

Zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej – podobieństwa i różnice

Disturbances of social cognition in schizophrenia and bipolar disorder – similarities and differences

Anna Bodnar¹, Marta Andrzejewska², Janusz Rybakowski¹

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. J. Rybakowski

²Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. J. Brzeziński

Summary

In the first part of the article, two aspects of social cognition, such as the Theory of Mind (ToM), i.e. the ability to infer about mental and affective states of other people, having both cognitive and perceptive aspects as well as empathy, i.e. the ability to understand other person's perspective and take an emotional response of the observer to the affective state of the other person, were presented. Next, research on social cognition in schizophrenia and bipolar disorder (BD) has been reviewed, and the disturbances, observed in these two illnesses were compared, with particular emphasis on studies investigating social cognition in both schizophrenia and BD. The results of studies show that ToM disturbances occur both in schizophrenia and BD patients, however, in schizophrenia they are of greater severity. As for empathy, patients with schizophrenia have significant disturbances of recognizing emotions, as well as of cognitive and affective empathy. Patients with BD do not have abnormalities in cognitive empathy, have lesser disturbances of emotion recognition disorder compared with schizophrenia and show a connection between disturbances of affective empathy and the course of the disease (time period after manic or depressive episode). Further exploration of these issues seems important in order to determine to what extent the disturbances of social cognition can influence social and professional life of patients. It is also a potential area for therapeutic interventions supportive to pharmacotherapy.

Słowa kluczowe: poznanie społeczne, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa

Key words: social cognition, schizophrenia, bipolar disorder

Poznanie społeczne

Poznanie społeczne według Christophera i Uty Frithów jest sumą procesów, które umożliwiają człowiekowi życie w społeczeństwie i przejawiają się głównie w umiejętności tworzenia efektywnych relacji z innymi osobami oraz we wchodzeniu z nimi w interakcje [1]. Podobną definicję poznania społecznego sformułowali Beer i Ochsner [2]. Według tych autorów jest to ogół procesów, dzięki którym ludzie rozumieją siebie i innych. W związku z tym, że poznanie społeczne umożliwia kodowanie informacji na temat świata, to szczegółowy opis poznania społecznego powinien zawierać następujące elementy: przetwarzanie informacji o ludziach w ogóle, o sobie samym oraz o normach obowiązujących w świecie. Poznanie społeczne definiuje się także jako umiejętność myślenia o innych osobach, również w kategoriach bardziej złożonych, jako zdolność tworzenia reprezentacji relacji między osobą a innymi oraz umiejętność wykorzystania jej w zachowaniach społecznych. Poznanie społeczne można także analizować przez wzgląd na funkcję, jaką pełni (przewidywanie zamiarów innych, antycypacja zachowań społecznych, a nawet przewidywanie emocji innych osób) [3].

Rozwinięcie umiejętności poznania społecznego na wysokim poziomie pełni rolę adaptacyjną, a w szerszej perspektywie sprzyja przetrwaniu nie tylko jednostek, ale też całego gatunku ludzkiego [1]. Dzięki mechanizmom odpowiadającym za poznanie społeczne możliwe jest nabywanie wiedzy o świecie, a także o ludziach, z którymi wchodzimy w interakcje. Może się to odbywać drogą pośrednią, gdy zdobywane informacje oparte są na wiedzy innych osób, a także bezpośrednio, podczas samodzielnego zbierania wiadomości na temat otoczenia. Dodatkowo, oprócz gromadzenia wiedzy, poznanie społeczne umożliwia tworzenie wraz z innymi osobami tzw. wspólnego świata, w którym dochodzi do niezbędnych interakcji, bez których człowiek jako istota społeczna nie mógłby istnieć. Opisane powyżej umiejętności możliwe są dzięki istnieniu tzw. społecznych sygnałów (social cues). Informacje te przetwarzane są najczęściej nieświadomie (ich emitowanie przez nadawcę również jest nieintencjonalne). Bodźce społeczne mają często naturę pozajęzykową, dlatego umiejętność korzystania z nich pojawia się już od najwcześniejszego okresu życia. Oczywiście istnieją też bardziej zaawansowane mechanizmy, które wymagają zaangażowania świadomej uwagi. Ich nabywanie rozpoczyna się dopiero po ukończeniu 18 miesiąca życia. Odpowiadają one za bardziej wyspecjalizowane umiejętności, takie jak np. przyjmowanie perspektywy drugiej osoby [1].

Mechanizmy zaangażowane w poznanie społeczne umożliwiają nabywanie wiedzy o otaczającym świecie [4]. Informacje te nie pochodzą jedynie z własnych doświadczeń jednostki. Ich źródłem są także relacje z innymi (tzw. społeczne odnośnienie). W pierwszych latach życia osobą, która jest najważniejszym źródłem społecznego odniesienia, jest matka. Niemowlę traktuje ją jak osobę godną zaufania i zarazem obdarzoną mądrością. W późniejszych latach życia matkę zastępują inne osoby znaczące, np. rówieśnicy, którzy stają się kolejnymi modelami społecznego uczenia się [1].

Oprócz zdolności nabywania wiedzy o świecie, poznanie społeczne zaangażowane jest także w procesy związane z poznaniem drugiego człowieka. Możliwe jest

wyróżnienie dwóch rodzajów wiedzy, na której opierają się przekonania dotyczące zachowań innych. Po pierwsze, jest to wiedza dotycząca tego, kim jest dana osoba, po drugie – dotyczy tego, w jaki sposób osoba się zachowuje (wiedza o działaniach, intencjach, uczuciach i przekonaniach innych) [3]. Zarówno podczas wnioskowania o stałych cechach danej osoby, takich jak cechy charakteru, jak i zmiennych, np. intencje, wykorzystuje się wiele dostępnych sygnałów społecznych [1].

Najczęściej eksplorowanymi zjawiskami należącymi do poznania społecznego wydają się procesy mentalizacyjne (określane najczęściej jako teoria umysłu – TU) oraz procesy empatyczne. Ponadto do ważnych aspektów poznania społecznego zaliczyć należy umiejętność podejmowania decyzji w sytuacjach społecznych, rozumienie norm społecznych, a także nabywanie kompetencji społecznych podczas rozwoju osobniczego. Społeczne poznanie dotyczy też w dużej mierze funkcjonowania emocjonalnego. Najczęściej bada się takie procesy jak rozpoznawanie ekspresji emocji twarzy, odbiór kontaktu wzrokowego oraz reakcje na prozodię, czyli na emocjonalny aspekt mowy.

Teoria umysłu

Jedną z najważniejszych zdolności, która odegrała znaczącą rolę w adaptacji do środowiska społecznego, jest TU definiowana jako umiejętność reprezentowania własnych stanów mentalnych i stanów umysłowych innych osób oraz jako zdolność ustalania relacji między nimi w kontekście ujawnianego przez innych zachowania [4]. Podczas rozpoznawania przekonań ważne jest, by wziąć pod uwagę perspektywę drugiej osoby. Proces ten jest bardzo złożony i wymaga postawienia się w sytuacji drugiego człowieka i wzięcia pod uwagę jego preferencji i wiedzy [4]. O emocjach innych osób można wnioskować tak z wyrazu mimicznego twarzy, jak z głosu i ruchów całego ciała.

Niektórzy badacze twierdzą, że nie można traktować TU jako jednolitego konstruktu [5]. Shamay-Tsoory i wsp. [6] postulują istnienie aspektu poznawczego i afektywnego tej zdolności. Poznawczy aspekt mentalizowania polega na wnioskowaniu dotyczącym poznawczych stanów umysłowych, głównie przekonań innych osób. Istotą aspektu afektywnego jest wnioskowanie o stanach emocjonalnych innych osób. Według Tager-Flusberg i Sullivan [7] w ramach TU można wyróżnić aspekt społeczno-poznawczy i społeczno-percepcyjny. Pierwszy z nich to odpowiednik zdolności wnioskowania o stanach mentalnych innych osób. Na podstawie obserwacji zachowań wnioskuje się o myślach, intencjach i przekonaniach. Skuteczność działań kontrolowanych przez ten aspekt TU jest ściśle związane z funkcjonowaniem zdolności poznawczych. Aspekt społeczno-percepcyjny natomiast opiera się na umiejętności rozpoznawania emocji. Powiązany jest on z systemem afektywnym i pozwala na odróżnianie ludzi od innych obiektów oraz na wnioskowanie o mentalnych stanach innych z wyrazu twarzy i ruchów ciała. Ten aspekt funkcjonuje niezależnie od funkcji poznawczych. Badania neuropsychologiczne potwierdziły odrębność obu wymienionych aspektów.

Empatia

Badania nad poznaniem społecznym dotyczą też mechanizmu empatii. Wiener podaje w swojej pracy, iż Franz DeWall, wybitny teoretyk tego obszaru badań, określa empatię jako „proces bezpośredniego symulowania stanu emocjonalnego innego organizmu, w rezultacie czego dochodzi do przejęcia niektórych własności symulowanego obiektu przez osobę percypującą” [8, s. 137]. Według tego badacza procesy empatyczne są pochodną procesów imitacyjnych, czyli naśladowczych, i nie wymagają angażowania wiedzy propozycjonalnej, tj. wiedzy typu „wiem, że”, „myślę, że”. Mogą przebiegać zatem na poziomie pozaświadomym, gdyż znajdują się poza kontrolą wyższych ośrodków poznawczych. Podobne poglądy prezentuje włoski neurobiolog Francesco Gallese, który stara się łączyć dwie perspektywy: fenomenologiczną i neurobiologiczną. Opisuje on procesy empatyczne, używając terminologii fenomenologicznej, co uzasadnia badaniami neurobiologicznymi dotyczącymi aktywności szczególnej populacji neuronów zwanych neuronami lustrzanymi (mirror neurons). Aktywują się one w sytuacji, gdy osoba sama wykonuje jakąś czynność albo słyszy lub widzi inną osobę wykonującą tę samą lub zbliżoną aktywność. Powyższy mechanizm, działający w sposób nieświadomy i zautomatyzowany, pozwala rozumieć działania innego podmiotu oraz własną aktywność behawioralną poprzez wewnętrzną i swoistą tematycznie symulację korespondującego stanu mentalnego [8].

Z perspektywy psychologicznej empatię można definiować na wiele sposobów, ale przeważnie wyróżnia się podejście teoretyczne traktujące empatię jako poznawczą świadomość stanów wewnętrznych innej osoby oraz jako zastępczą reakcję afektywną. W myśl pierwszego stanowiska umiejętne empatyzowanie umożliwia poznanie myśli, uczuć, spostrzeżeń drugiej osoby [9]. Empatia, według tego ujęcia zwana kognitywną, jest definiowana jako proces rozumienia perspektywy drugiej osoby, ze szczególnym uwzględnieniem jej życia emocjonalnego [10]. Drugie stanowisko traktuje empatię jako zastępczą reakcję afektywną umożliwiającą odczuwanie stanów afektywnych innych osób. Według niego empatia może być odczuwana w takim stopniu, w jakim uczucia osoby empatyzującej dopasowane są do uczuć osoby, z którą ta empatyzuje. Inaczej mówiąc, jest to emocjonalna odpowiedź obserwatora na afektywny stan drugiego człowieka [10]. W tym przypadku ważna jest rola imitacji i zjawiska emocjonalnego przenoszenia [8]. W literaturze postuluje się również rozróżnienie trzech składowych procesów empatycznych. Pierwszą z nich jest zdolność do emocjonalnego rozpoznawania emocji swoich i innych poprzez obserwację ekspresji twarzy, mowy i zachowania. Kolejnym komponentem empatii jest zdolność do przyjmowania emocjonalnej perspektywy innej osoby. W tym przypadku istnieje jednak wyraźne rozróżnienie pomiędzy perspektywą osoby badanej i innej osoby. Jako trzeci komponent wyróżnia się zdolność do afektywnego reagowania, czyli do podzielenia stanów emocjonalnych innych osób oraz zdolność doświadczenia podobnych emocji [11].

Zaburzenia teorii umysłu i empatii w schizofrenii

Początkowe badania nad TU w schizofrenii wskazywały na istnienie deficytu TU w fazie klinicznego zaostrzenia i wspierały tym samym pogląd, że zaburzenia mentalizacji są charakterystyczne wyłącznie dla ostrych psychoz [12]. Badania przeprowadzone w ostatniej dekadzie zaprzeczają jednak tej prawidłowości i dowodzą, że osoby w okresie remisji również mają trudności w rozwiązywaniu zadań TU [13–17].

U osób ze schizofrenią występują też zaburzenia empatii. Wyniki badań wskazują, że u tych chorych występuje deficyt w każdym z trzech komponentów empatii [18]. U osób ze schizofrenią zauważa się nieprawidłowości w rozpoznawaniu emocji z wyrazu twarzy innych osób. Zdolność do rozpoznawania emocji u pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii okazała się zaburzona zarówno przed, jak i po przeprowadzonym leczeniu. Chorzy na schizofrenię mają również problem z przyjęciem emocjonalnej perspektywy drugiej osoby. Zadania te angażują chorych zarówno na poziomie poznawczym, jak i emocjonalnym. Badania wskazują na powiązanie deficytu tego komponentu empatii z trudnościami w zadaniach TU. Rezultaty świadczące o całościowym uszkodzeniu zdolności empatycznych w schizofrenii wykazała Derntl i wsp. [18]. Ponadto Salva i wsp. stwierdzili, że deficyty percepcji emocji i przetwarzania emocji są tym większe, im dłuższy jest czas trwania choroby [19].

Zaburzenia teorii umysłu i empatii w ChAD

W badaniach Kerr i wsp. stwierdzono deficyt TU zarówno w fazie manii, jak i depresji [20]. Zaburzenia w zakresie tej zdolności stwierdzono również u chorych znajdujących się w fazie remisji ChAD [21]. Rezultaty badań pod kierunkiem Bora i wsp. [22] wskazują, że zdolność do mentalizacji jest zaburzona u osób z ChAD nie tylko w przypadku ostrych faz manii i depresji, ale także w fazie remisji. Kolejną próbę oceny zdolności mentalizacyjnych u osób cierpiących na ChAD, będących w stanie remisji podjęli Shamay-Tsoory i wsp. [6]. Otrzymane wyniki wskazują, że grupa kliniczna osiągnęła istotnie niższy poziom wykonania w zakresie poznawczej TU, natomiast nie wykazano znaczących różnic w przypadku jej komponentu afektywnego w porównaniu z osobami zdrowymi. Także badania zespołu pod kierunkiem Montag potwierdziły powyższą zależność [23]. Wyniki najnowszych badań potwierdzają występowanie zaburzeń TU zarówno w fazie manii, depresji, jak i w stanie remisji [24–27].

Obok deficytu mentalizacji, charakterystyczne dla ChAD jest również zaburzenie zdolności empatycznych. W badaniach zespołu pod kierunkiem Shamay-Tsoory [6] wykazano, że osoby z ChAD uzyskały istotnie gorsze wyniki w zadaniach poznawczego aspektu empatii, natomiast istotnie wyższe wyniki aniżeli grupa kontrolna w zadaniach empatii afektywnej. W badaniach Cusi i wsp. [28] wykazano deficyt poznawczego aspektu empatii, natomiast zespół pod kierunkiem Seidel [29] stwierdził, że istnieje deficyt empatii afektywnej w ChAD. Według Derntl i wsp. [30] poznawczy aspekt empatii w ChAD pozostaje nieuszkodzony, czemu przeczą rezultaty uzyskane w badaniu Montag i wsp. [23] oraz w badaniu Wienera i wsp. [31], gdzie badano pacjentów z ChAD w fazie remisji.

Badania porównawcze poznania społecznego w schizofrenii i ChAD

W celu wskazania podobieństw i różnic w zakresie zdolności poznania społecznego przeanalizowano wybrane prace dotyczące deficytu TU i empatii w schizofrenii i ChAD. Uwzględniono te z prac, które koncentrowały się wyłącznie na tematyce TU i empatii oraz dotyczyły obu tych zaburzeń psychicznych łącznie.

Pierwsze z badań omawianych w niniejszej pracy, a jednocześnie pierwsze polskie badanie, przeprowadzono w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [31]. Grupę kliniczną stanowili pacjenci ze schizofrenią i ChAD typu I (n = 20 dla każdej z grup). Do udziału w badaniu zakwalifikowano osoby, które znajdowały się w stanie poprawy stanu psychicznego, ocenianego za pomocą skali PANSS (Positive and Negative Symptom Scale; < 70 punktów) w przypadku osób ze schizofrenią, a do oceny nasilenia objawów afektywnych choroby dwubiegunowej wykorzystano skalę HDRS (Hamilton Depression Rating Scale; < 12 punktów) oraz YMRS (Young Mania Rating Scale; < 10 punktów). Grupę kontrolną tworzyło 40 osób. Dodatkowo wyróżnioną grupę kliniczną pacjentów z ChAD podzielono na dwie podgrupy na podstawie kryterium fazy poprzedzającej stan remisji, manii bądź depresji.

Do oceny zdolności mentalizacyjnych zastosowano dwa rodzaje testów: Test Oczu Barona-Cohena w wersji zrewidowanej (Reading the Mind in Eyes Test, Revised version II), natomiast do oceny zdolności empatycznych Wielowymiarowy Test Empatii (Multifaceted Empathy Test – MET) autorstwa Dziobek [10]. Test Oczu służy do oceny umiejętności rozpoznawania złożonych stanów mentalnych. W teście tym prezentuje się serię 36 zdjęć oczu i ich okolic. Zadaniem osoby badanej jest wybór jednej z czterech odpowiedzi, która najlepiej opisuje to, co osoba na zdjęciu myśli i czuje. Wielowymiarowy Test Empatii służy do oceny poziomu empatii i jej poszczególnych aspektów: empatii afektywnej oraz empatii poznawczej. Empatia afektywna definiowana jest jako emocjonalna reakcja jednej osoby na emocje innej osoby. Poznawczy aspekt empatii obejmuje rozumienie stanu emocjonalnego innego człowieka oraz przyjęcie jego punktu widzenia. Prezentowany w teście MET materiał badawczy zawiera bodźce o pozytywnej oraz negatywnej walencji i z tego względu wyodrębnić można aspekty kognitywny i afektywny empatii, które dotyczą pozytywnych i negatywnych emocji.

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie zaburzenia TU zarówno w schizofrenii, jak i w ChAD. W schizofrenii deficyt TU był większy niż w ChAD, natomiast obie grupy w sposób istotny statystycznie różniły się od grupy kontrolnej. W ChAD deficyt TU wykazano zarówno po przebytej fazie manii, jak i depresji. Zaburzenie poznawczego aspektu empatii wystąpiło zarówno w schizofrenii, jak i w ChAD. W ChAD deficyt empatii poznawczej wykazano po przebytej fazie manii i depresji.

Poznawczy aspekt empatii dotyczący reakcji na bodźce negatywne okazał się zaburzony w schizofrenii, natomiast deficytu takiego nie stwierdzono w ChAD. Natomiast poziom poznawczego aspektu empatii dotyczącego bodźców pozytywnych był istotnie obniżony zarówno w schizofrenii, jak i w ChAD w porównaniu z grupą kontrolną.

Zaburzenie afektywnego aspektu empatii, zwłaszcza w odniesieniu do bodźców pozytywnych, wykazano w schizofrenii, natomiast w grupie z ChAD, traktowanej jako całość, nie stwierdzono istotnych różnic w porównaniu z grupą kontrolną. Natomiast

po wyodrębnieniu osób z ChAD po przebytych epizodzie maniakałnym okazało się, że osoby te osiągały istotnie wyższe wyniki aniżeli osoby z grupy kontrolnej w odniesieniu zarówno do bodźców pozytywnych, jak i negatywnych. Z kolei osoby po przebytych epizodzie depresyjnym nie wykazywały w tym względzie istotnych różnic w porównaniu z grupą kontrolną.

Tak więc wykazano, że w schizofrenii występują zaburzenia TU oraz empatii poznawczej i afektywnej (w zakresie bodźców o pozytywnej walencji emocjonalnej). Zaburzenie TU w ChAD miało mniejsze nasilenie niż w schizofrenii i nie zależało od przebytej fazy choroby. Ponadto stwierdzono, że w schizofrenii, w odróżnieniu od ChAD, występuje zaburzenie poznawczego aspektu empatii. Wzbogacając dotychczasową wiedzę nad poznaniem społecznym w ChAD wydają się wyniki dotyczące poziomu afektywnej empatii u osób z ChAD, u których fazą poprzedzającą stan remisji była mania. Stwierdzono bowiem różnicę w wykonaniu testu MET pomiędzy tą podgrupą pacjentów a osobami z grupy kontrolnej, przy czym nieprawidłowość w zakresie afektywnej empatii wyrażała się w postaci „nadempatyżowania”, tj. wygórowanych reakcji (w porównaniu z grupą kontrolną) na prezentowane bodźce.

Kolejne doniesienie naukowe autorstwa Donohoe i wsp. [32] również koncentruje się na analizie różnic w zakresie poznania społecznego między pacjentami ze schizofrenią oraz z ChAD. Punktem wyjścia dla tych autorów stały się badania wskazujące, że choroby te różnią się między sobą pod względem deficytów neuropsychologicznych [33]. U osób z ChAD zaobserwowano mniejsze deficyty funkcjonowania poznawczego, zwłaszcza pamięci oraz uwagi, co może odzwierciedlać dychotomiczny podział zaburzeń psychicznych zaproponowany przez Kraepelina [34]. Celem pracy zespołu było sprawdzenie, czy podobna zależność występuje w przypadku poznania społecznego, a dokładniej jednego z jej aspektów, jakim jest TU.

Do badań włączono 208 osób ze schizofrenią oraz 102 osoby z ChAD. Kryteria włączenia do grupy klinicznej obejmowały: wiek (18–65 lat), brak współwystępujących zaburzeń psychicznych, brak uzależnienia od substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, urazy głowy z utratą przytomności, niekaralność. Grupa kontrolna składała się ze 132 osób. Badacze wyróżnili dwa aspekty TU. Pierwszy z nich określono mianem „dekodowania”. Jego poziom oceniano za pomocą Testu Oczu. Drugi aspekt, „wnioskowanie”, oceniano, wykorzystując Test Aluzji (Hinting Task). Test ten polega na przedstawieniu osobie badanej 10 historyjek dotyczących interakcji przynajmniej dwóch osób. Wypowiedź jednego z uczestników interakcji zostaje zamaskowana, badanemu natomiast podaje się wskazówkę pomocną do odtworzenia tej treści.

W badaniu zaobserwowano, że pacjenci zarówno ze schizofrenią, jak i ChAD osiągają istotnie gorsze wyniki niż osoby grupy kontrolnej w przypadku aspektu „dekodowania” TU. Pomiędzy schizofrenią a ChAD nie wykazano istotnej różnicy. W zakresie „wnioskowania” chorzy na schizofrenię uzyskiwali istotnie gorsze wyniki w porównaniu zarówno z ChAD, jak i grupą kontrolną, natomiast wyniki w grupie osób z ChAD nie różniły się istotnie od grupy kontrolnej. Tak więc zespół pod kierunkiem Donohoe i wsp. [32] wykazał, iż w ChAD zaburzony jest aspekt TU określany jako „dekodowanie”, natomiast aspekt „wnioskowanie” jest niezaburzony. W schizofrenii natomiast oba aspekty TU ulegają zaburzeniu. Interpretując wyniki badań, autorzy

przypuszczają, że istotne dla poprawy zdolności „wnioskowania” w ChAD może być funkcjonowanie poznawcze pacjentów. W ChAD jest ono bowiem w mniejszym stopniu zaburzone aniżeli w przypadku pacjentów ze schizofrenią.

Istotny wkład w charakterystykę procesów empatii w schizofrenii i ChAD wniosło badanie, które przeprowadzili Derntl i wsp. [30]. Grupa kliniczna składała się z 24 osób chorych na schizofrenię i 24 osób z ChAD typu I oraz II. Nasilenie objawów schizofrenii określano za pomocą skali PANSS. W przypadku ChAD zastosowano ocenę objawów za pomocą skali manii YMRS oraz skali depresji MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale). Wszystkie osoby ze schizofrenią w trakcie badania przyjmowały atypowe leki przeciwpsychotyczne, natomiast pacjenci z ChAD leki normotymiczne. Grupa kontrolna składała się z 24 osób. W każdej z grup połowę osób badanych stanowiły kobiety. W badaniu analizowano trzy aspekty empatii, które wyodrębnili Decety i Jackson [11]. Oceniano poziom rozpoznawania emocji, przyjmowanie emocjonalnej perspektywy innych osób oraz emocjonalną reakcję na stan afektywny innej osoby. Rozpoznawanie emocji mierzono, przedstawiając badanym 60 zdjęć twarzy wyrażających pięć podstawowych emocji oraz ekspresję neutralną. Przyjmowanie perspektywy innych, określane inaczej jako empatia poznawcza, oceniano za pomocą 60 zdjęć dwóch osób zaangażowanych w sytuację społeczną. Twarz jednej z nich była zamaskowana, a zadaniem osoby badanej było przypisanie osobie ze zdjęcia odpowiedniej do sytuacji oraz kontekstu emocji. Emocjonalną reakcję na stan afektywny innej osoby określaną inaczej mianem empatii afektywnej, oceniano, przedstawiając osobom badanym opis sytuacji wraz z pytaniem, jak badany czułby się, będąc w takiej sytuacji.

Badanie wykazało zaburzenie rozpoznawania emocji zarówno w schizofrenii, jak i w ChAD w porównaniu z grupą kontrolną, choć w przypadku ChAD zaburzenie to miało mniejsze nasilenie. W zakresie empatii afektywnej (reakcji emocjonalnej na emocjonalny stan innej osoby) deficyt w porównaniu z grupą kontrolną przejawiali zarówno chorzy na schizofrenię, jak i ChAD, jednak w schizofrenii był on bardziej nasilony. Deficyt empatii poznawczej zaobserwowano w schizofrenii, natomiast nie wykazano go w ChAD. Wysłunięto hipotezę, iż pacjenci z ChAD mogą czerpać informacje z kontekstu, a nie tylko z wyrazu twarzy. Tak więc w zakresie empatii wykazano głębszy deficyt u osób ze schizofrenią w porównaniu z osobami z ChAD i z grupy kontrolnej. Pacjenci z depresją wykazywali podobny poziom empatii jak grupa kontrolna. Jedynie u pacjentów z depresją wykazano zależność pomiędzy deficytem empatii a objawami klinicznymi, co przejawiało się m.in. w korelacji pomiędzy deficytem aspektu empatii, takiego jak reakcja emocjonalna (empatia afektywna), a nasileniem objawów oraz długością epizodu depresyjnego.

Podsumowując, badanie wykazało, iż w schizofrenii występuje bardziej rozległy i ogólny deficyt empatii, w którym uszkodzone są wszystkie trzy jej komponenty. W ChAD natomiast deficyt ma charakter specyficzny, przejawiający się zaburzeniem rozpoznawania emocji i empatii afektywnej, czyli odpowiedzi emocjonalnej. Pacjenci z ChAD wydają się mieć problem z postawieniem się w sytuacji emocjonalnej drugiej osoby. Jednakże mogą oni to kompensować poprzez umiejętność czerpania informacji

z danych kontekstowych (a nie jedynie na podstawie emocji widocznych na twarzy), o czym świadczą poprawnie działający poznawczy aspekt empatii.

Podobieństwa i różnice w poznaniu społecznym w schizofrenii i ChAD

Tabela 1 przedstawia wyniki uzyskane w omówionych wyżej badaniach.

Tabela 1. Teoria umysłu i empatia w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej – porównanie nieprawidłowości

Wiener i wsp., 2011		
	Schizofrenia	ChAD
Teoria umysłu (Test oczu)	++	+
Empatia poznawcza		
Bodźce negatywne	+	-
Bodźce pozytywne	+	+
Empatia afektywna		+ (po manii)
Bodźce pozytywne	+	- (po depresji)
Bodźce negatywne	-	+ (po manii)
		- (po depresji)
Donohoe i wsp., 2012		
Teoria umysłu (dekodowanie)	+	+
Teoria umysłu (wnioskowanie)	+	-
Derntl i wsp., 2012		
Rozpoznawanie emocji	++	+
Empatia poznawcza (przyjmowanie perspektywy)	+	-
Empatia afektywna (odpowiedź emocjonalna)	++	+

„+” występowanie nieprawidłowości; „++” występowanie znacznej nieprawidłowości; „-” brak nieprawidłowości

W schizofrenii stwierdza się deficyt zarówno poznawczego i afektywnego aspektu TU, jak i poznawczego i afektywnego aspektu empatii. Nieco inny obraz wyników uzyskano dla osób z ChAD. Badania Wienera i wsp. [31] oraz Donohoe i wsp. [32] potwierdzają deficyt TU w aspekcie poznawczym (wg Donohoe i wsp. w aspekcie „dekodowania”). Z kolei aspekt afektywny TU (wg Donohoe i wsp. – „wnioskowanie”) pozostaje u tych pacjentów niezaburzony [32]. Powyższa prawidłowość może stanowić wyjaśnienie dobrego funkcjonowania społecznego osób z ChAD. Czerpią one bowiem informacje społeczne w sposób niewymagający dekodowania, m.in.

z kontekstu i sytuacji, w których się znajdują. Zdolność do dekodowania jest zatem kompensowana zdolnością do wnioskowania.

Rozbieżności dotyczące empatii afektywnej w badaniach Wienera i wsp. [31] oraz Derntl i wsp. [30] wyjaśnić można, odwołując się do charakterystyki poszczególnych grup klinicznych. W badaniu Wienera i wsp. [31] dokonano bowiem podziału grupy klinicznej na osoby po przebytej fazie manii i depresji. Stwierdzono zaburzenie afektywnego aspektu empatii u osób z ChAD, u których fazą poprzedzającą stan remisji była faza manii. Podobnej zależności nie wykazano u osób, u których fazą poprzedzającą stan remisji była faza depresji. Analiza przeprowadzona w odniesieniu do całej grupy klinicznej osób z ChAD (po fazie manii i po fazie depresji) nie wykazała różnic z grupą kontrolną. W przypadku empatii poznawczej uzyskane rozbieżności można uzasadnić odmiennym rozumieniem analizowanego konstruktów. Derntl i wsp. [30] definiują bowiem empatię jako umiejętność szybkiego wnioskowania o stanie emocjonalnym drugiej osoby na podstawie społecznego kontekstu oraz zachowania, a nie jako zdolność do rozumienia perspektywy drugiej osoby, ze szczególnym uwzględnieniem jej życia emocjonalnego. Ponadto w badaniu tym brakowało informacji o tym, czy pacjenci znajdowali się w fazie remisji, czy w fazie zaostrzenia klinicznego choroby. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że do oceny zdolności empatycznych wykorzystano w dwóch analizowanych badaniach różne narzędzia badawcze, co mogło wpłynąć na uzyskane przez pacjentów wyniki.

Dalsza eksploracja obszaru związanego z poznaniem społecznym, a ściślej z zagadnieniami TU i empatii, wydaje się niezwykle istotna. Ważne zdaje się sprawdzenie, do jakiego stopnia deficyty poznania społecznego wpływają na społeczne i zawodowe funkcjonowanie osób chorych. Jest to również potencjalny obszar dalszych oddziaływań terapeutycznych wspierających farmakoterapię.

Piśmiennictwo

1. Frith CD, Frith U. *Social cognition in humans*. Curr. Biol. 2007; 17(16): 724–732.
2. Beer J, Ochsner K. *Social cognition: A multi level analysis*. Brain Res. 2006; 1079(1): 98–105.
3. Frith CD, Frith U. *How we predict what other people are going to do*. Brain Res. 2006; 1079(1): 36–46.
4. Frith CD, Frith U. *The neural basis of mentalizing*. Neuron 2006; 50(4): 531–534.
5. Bora E. *Theory of mind in schizophrenia spectrum disorder*. Turk. J. Psych. 2009; 20(3): 269–281.
6. *Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions*. Brain 2009; 132(3): 617–627.
7. Tager-Flusberg H, Sullivan K. *A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome*. Cognition 2000; 76(1): 59–90.
8. Wiener D. *Antycypacja a procesy emocjonalne. Kongitywistyczne ujęcie systemów emocjonalnych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009.
9. Hoffman ML. *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
10. Dziobek I. *Dissociation of Cognitive Empathy in Adults with Asperger Syndrome Using the Multifaceted Empathy Test (MET)*. J. Autism Dev. Disord. 2007; 38(3): 464–473.

11. Decety J, Jackson PL. *The functional architecture of human empathy*. Behav. Cogn. Neurosci. Rev. 2004; 3(2): 71–100.
12. Corcoran R, Cahill C, Frith CD. *The appreciation of visual jokes with schizophrenia: a study of 'mentalizing' ability*. Schizophr. Res. 1997; 24: 319–327.
13. Inoue Y, Yamada K, Hirano M, Shinohara M, Tamaoki T, Iguchi H. i wsp. *Impairment of theory of mind in patients in remission following first episode of schizophrenia*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2006; 256(5): 326–328.
14. Martino DJ, Bucay D, Butman JT, Allegri RF. *Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2007; 152(2–3): 121–128.
15. Bora E, Gökçen S, Kayahan B, Veznedaroglu B. *Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspect of theory of mind in remitted patients with schizophrenia. Effect of residual symptoms*. J. Nerv. Ment. Dis. 2008; 196(2): 95–99.
16. Pentarakia AD, Stefanisade NC, Stahlb D, Theleritise C, Touloupoulouac T, Roukase D. i wsp. *Theory of mind as a potential trait marker of schizophrenia: A family study*. Cogn. Neuropsychiatry 2012; 17(1): 64–89.
17. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H. *Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis*. Br. J. Psychiatry 2007; 191: 5–13.
18. Derntl B, Finkelmeyer A, Toygar T, Hulsmann A, Schneider F, Falkenberg D. i wsp. *Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2009; 108(1–3): 197–206.
19. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. *Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence*. Schizophr. Bull. 2013; 39(5): 979–992.
20. Kerr N, Dunbar R I M, Bentall RP. *Theory of mind deficits in bipolar affective disorder*. J. Affect. Disord. 2003; 73(3): 253–259.
21. Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. *Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder*. J. Affect. Disord. 2004; 82(3): 403–409.
22. Bora E, Vahip S, Gonul AS, Akdeniz F, Alkan M, Ogut M. i wsp. *Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 112(2): 110–116.
23. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, Dziobek I, Heekeren HR, Heinz A. i wsp. *Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients*. J. Affect. Disord. 2010; 123(1–3): 264–269.
24. Wolf F, Brüne M, Assion HJ. *Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2010; 12(6): 657–666.
25. Martino DJ, Strejilevich SA, Fassi G, Marengo E, Igoa A. *Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and II disorders*. Psychiatry Res. 2011; 189(3): 379–384.
26. Purcell AL, Phillips M, Gruber J. *In your eyes: Does theory of mind predict impaired life functioning in bipolar disorder?* J. Affect. Disord. 2013; 151(3): 1113–1119.
27. Van Rheenen TE, Rossell SL. *Picture sequencing task performance indicates theory of mind deficit in bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2013; 151(3): 1132–1134.
28. Cusi A, Macqueen GM, McKinnon MC. *Altered self-report of empathic responding in patients with bipolar disorder*. Psychiatry Res. 2010; 178(2): 354–358.
29. Seidel EM, Habel U, Finkelmeyer A, Hasmann A, Dobmeier M, Derntl B. *Risk or resilience? Empathic abilities in patients with bipolar disorders and their first-degree relatives*. J. Psychiatr. Res. 2012; 46(3): 382–388.

30. Derntl B, Seidel EM, Schneider F, Habel U. *How specific are emotional deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients.* Schizophr. Res. 2012; 42(1–3): 58–64.
31. Wiener D, Andrzejewska M, Bodnar A, Rybakowski J. *Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej.* Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2011; 6(2): 85–92.
32. Donohoe G, Duignan A, Hargreaves A, Morris DW, Rose E, Robertson D. i wsp. *Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits.* Bipolar Disord. 2012; 14(7): 743–748.
33. Seidman LJ, Kremen WS, Koren D, Faraone SV, Goldstein JM, Tsuang MT. *A comparative profile analysis of neuropsychological functioning in patients with schizophrenia and bipolar psychoses.* Schizophr. Res. 2002; 53(1–2): 31–44.
34. Grene T. *The Kraepelinian dichotomy: the twin pillars crumbling?* Hist. Psychiatry 2007; 18(71 cz. 3): 361–379.

Adres: Anna Bodnar
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 11.12.2013

Zrecenzowano: 12.01.2014

Otrzymano po poprawie: 23.03.2014

Przyjęto do druku: 11.04.2014