polska wersja testu została opracowana przez Martę Białecką-Pikul. Metoda określana jest również jako Test Historyjek.
 4. W badaniach uwzględniano osoby, które spełniały kryteria diagnostyczne schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych według DSM lub ICD.
 5. W związku z brakiem danych, nie uwzględniano jednak takich charakterystyk, jak stosowanie leków, czas trwania i nasilenie choroby.
 6. Zastosowano test mierzący spostrzeganie, przetwarzanie i produkcję zachowań społecznych (*Assessment of Interpersonal Problem Solving Skills*; Donahoe i in., 1990), który polegał na komentowaniu obejrzanych na wideo scenek, w których np. miał miejsce konflikt (osoba ma rozpoznać konflikt, zaproponować rozwiązanie i, odgrywając rolę, pokazać je).
 7. Funkcjonowanie społeczne pacjenta było oceniane przez zespół pielęgniarek na Skali Zachowań Społecznych (*The Social Behaviour Scale*; Wykes i Sturt, 1986). Skala ta, składająca się z 21 itemów, obejmuje pytania dotyczące umiejętności komunikacyjnych, nieadekwatnych społecznie zachowań, objawów autyzmu (mamrotanie, śmianie się do siebie), objawów afektywnych (lęk, depresja, niepokój) i zaburzeń ruchu (dziwaczność zachowań, manieryzmy).

Social dysfunction in schizophrenia from the perspective of social cognition

Marta Rynda, Marta Białecką-Pikul

Institute of Psychology, Jagiellonian University

Abstract

Theory of mind, often called mentalizing ability, is the ability to attribute mental states to other people in order to explain and predict their behavior. This ability, considered as automatic and natural, is very important for social cognition and social functioning. The importance of this ability is well seen when we analyze difficulties in social functioning of people with difficulties in mentalizing, that is people with schizophrenia. The aim of the article is to present this new perspective in research on social dysfunction in schizophrenia. Starting with presentation of contemporary definitions of social cognition which emphasize the crucial role of the theory of mind we then define what the theory of mind is and discuss methods aimed to assess the mentalizing ability. Afterwards we try to answer the question whether social dysfunction in schizophrenia can be explained as a deficit of the theory of mind. Further, we present studies of insight and effectiveness of therapy aimed to improve the ability to mentalize, and we use it as an argument that theory of mind plays a fundamental role in social functioning. In summary we focus on further perspectives for studies in social cognition.

Keywords: schizophrenia, social dysfunction, theory of mind, mentalizing

Złożono: 17.04.2010

Złożono poprawiony tekst: 7.10.2010

Zaakceptowano do druku: 12.10.2010