

Rozwiązywanie problemów interpersonalnych – przegląd literatury

Interpersonal problems solving – an overview of the literature

MARYLA SAWICKA

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. W artykule dokonano przeglądu najważniejszych koncepcji i badań dotyczących umiejętności rozwiązywania problemów interpersonalnych przez osoby chore na schizofrenię. Zaprezentowane badania dotyczą nie tylko samej diagnozy ubytków poznawczych chorych, ale także związanych z nimi konsekwencji społecznych oraz sposobów rehabilitacji utraconych funkcji.

SUMMARY. Basic concepts and studies concerning interpersonal problem solving skills in schizophrenic patients are reviewed in the paper. Presented studies deal not only with the diagnosis of cognitive deficits in these patients, but also with their resulting social impairment and with methods of the impaired functions rehabilitation.

Słowa kluczowe: schizofrenia / procesy poznawcze / problemy interpersonalne
Key words: schizophrenia / cognitive processes / interpersonal problems

Umiejętność rozwiązywania problemów jest właściwością obejmującą szereg umiejętności szczegółowych, do których można zaliczyć zarówno umiejętność definiowania istoty problemu, jak również wymyślanie alternatywnych, możliwych do realizacji sposobów służących jego rozwiązaniu. W ramach tego schematu zawierają się umiejętności szczegółowe, takie jak: umiejętność dostrzegania niezbędnych do realizacji środków, umiejętność dostrzegania prawdopodobnych przeszkód oraz gotowość do ponoszenia konsekwencji związanych z działaniem obliczonym na zlikwidowanie tej trudnej sytuacji [Platt i Spivack 1989].

Badania nad umiejętnościami rozwiązywania problemów mają długą i udokumentowaną historię. Droga rozwoju badań nad rozwiązywaniem problemów intelektualnych i interpersonalnych w początkowej swej fazie była podobna. Rozdział kierunków poszukiwań nastąpił w momencie, gdy

się okazało, że wynik typowego sprawdzianu sprawności intelektualnej, jakim jest umiejętność rozwiązywania testu labiryntu, nie pozwala przewidzieć, na ile dobrze dana osoba poradzi sobie z problemem dotyczącym innego człowieka [Platt i Spivack 1972].

Wyniki badań nad funkcjonowaniem intelektualnym podkreślają, że istnieje niska korelacja pomiędzy zdolnościami poznawczego rozwiązywania problemów interpersonalnych a pomiarami inteligencji ogólnej oraz oryginalnością myślenia [Platt i Spivack 1975]. Wnioski z tych badań idą w swej ogólności dalej. Wynika z nich, że poza założeniem istnienia pewnych minimalnych wymagań dotyczących ogólnych dyspozycji intelektualnych, nie ma podstaw do przypuszczeń, iż sprawność w rozwiązywaniu pozaosobowych abstrakcyjnych zadań mogłaby się znacząco przyczynić do skuteczniejszego rozwiązywania problemów istniejących w relacjach interpersonalnych w realnym życiu.

Empiryczne poszukiwania wyjaśnienia tego pozornego paradoksu, zaowocowały badaniami nad nieadaptacyjnymi zachowaniami młodocianych przestępców oraz dzieci szkolnych [Garfield i Bergin 1990]. Wnioski z tych badań stały się podstawą do dalszych poszukiwań, ale przede wszystkim do działań terapeutycznych. Pierwszym wnioskiem była sugestia, że zdolności jednostki do myślenia o sprawach relacji z ludźmi mogą mieć wpływ na spostrzeganie i kształtowanie tychże relacji. Po drugie zaś – takie zmiany myślenia mogą być z powodzeniem zastąpione przez bezpośrednie działanie.

Model myślenia ukierunkowanego na rozwiązywanie problemów interpersonalnych w odniesieniu do ogólnej sprawności psychologicznej przedstawiają Zurilla i Garfield (1971) oraz Spivack (1976). Wnioski z badań nad zastosowaniem empirycznym tego modelu w pracy z pacjentami psychiatrycznymi, leczonymi w oddziałach dla przewlekle chorych, można sprowadzić do stwierdzenia, że trenowanie umiejętności rozwiązywania problemów interpersonalnych powoduje modyfikowanie własnych zachowań zgodnie z wzorami, których uczono.

Uczenie pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię umiejętności rozwiązywania problemów interpersonalnych ma szczególny sens, wynikający z obrazu psychopatologii tego schorzenia. Schizofrenia, to zaburzenie myślenia, którego konsekwencją są zaburzenia zachowania, nastroju oraz zaburzenia poznawcze. Zaburzenia myślenia objawiają się kłopotami z koncentracją i utrzymaniem uwagi oraz trudnościami w tworzeniu pojęć [Goldstein 1990, 1995]. Prowadzić to może do nieadekwatnego spostrzegania i tworzenia oczekiwań, ogromnych trudności w rozumieniu rzeczywistości, a także związanych z tym problemów z ekspresją i komunikacją werbalną [Rosenhan i Seligman 1994].

Cytowany wcześniej Spivack, w swoich już dzisiaj klasycznych badaniach nad funkcjonowaniem poznawczym pacjentów ze schizofrenią, podkreśla, że im gorsze umiejętności rozwiązywania problemów, tym wyższa ko-

relacja z wysokimi wynikami na skali schizofrenii i paranoi kwestionariusza WISKAD oraz złym przedchorobowym funkcjonowaniem społecznym.

Szczegółowe analizy zadań, które były stosowane podczas badań, dają obraz różnic istniejących w obrębie funkcjonowania poznawczego, pomiędzy osobami zdrowymi a cierpiącymi na schizofrenię. Te ostatnie gorzej wykonują zadania o większej złożoności poznawczej. Nie mają problemów z pojedynczymi nazwami (słowami), ale już z zadaniami złożonymi mają kłopot. Sensowne układanie gotowych historyjek, sortowanie tematyczne zadań sprawiają im kłopot [Gjerde 1983]. Zdecydowanie lepiej prezentują się ich umiejętności w identyfikowaniu zadań konkretnych, aniżeli abstrakcyjnych [Corrigan i Green 1993]. Być może jest to związane ze specyficznym deficytem pamięci i uwagi, w których zaburzony jest proces przechowywania informacji kluczowych i umiejscowienia ich w sekwencji czasowej zadań [Abelson 1989]. Zaburzenia koncentracji mogą być także wynikiem niezdolności do dyskryminacji bodźców, co sugerują istotnie gorsze wyniki w *Continuous Performance Test*, wykazujące istnienie gorszego odróżniania liter od cyfr [Neuchterlein 1984] lub może być to problem deficytu w zamienianiu tzw. „intencji wolicjonalnej” na działanie, niezależnie od współwystępującego spowolnienia napędu motorycznego [Frith 1992].

Te same obserwacje płynące z badań typu „papier-ołówek” potwierdzają się także w obserwacjach sytuacji interpersonalnych. Pacjenci chorzy na schizofrenię przejawiają mniejszą wrażliwość na odczytywanie emocji z twarzy, czy też niewerbalne wskazówki płynące z ruchów ciała. Przy tej ocenie największe trudności mają w identyfikowaniu wskaźników wrogości i złości, a podczas oceny złożonych interakcji społecznych błędnie oceniają przede wszystkim relacje negatywne [Drat-Ruszczak 1994]. Także cały kontekst sytuacyjny nie stanowi ułatwienia, a wręcz przeciwnie, zaciemnia jeszcze bardziej obraz zdarzeń [Mueser 1994].

Do ciekawych wniosków doszedł Corrigan (1995), projektując badanie łączące wszystkie elementy poprzednio prezentowanych doniesień. Zadania, z którymi mieli się zmierzyć pacjenci schizofreniczni polegały na ułożeniu historyjek obrazkowych na podany temat (jedzenie w restauracji, zabawa na plaży, wizyta u doktora). Pacjenci gorzej i dłużej rozwiązywali podane im zadania złożone niż osoby zdrowe. Analogiczne wyniki otrzymali podczas rozwiązywania zadań o krótszej sekwencji czasowej. Wyniki pacjentów były skorelowane z negatywnymi objawami mierzonymi na skali BPRS, nie stwierdzono natomiast znaczącej korelacji pomiędzy objawami pozytywnymi (BPRS). Interpretując otrzymane rezultaty eksperymentu badacze twierdzą, że być może taka sytuacja wynika z trudności w opracowywaniu złożonych informacji społecznych, które często nadinterpretowane odbierane są jako zagrażające. Stosowanie wycofania jako doraźnego mechanizmu obronnego, w konsekwencji prowadzi do zubożenia doświadczeń w rozwiązywaniu problemów społecznych oraz uniemożliwia wytworzenie się złożonych poznawczo schematów społecznych.

Analogicznego zabiegu dokonuje się także w emocjonalnym odbiorze rzeczywistości. Badania [Drat 1994] pokazują, że chorzy na schizofrenię mają tendencję do upożytywiania kłopotliwych faktów. Interpretowane jest to jako mechanizm broniący pacjenta przed koniecznościami wykonywania jakichkolwiek zmian w swoim życiu, a idąc dalej, być może, wiąże się to z brakiem w umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów. Uzupełnieniem powyższego badania są wyniki uzyskane przez Corcorana i Frith (1995), a bazujące na założeniach „osobistych teorii umysłu” Fritha (1987). Zadania, przed jakimi postawiono osoby przewlekle chore na schizofrenię, dotyczyły umiejętności odczytywania rzeczywistych intencji wypowiedzianych nie wprost. Podczas sesji prezentowano pacjentom historyjki, na końcu każdej główny bohater wypowiadał aluzję – niejasny komunikat,

który powinien być zidentyfikowany. Rezultaty otrzymane podczas tych badań pokazały, że pacjenci gorzej identyfikowali komunikaty, przy jednocześnie drobiazgowo zapamiętywanych szczegółach całej sytuacji. Błąd, prawdopodobnie, pojawiał się podczas przechowywania zakodowanej informacji. Kłopoty z identyfikacją mogą zależeć od dysfunkcji pamięci długotrwałej (LTM) [Corcoran 1995].

W tym miejscu należy zaznaczyć, że doniesienia badawcze są niejednoznaczne co do upośledzającego funkcjonowanie poznawcze roli przyjmowanych leków. W niektórych doniesieniach podkreśla się, że deficyty poznawcze pojawiają się także u tych, którzy jeszcze nie przyjmowali leków, jak i u tych, którzy już je przyjmują. Niekiedy deficyty poznawcze, w tym umiejętność rozwiązywania problemów, poprzedzają eksplozję choroby [Saykin 1994]. Część badaczy podkreśla jednak, że przyjmowanie leków antypsychotycznych i antycholinergicznym nie może być w tym procesie bez znaczenia [Ciompi 1980, Spohn 1989].

Zastosowanie cybernetycznego modelu przetwarzania informacji do wyjaśnienia zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym chorych na schizofrenię, doprowadziło do powstania koncepcji tłumaczących braki w funkcjonowaniu społecznym. Hemsey (1976) zastosował pojęcie defektu „filtra świadomości” do wyjaśnienia deficytów procesów informacyjnych, zwolnienia ich przebiegu oraz trudności w selekcji możliwych reakcji w odpowiedzi na dochodzące bodźce. Pojawienie się wymienionych braków dotyczy przede wszystkim stanu ostrej psychozy. Z czasem jednak, w wyniku zadziałania procesów adaptacyjnych dochodzi do przystosowania się organizmu do stanu przeładowania informacyjnego, co jest wyraźnie widoczne w chronicznej formie schizofrenii. Długotrwała walka z natłokiem informacji, spowodowanym wzmożoną czułością na bodźce i niemożnością ich różnicowania na istotne i zbędne, prowadzi do stałego rozproszenia uwagi. Kłopot z utrzymaniem uwagi prowadzi do

niemożności zrozumienia istoty problemu oraz jego efektywnego rozwiązania.

Zachowania pacjentów w przewlekłej schizofrenii pełniej tłumaczy pojęcie „zalewu informacyjnego” [Venables 1964]. Jego autorzy sugerują, że negatywne objawy typowe dla tej formy schizofrenii, są wynikiem obrony organizmu przed „zalewającym” go natłokiem niezrozumiałych bodźców. Konsekwencjami tej obrony jest wycofanie się, izolacja czy też beczynność i wszechogarniająca bierność.

Prezentowane badania i wnioski z nich wypływające stały się inspiracją dla powstania różnych metod rehabilitacji pacjentów chorych na schizofrenię. Metody te obejmują próby zmiany sposobu myślenia o problemie. Przystawienie osobistego myślenia pacjenta na tory rozumowania w kategoriach celu i przeszkody może odbywać się w różny sposób. Jednak zawsze najskuteczniejsze są tu metody treningowe [Bender 1985], zorientowane na rozwiązywanie konkretnych, interpersonalnych problemów mających aktualny odnośnik społeczny [Hoge 1988].

W ramach tego nurtu rehabilitacji, treningi wyrosłe z terapii poznawczych, proponują swój sposób rozumienia i rozwiązywania problemów. Typowym przykładem tego kierunku jest „Kognitywny trening adaptacyjny” (*Cognitive Adaptation Training, CAT*) [Velligan 1995]. CAT przeznaczony jest do rehabilitacji osób przewlekle chorych na schizofrenię, które mają problemy nie tylko w codziennym funkcjonowaniu, ale przede wszystkim w adekwatnym dostosowywaniu się do pełnienia rodzinnych i zawodowych ról społecznych. W realizacji tych celów pomagają specyficzne metody oparte o zasady mnemotechniki, prawa uczenia się i spostrzegania, nie tylko społecznego. Na zajęciach tego typu używa się metod etykietowania, podkreślania ważnych elementów za pomocą kontrastujących kolorów i kształtów oraz sporządzanie hierarchicznie ułożonych list zadań. Wszystkie te techniczne zabiegi mają na celu umożliwienie lepszego przyswojenia złożonych informacji społecz-

nych, wytworzenie nowych wzorców zachowań, które dadzą się szybko wydobyć i zdekodować w razie potrzeby.

Szczególny wkład w tworzeniu złożonych poznawczo schematów społecznych mają treningi umiejętności społecznych. To dzięki nim pacjenci przewlekle chorzy na schizofrenię mają możliwość zrozumienia wielu sytuacji społecznych i wytworzenia w sobie nowych wzorców zachowań, które pozwolą im na wyjście poza utarte schematy egzystencji szpitalnej [Bellack 1989]. Dzięki zaproponowanym technikom pracy, pacjenci mają możliwość przyswojenia sobie nowych strategii zapamiętywania, kodowania, a także reorganizacji swoich już istniejących, osobistych schematów poznawczych [Lieberman 1992]. Trening umiejętności społecznych, jako technika, w głównej mierze behawioralna, powstała w oparciu o teorie uczenia i strategie rozwiązywania problemów. Relacje terapeuta-pacjent zostały tu zastąpione układem nauczyciel-uczeń lub trener-podopieczny.

Trening umiejętności społecznych ma ściśle ustalony, powtarzalny schemat. Jest więc metodą wysoce dyrektywną, gdzie systematycznie operuje się takimi technikami, jak: odgrywanie ról, modelowanie, udzielanie wzmocnień i informacji zwrotnych, stopniowanie trudności, aktywne sekundowanie pacjentowi, podpowiadanie i przydzielanie zadań domowych. Dzięki przyjęciu i stosowaniu tych zasad w praktyce, metoda ta jest szczególnie przydatna u tych ludzi, u których brak zaradności życiowych wiąże się z poważnymi zakłóceniami w sferze motywacji, procesów poznawczych i zachowań społecznych, czyli u chorych na schizofrenię [Lieberman 1994].

PIŚMIENNICTWO

1. Abelson RP: Psychological status of the script concept. *Am. Psychology* 1989, 36.
2. Bellack AS i wsp.: Social problem solving in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1989, 15.
3. Bender M.P., Pillings S.: A study of the variables associated with underattendance at psychiatric day centre. *Psychol. Med.* 1985, 15.

4. Ciompi L: The natural history of schizophrenia in the long term. *Br. J. Psychiatry* 1980, 12.
5. Corrigan PW, Addis IB: The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1995, 16.
6. Corcoran R, Frith CD: Schizophrenia, symptomatology, and social inference: Investigating „theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1995, 17.
7. Corrigan PW: Cognitive correlates to social cue perception in schizophrenia. *Behav. Ther.* 1993, 25.
8. Drat-Ruszczak K: Badanie mechanizmu upotywniania informacji społecznej w schizofrenii. *Przegl. Psychologiczny* 1994, XXXVII, 1–2.
9. Frith CD: The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychol. Med.* 1987, 17.
10. Garfield SL, Bergin AE: *Psychoterapia i zmiana zachowania*. 1990.
11. Goldstein G, Shemansky WJ: Influences on cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1995, 18.
12. Goldstein G, Zubin J: Neuropsychological differences between young and old schizophrenics with and without associated neurological dysfunction. *Schizophr. Res.* 1990, 3.
13. Gjerde PF: Attentional capacity dysfunction and arousal in schizophrenia. *Psychol. Bull.* 1983, 97.
14. Hemsey DR i wsp: Filtering and cognitive deficits in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1976, 128.
15. Hoge MA i wsp: Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* 1988, 51.
16. Liberman RP: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. 1992.
17. Liberman RP: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry* 1994, 57.
18. Mueser KT i wsp: Expressed emotion, social skills, and response to negative effect in schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 1995.
19. Neuchterlein KH, Dawson ME: Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophr. Bull.* 1984, 10.
20. Platt J, Spivack G: *The MEPS Procedure*. 1989.
21. Platt J, Spivack G: Social competence and effective problem solving thinking in psychiatric patients. *J. Clin. Psychol.* 1972, 28.
22. Platt J, Spivack G: Unidimensionality of the means – ends, problem – solving (MEPS) procedure. *J. Clin. Psychol.* 1975, 31.
23. Rosenhan DL, Seligman MEP: *Psychopatologia*. T. 1.
24. Spivack G, Platt J, Shure MB.: *The problem solving approach to adjustments*. 1976.
25. Saykin AJ i wsp: Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994, 51.
26. Spohn, Strauss: Relation of neuroleptic and anticholinergic medication to cognitive function in schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 1989, 98.
27. Velligan DJ: *Cognitive Adaptation Training: compensatory strategies in psychosocial intervention with schizophrenic patients*. *Schizophr. Res.* 1995, 220.
28. Venables P i wsp: *Input dysfunctions in schizophrenia*. W: Maher B.A. (red.): *Progress in experimental – personality research*. Academic Press, New York 1964. 56.

*Adres: Mgr Maryla Sawicka, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*