

## **Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię**

### **Theoretical background for the metacognitive training for schizophrenia**

Łukasz Gawęda<sup>1</sup>, Steffen Moritz<sup>2</sup>, Andrzej Kokoszka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

<sup>2</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

#### **Summary**

The aim of the article is to present a theoretical background for new, structuralized, group cognitive-behavioral therapy for schizophrenia developed by S. Moritz and T.S. Woodward. Research results suggest the occurrence of a specific manner of cognitive functioning amongst patients with delusions or hallucinations. It was shown, that patients with delusions, more often than those from other clinical groups, tend to make a decision with a lack of information (jumping to conclusion), display deficit in Theory of Mind and tend to display overconfidence in false memories, when at the same time are under-confident in true memories. Moreover persons with schizophrenia display a specific attribution style. They also exhibit disturbances in emotional regulation, which is often manifested by depressive mood and anxiety.

Research results are often a basis for therapeutic intervention. Currently, apart from psychopharmacotherapy, psychological intervention in schizophrenia is mentioned, especially the cognitive-behavioural approach.

The presented article is a review of research on cognitive biases in schizophrenia, which were the background for metacognitive training for this disorder.

*Słowa klucze:* schizofrenia, zniekształcenia poznawcze, trening metapoznawczy, metapoznanie

*Key words:* schizophrenia, cognitive biases, metacognitive training, metacognition

#### **Wprowadzenie**

Spór o etiologię schizofrenii został zawieszony przez przyjęcie holistycznego modelu biopsychospołecznego. Łączy on w sobie wszystkie, z początku niezależnie postulowane, czynniki. Mimo przyjęcia takiego modelu, aspekt biologiczny, szczególnie w praktyce klinicznej, nadal wydaje się faworyzowany [1]. Czynniki psychologiczny i społeczny przez wiele lat były pomijane, a przez niektórych autorów negowane, za-

równy w rozumieniu, jak i terapii schizofrenii. Uważano, iż urojenia czy inne objawy schizofrenii wymykają się racjonalnemu pojmowaniu [2], a przez to długo sądzono, iż nie poddają się one oddziaływaniom psychoterapeutycznym [3].

Zmiany w podejściu do samej etiologii, jak również terapii schizofrenii przyszły początkowo wraz z rozwojem terapii psychodynamicznych, a później psychologii i psychoterapii poznawczej. Pierwsze próby terapii poznawczej schizofrenii podejmowano już w latach 50. [4], jednak dopiero ostatnie lata zaowocowały modelami terapii poznawczo-behawioralnej (cognitive behavioural therapy – CBT) tej grupy zaburzeń [5, 6, 7].

W związku z mnogością objawów schizofrenii oraz ich częściową niezależnością, badania w ramach psychologii poznawczej koncentrują się na poszczególnych objawach, urojeniach, omamach, jak również objawach negatywnych. Takie podejście doprowadziło do sformułowania poznawczych modeli urojeń [8] i omamów słuchowych [9, 10, 11, 12, 13]. W literaturze często stosuje się rozróżnienie na terapię urojeń i terapię omamów.

Coraz więcej badań wskazuje na możliwość uzyskania dobrych efektów w leczeniu schizofrenii za pomocą CBT [14, 15, 16]. CBT i psychoterapia w ogóle odgrywają obecnie coraz większą rolę we wspomaganiu oddziaływań farmakologicznych [17, 18] oraz w terapii poszczególnych objawów. Warto jednak zaznaczyć, iż mimo wstępnych, zachęcających wyników potwierdzających przydatność CBT, jej skuteczność nadal nie jest zadowalająca. Stąd potrzeba tworzenia nowych form oddziaływania w celu poprawy efektywności leczenia tej grupy zaburzeń.

## Cel

Celem pracy jest przegląd badań będących podstawą stworzenia treningu metapoznawczego (meta-cognitive training – MCT) dla pacjentów chorych na schizofrenię. Trening ten ma formę oddziaływań grupowych, a jego celem jest zwiększenie wiedzy pacjentów o popełnianych przez nich zniekształceniach poznawczych oraz umożliwienie im zdobycia korektywnego doświadczenia poprzez odpowiednie ćwiczenia.

Steffen Moritz i Todd S. Woodward, autorzy treningu metapoznawczego, obszernie opisali jego teoretyczne i empiryczne uzasadnienie [19, 20]. W tym artykule omówione zostaną najważniejsze ustalenia stanowiące jego kontekst teoretyczny. Obejmują one charakterystyczne dla schizofrenii zniekształcenia poznawcze: „przeskok do konkluzji”, „negowanie dowodów sprzecznych z tezą”, deficyty w zakresie poznania społecznego, zmniejszoną sprawność metapamięci, dysfunkcjonalne style atrybucji oraz radzenie sobie z emocjami negatywnymi.

## Teoretyczne podstawy zniekształceń poznawczych w schizofrenii

Do tej pory wykazano szereg zniekształceń poznawczych, które występują nie tylko u osób chorych na schizofrenię, ale również u ich bliskich i osób zdrowych mających predyspozycję do urojeń czy halucynacji. Poniżej zaprezentowano zniekształcenia

poznawcze, które najczęściej obserwuje się w schizofrenii, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania poznawczego związanego z urojeniami.

### *Przeskok do konkluzji*

Obserwując osoby chore na schizofrenię, które wypowiadają sądy urojeniowe, łatwo zauważyć, iż podejmują one decyzje na podstawie niewielu informacji. Decyzje te charakteryzuje jednocześnie silne przekonanie o ich słuszności (np. przerwanie transmisji telewizyjnej odbierane jest przez pacjenta jako dowód spisku). Garety i wsp. [21] uważają, iż urojenia mogą być wynikiem niewłaściwego gromadzenia oraz rozważania informacji niezbędnych do podjęcia decyzji. W konsekwencji pacjenci z urojeniami mają tendencję do „przeskakiwania do konkluzji” (*jumping to conclusion*) i wyciągania pochopnych wniosków.

W badaniach „przeskoku do konkluzji” wykorzystuje się zadania oparte na probabilistycznym rozumowaniu. Badanemu najczęściej pokazuje się dwa słoiki (A i B) z ziarenkami o różnych kolorach, w różnych proporcjach (np. 80% czerwone vs 20% zielone), a następnie, po ukryciu słoików, pokazywane są kolejno ziarenka dwóch kolorów. Zadaniem badanego jest zastanowienie się, czy dane ziarenko pochodzi ze słoika A czy B, oraz danie odpowiedzi w momencie nabrania pewności. W tym zadaniu pacjenci z urojeniami bardzo często podejmują decyzję po pierwszym lub drugim ziarenku, podczas gdy osoby zdrowe starają się zgromadzić więcej danych przed udzieleniem odpowiedzi [22, 23].

„Przeskok do konkluzji” jest często spotykany wśród pacjentów z urojeniami [21, 24, 25, 26, 27, 28], nadal jednak trudno wskazać jednoznacznie mechanizmy leżące u jego podłoża.

Zgodnie z jedną z hipotez, wyjaśniających mechanizm „przeskoku do konkluzji”, ważną rolę w tym zniekształceniu poznawczym odgrywa styl podejmowania decyzji zorientowany na unikanie rozbieżności, preferowanie jasnych, szybkich rozwiązań (potrzeba domknięcia poznawczego; *need for closure*), co w konsekwencji powoduje nieprzemyślane, niewyważone decyzje oraz silne przeświadczenie o ich prawdziwości. Choć potrzebę domknięcia poznawczego u pacjentów z urojeniami udowodniono w wielu badaniach, nie udało się wykazać jego związku z „przeskokiem do konkluzji” [28, 29], choć oba zjawiska niezależnie są jednak związane z urojeniami.

Moritz i Woodward [24, 25] zaproponowali hipotezę „liberalnej akceptacji” (*liberal acceptance account*), w której sugerują, iż „przeskok do konkluzji” spowodowany jest akceptacją wcześniejszej, mało prawdopodobnej i popartej niewystarczającą liczbą dowodów hipotezy.

Formowanie się urojeń jest procesem dynamicznym, rozciągniętym w czasie, który często rozpoczyna się od stawiania pytania „co, jeśli” [30]. Na każdym etapie dochodzi do „przeskoku do konkluzji”, od jednego wniosku do następnego, które zbliżają pacjenta do ostatecznej konkluzji (np. pacjent słyszy szumy w słuchawce telefonicznej – „co, jeśli jestem podsłuchiwany?” – i wzmaga się jego czujność, która pozwala szukać zagrożenia; pacjent ponownie słyszy szumy w słuchawce, dodatkowo odbiera omyłkowy telefon – dochodzi do wniosku, iż jest podsłuchiwany i bardzo

prawdopodobne, że będzie szukał wyjaśnienia przyczyn tego zdarzenia, co ponownie uruchomi pytanie: „co, jeśli...”).

Ważną rolę w „przeskoku do konkluzji” odgrywają również procesy emocjonalne – w szczególności poziom lęku. Wykazano, iż osoby z nasiloną cechą lęku częściej podejmują decyzje na podstawie niewystarczających informacji, redukując tym samym niepewność poznawczą [31]. Wyższy poziom depresji u chorych na schizofrenię pozwala przewidywać, iż podejmą oni szybką decyzję [28]. Co warte podkreślenia, „przeskok do konkluzji”, w porównaniu z innymi zniekształceniami czy deficytami poznawczymi, wydaje się wybiórczo związany z urojeniami.

#### *Negowanie dowodów sprzecznych z tezą*

Pacjenci nie tylko podejmują pochopnie decyzje, ale również mają tendencję do negowania dowodów sprzecznych z ich sądami (*bias against disconfirmatory evidence*). W badaniach zaobserwowano, że pacjenci psychotyczni, rzadziej niż osoby zdrowe, są mniej skłonni zmieniać przyjęte wstępnie interpretacje [32, 33, 34]. Zjawisko to jest zgodne z obserwacją kliniczną, kiedy rozmowy o treściach urojeniowych pacjenci interpretują jako potwierdzenie szerszego spisku, włączając do niego terapeutę, a następnie próbują ich unikać.

#### *Dysfunkcje w zakresie teorii umysłu*

Kolejnym tematem, coraz częściej dyskutowanym i badanym, są deficyty w zakresie poznania społecznego w schizofrenii. Rozumienie i przewidywanie zachowań innych osób jest cechą charakterystyczną funkcjonowania społecznego człowieka. Rozumienie własnych stanów psychicznych, jak również stanów psychicznych innych osób, a także przewidywanie intencji, uczuć i zachowań innych ludzi odwołuje się do teorii umysłu (*theory of mind*) [35]. Zgodnie z nią, sprawnie działający aparat teorii umysłu pozwala człowiekowi na ocenę swoich zamiarów, planów czy emocji oraz emocji i intencji innych osób. Przyjęcie perspektywy drugiego człowieka, przewidywanie jego zachowań, myśli i uczuć ułatwia adekwatną komunikację intra- i interpersonalną.

Frith [36] uważa, iż zaburzenie procesów neuronalnych (zarówno funkcjonalnych, jak i strukturalnych), leżących u podłoża dysfunkcji w rozpoznawaniu emocji, intencji i motywów innych osób (teoria umysłu), może prowadzić do poszczególnych objawów schizofrenii. Wykazano, iż osoby z diagnozą schizofrenii ujawniają trudności w rozumieniu intencji innych osób [37, 38, 39], rozpoznawaniu emocji [40, 41], rozumieniu komunikatów nie wprost i metafor [42]. Związek deficytów w zakresie teorii umysłu z objawami psychopatologicznymi jest przedmiotem zainteresowania badaczy. Wydaje się, że są one związane raczej z objawami negatywnymi oraz dezorganizacją [43], postulowany zaś przez autorów ich związek z objawami pozytywnymi nadal jest niejasny [44, por. 45]. Sugeruje się również, iż deficyty w zakresie poznania społecznego czy teorii umysłu są raczej niezależne od poziomu inteligencji ogólnej czy też procesów poznawczych [46, 47]. Wykazano również związek deficytów teorii umysłu z funkcjonowaniem społecznym pacjentów ze schizofrenią [48].

Mimo że nie udało się jednoznacznie określić związku teorii umysłu z objawami pozytywnymi schizofrenii, warto podkreślić, odwołując się do innych zniekształceń (np. „przeskoku do konkluzji”) i deficytów poznawczych (osłabienia pamięci operacyjnej), iż to właśnie wzajemna interakcja opisanych czynników może leżeć u podłoża błędnych interpretacji u chorych na schizofrenię [49].

#### *Zmniejszona sprawność metapamięci*

W schizofrenii obserwuje się szereg zaburzeń procesów poznawczych. Wykazano, iż w trakcie epizodu psychiatrycznego, jak również na kilka lat przed jego wystąpieniem, następuje pogorszenie się funkcji w zakresie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych [50]. Wykazano również osłabienie zdolności metapamięci u pacjentów chorych na schizofrenię. Funkcje metapamięci pozwalają na ocenę własnych zasobów poznawczych, dobór odpowiednich strategii gromadzenia i przechowywania danych, wykrywanie błędów i ich odpowiednie korygowanie itp. Badania pokazują, iż przypominany przez pacjentów materiał charakteryzuje mniejsza wyrazistość [51]. Pacjenci mają również trudności w aktualizacji informacji, co może wskazywać na mniej efektywne strategie przeszukiwania i wydobywania śladu pamięciowego [52]. Ponadto wielokrotnie podkreślano charakterystyczną, nadmierną pewność pacjentów co do fałszywych wspomnień oraz niższą pewność rzeczywistych wydarzeń [53]. Moritz i Woodward [54] zwracają uwagę, iż może to być wynikiem liberalnej akceptacji. Pacjenci angażują mniej zasobów w poprawność udzielanej odpowiedzi, przez co narażeni są na popełnianie błędów. Szersze omówienie można znaleźć w kolejnej pracy Moritza i Woodwarda [55].

#### *Dysfunkcjonalne style atrybucji*

Obserwacja, iż depresja jest związana ze specyficznym stylem wyjaśniania zjawisk (styl atrybucji), skłoniła badaczy do poszukiwań stylu atrybucji leżącego u podłoża urojeń. Osoby depresyjne charakteryzują się stabilnym, globalnym stylem atrybucji, w którym pozytywne wydarzenia przypisywane są zewnętrznemu źródłu (np. przypadek, szczęście), wydarzenia zaś negatywne przypisywane są sobie (jestem winien swoich niepowodzeń). Obserwacja kliniczna osób z urojeniami (szczególnie prześladowczymi) wskazuje, iż często przypisują one winę niepowodzeń innym osobom, jednocześnie zasługi przypisując sobie. Kaney i Bentall [56] potwierdzili te obserwacje empirycznie. Porównali osoby depresyjne, pacjentów z urojeniami oraz osoby zdrowe. Wyniki badań potwierdziły hipotezę, iż osoby z urojeniami mają tendencję do obwiniania innych za niepowodzenia, jednocześnie sobie przypisując sprawstwo sukcesów. Podobny mechanizm zaobserwowano u osób zdrowych, jednak w mniejszym nasileniu. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach [57, 58, 59]. Zauważono również, iż pacjenci z urojeniami najczęściej wnioskuje o przyczynach zdarzeń, odwołując się do innych osób, bez względu na to, czy wydarzenia te są pozytywne czy też negatywne [60, 61]. Bentall i wsp. [62] postawili hipotezę, iż urojenia są związane z rozbieżnością pomiędzy tym, jak pacjent postrzega samego siebie (ja-realne),

a tym, jak chciałby być postrzegany (ja-idealne). Rozbieżność pomiędzy ja-realnym a ja-idealnym powoduje napięcie emocjonalne, które zredukowane jest przez specyficzny styl atrybucji. Wykazano, iż u osób z urojeniami istnieje rozbieżność między deklarowaną explicite samoocena a tą mierzoną w sposób ukryty [63, 64]. Hipoteza Bentalla zakłada również różnice w samoocenie między osobami z urojeniami a pacjentami w trakcie remisji. Część badań potwierdziła tę hipotezę, w części badań nie udało się zaobserwować spodziewanych zależności. Obecnie zwraca się uwagę na rozróżnianie treści urojeń. Najczęściej badane urojenia prześladowcze i wielkościowe również mają swoje podtypy, które mogą być powodem rozbieżności w wynikach (szersze omówienie w cytowanej literaturze). Wydaje się jednak, mimo nie do końca poznanych mechanizmów tego zjawiska, iż można wyszczególnić urojeniowy styl atrybucji u osób z przewagą urojeń prześladowczych, który podtrzymuje i wzmacnia przekonania o adekwatności swoich sądów.

### *Negatywne emocje*

Przeważająca większość osób chorych na schizofrenię doświadcza również obniżonego nastroju czy lęku. Objawy te często są związane z nasileniem symptomów psychopatologicznych, pojawiają się również w reakcji na chorobę – na co wskazuje wzrost nasilenia depresji u chorych z wglądem [65, 66]. Szczególnie istotne jest to, że zaburzenia nastroju związane są z większością błędów czy zniekształceń poznawczych opisanych powyżej. Style atrybucji, „przeskok do konkluzji”, teoria umysłu – zaburzenia tych obszarów są często wzmacniane właśnie przez zaburzenia emocjonalne. Zatem obok interwencji mających na celu modyfikację przekonań, należy brać pod uwagę interwencje terapeutyczne uwzględniające bezpośrednio pracę z emocjami (sposobami radzenia sobie z nimi itp.).

### **Wnioski – trening metapoznawczy**

Wykazano, iż u osób z rozpoznaniem schizofrenii można zaobserwować charakterystyczną grupę zniekształceń poznawczych. Wydaje się, że specyficzne funkcjonowanie poznawcze w schizofrenii może być czynnikiem wyzwalamym i/lub podtrzymującym poszczególne objawy kliniczne (urojenia, omamy, wycofanie społeczne). Obserwacja czynników podtrzymujących dane zaburzenia jest z kolei podstawą budowania interwencji poznawczo-behawioralnych, które mają na celu redukcję zniekształceń poznawczych, a w konsekwencji redukcję dyskomfortu związanego z trudnościami psychicznymi. Podejście poznawczo-behawioralne coraz częściej stosowane jest w zaburzeniach psychotycznych, a jego nową metodę stanowi grupowy trening metapoznawczy dla pacjentów chorych na schizofrenię. Zaprojektowano go, bazując na wynikach badań dotyczących zniekształceń poznawczych w tej grupie zaburzeń [19, 20].

Trening metapoznawczy jest metodą wysoce ustrukturyzowaną, z odpowiednio zaprojektowanymi ćwiczeniami, pozwalającą na pracę z poszczególnymi zniekształceniami poznawczymi występującymi w schizofrenii.

Wstępne doniesienia potwierdzają możliwość skutecznego zredukowania poszczególnych zniekształceń poznawczych u pacjentów ze schizofrenią w ciągu 8 sesji treningowych. Wykazano w nich również redukcję, dzięki treningowi, pewności co do sądów urojeniowych oraz poprawę wglądu [20, 67]. Od niedawna trening metapoznawczy dostępny jest również w polskiej wersji językowej, a szczegółowy opis metody i poszczególnych modułów treningowych można znaleźć w innym miejscu [68].

### **Теоретические основы метапознавательной тренировки для больных шизофренией**

#### **Содержание**

Заданием настоящей работы является представление теоретических основ нового структурного метода групповой познавательной терапии для больных шизофренией, разработанного С. Моритцем и Т.С. Вудвордом

Результаты исследований указывают на появление специфического способа мнестического функционирования у лиц с появляющимися галлюцинациями и бредом при шизофрении. Показано, что больные с симптомами бреда чаще, чем иные клинические группы, предпринимают решения на основе с небольшим количеством данных (перескок к конклюдзии), проявляют дефицит в области понимания общественных ситуаций, относящихся к выводам на основе Теории разума. У больных шизофренией наблюдается также большая уверенность по отношению к фальшивым воспоминаниям, при относительно низкой уверенности правдивых воспоминаний. Также чаще в этой группе нарушений наблюдаются ошибки атрибуции. Результаты исследований в настоящее время являются основой формулирования соответствующих терапевтических интервенций. Наряду с фармакотерапией все более сильно подчеркивается роль психологических действий, особенно базирующихся на познавательно-бихевиоральной модели в процессе терапии шизофрении.

Настоящая статья представляет обзор исследований на тему познавательных искажений, присутствующих у пациентов, больных шизофренией, основанных на новой структурной модели познавательно-бихевиорального образца для больных шизофренией.

### **Theoretische Grundlagen des Metakognitiven Trainingsprogramms für die Schizophreniekranken**

#### **Zusammenfassung**

Das Ziel des Artikels ist die Vorstellung der theoretischen Grundlagen einer neuen strukturalisierten kognitiven Gruppentherapie für die Personen mit Schizophrenie, die durch S. Moritz und T.S. Woodward entwickelt wurde. Die Ergebnisse der Studie suggerieren eine eigentümliche Art und Weise des kognitiven Funktionierens der Personen, die im Verlauf der Schizophrenie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen erfahren. Es wurde gezeigt, dass die Personen, die Wahnvorstellungen erfahren, häufiger als andere klinische Gruppen Entscheidungen treffen, indem sie sich auf nicht ausreichende Angaben stützen (voreiliges Schlussfolgern), zeigen Defizit beim Verstehen der sozialen Situation bezogen auf Schlussfolgerung gestützt auf die Theory of Mind. Bei den Personen mit Schizophrenie bemerkt man auch eine zu große Sicherheit bezüglich falscher Erinnerungen bei gleichzeitiger niedriger Sicherheit der wahren Erinnerungen, häufig auch beobachtet man in dieser Gruppe Fehler bei der Attribution. Die Ergebnisse der Studie sind zur Zeit die Grundlage der Formulierung entsprechender therapeutischer Interventionen. Nebst Pharmakotherapie betont man immer häufiger die Rolle der psychologischen Auswirkungen in der Therapie der Schizophrenie, besonders gestützt an das kognitiv – behaviorale Modell.

Der vorliegende Artikel bespricht die Übersicht der Studien an den kognitiven Fehlern, die unter den Patienten mit Schizophrenie auftreten und die die Grundlage der neuen, strukturalisierten, kognitiv – behavioralen Gruppentherapie für die Personen mit der Diagnose Schizophrenie bildet.

## Le fondement théorique du training métacognitif dans la schizophrénie

### Résumé

Cet article vise à présenter le fondement théorique de la nouvelle thérapie cognitive, structurée et en groupe, destinée aux schizophrènes, créée par S. Moritz et T.S. Woodward. Les résultats des recherches suggèrent que l'on observe l'existence du fonctionnement cognitif spécifique chez les schizophrènes avec les hallucinations et les illusions. On démontre que les personnes avec les illusions plus souvent que les autres groupes cliniques prennent leurs décisions en basant sur les données insuffisantes (saut à la conclusion), qu'elles ont les déficits de compréhension des situations sociales touchant la déduction basant sur la Théorie de l'Esprit (Theory of Mind). Chez ces personnes on note aussi la sûreté excessive quant' aux faux souvenirs en même temps avec la petite sûreté concernant les souvenirs vrais ainsi que la plus grande fréquence des fautes d'attribution.

Aujourd'hui les résultats des recherches constituent la base des interventions thérapeutiques. À côté de la pharmacothérapie on souligne le rôle des interventions psychologiques et surtout celles basant sur le modèle cognitif-behavioral. Ce travail présente une revue des recherches en question constituant le fondement de la nouvelle thérapie cognitive, structuré et en groupe, adressée aux patients souffrant de la schizophrénie.

### Piśmiennictwo

1. Bomba J. *Psychoterapia w leczeniu zaburzeń z grupy schizofrenii*. W: Meder J, Sawicka M, red. *Psychoterapia schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006.
2. Jaspers K. *General psychopathology [in German]*. Berlin: Springer; 1973.
3. Read J, Mosher LR, Bentall RP. *Models of madness*. Routledge: New York; 2004.
4. Beck A. *Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with delusion based on borrowed guilt*. *Psychiatry* 1952; 15: 305–312.
5. Morrison AP, Renton JC, Williams S, Bentall RP. *Cognitive therapy for psychosis: a formulation-based approach*. London: Routledge; 2004.
6. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive therapy for schizophrenia*. The Guilford Press; 2008.
7. Birchwood M, Chadwick P, Trower P. *Cognitive behavioural therapy for voices, delusion and paranoia*. Chichester: Wiley; 1996.
8. Garety PA, Freeman D. *Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence*. *Brit. J. Clin. Psychol.* 1999; 38: 113–154.
9. Bentall RP. *Illusion of reality: a review and integration of psychological research on auditory hallucinations*. *Psychol. Bull.* 1990; 107: 82–95.
10. Chadwick P, Birchwood M. *The omnipotence of the voices: a cognitive approach to auditory hallucinations*. *Brit. J. Psychiatry* 1994; 164: 190–201.
11. Birchwood M, Chadwick P. *The omnipotence of the voices II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ)*. *Brit. J. Psychiatry* 1995; 166: 773–776.
12. Morrison AP, Haddock G, Tarrier N. *Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach*. *Behav. Cogn. Ther.* 1995; 23: 265–280.
13. Baker C, Morrison AP. *Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition*. *Psychol. Med.* 1998; 28: 1199–1208.
14. Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. *A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1999; 34: 254–258.
15. Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, Pukrop RA. *Randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 110: 21–28.



16. McGowan JF, Lavender T, Garety PA. *Factors in outcome of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Users' and clinicians' views*. Psychol. Psychother. Theory Res. Pract. 2005; 78: 513–529.
17. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. *Interventions to improve medication adherence in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1653–1664.
18. Kokoszka A. *Schizofrenia: wzmacnianie zdolności samostanowienia*. Gdańsk: Via Medica; 2008.
19. Moritz S, Woodward TS. *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*. Curr. Opin. Psychiatry 2007; 20: 1–7.
20. Moritz S, Woodward TS. *Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy*. Germ. J. Psychiatry 2007; 10: 69–78.
21. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. *Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 179: 194–201.
22. Sartup H, Freeman D, Garety PA. *Jumping to conclusion and persecutory delusions*. Eur. Psychiatry 2008; 23: 457–459.
23. Dudley REJ, Over DE. *People with delusions jump to conclusions*. Clin. Psychol. Psychother. 2003; 10: 263–274.
24. Moritz S, Woodward TS. *Plausibility judgment in schizophrenic patients: evidence for a liberal acceptance bias*. Germ. J. Psychiatry 2004; 7: 66–74.
25. Moritz S, Woodward TS. *Jumping to conclusions in delusional and nondelusional schizophrenic patients*. Brit. J. Clin. Psychol. 2005; 44: 193–207.
26. Moritz S, Woodward TS, Lambert M. *Under what circumstances do patients with schizophrenia jump to conclusions? A liberal acceptance account*. Brit. J. Clin. Psychol. 2007; 46: 127–137.
27. Moritz S, Woodward TS, Hausmann D. *Incautious reasoning as a pathogenetic factor for the development of psychotic symptoms in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2006; 32 (2): 327–331.
28. Merrin J, Kinderman P, Bentall RP. *Jumping to conclusion' and attribution style in persecutory delusions*. Cogn. Ther. Res. 2007; 31: 741–758.
29. Freeman D, Garety P, Kuipers E, Colbert S, Jolley S, Fowler D, Dunn G, Bebbington P. *Delusions and decision-making style: Use of the Need for Closure Scale*. Behav. Res. Ther. 2006; 44: 1147–1158.
30. Klosterkötter J. *The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome*. Japan. J. Psychiatry Neurol. 1992; 46 (3): 609–630.
31. Bensi L, Giusberti F. *Trait anxiety and reasoning under uncertainty*. Person. Individ. Differenc. 2007; 43: 827–838.
32. Moritz S, Woodward TS. *A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2006; 142: 157–165.
33. Woodward TS, Moritz S, Chen EY. *The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions: a study in an Asian sample with first episode schizophrenia spectrum disorders*. Schizophr. Res. 2006; 83: 297–298.
34. Woodward TS, Moritz S, Cuttler C i in. *The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia*. J. Clin. Exp. Neuropsychol. 2006; 28: 605–617.
35. Premack D, Woodruff G. *Does the chimpanzee have a 'theory of mind'?* Behav. Brain Sciences 1978; 4: 515–526.
36. Frith CD. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.

37. Brunet E, Sarfati Y, Hardy-Bayle MC. *Reasoning about physical causality and other's intention in schizophrenia*. Cogn. Neuropsychiatry 2003; 8, 2: 129–139.
38. Brüne M, Bodenstein L. *Proverb comprehension reconsidered – theory of mind and the pragmatic use of language in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2005; 75: 233–239.
39. Kettle JWL, O'Brien-Simpson L, Allen NB. *Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls*. Schizophr. Res. 2008; 99: 96–102.
40. Kucharska-Pietura K. *Zaburzenia procesów społecznego poznania w schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
41. Kohler CG, Turner TH, Bilker WB, Brensinger C, Siegel SJ, Kaness SJ, Gur RE, Gur RC. *Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effect and error pattern*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1768–1774.
42. Langdon R, Coltheart M. *Recognition of metaphor and irony in young adults: The impact of schizotypal personality traits*. Psychiatry Res. 2004; 125: 9–20.
43. Abdel-Hamid M, Lehmkämpfer C, Sonntag C, Juckel G, Daum I, Brüne M. *Theory of mind in schizophrenia: The role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions*. Psychiatry Res. 2009; 165: 19–26.
44. Langdon R, Michie PT, Ward PB, McConaghy N, Catts S, Coltheart M. *Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: a cognitive neuropsychological approach*. Cogn. Neuropsychiatry 1997; 2: 167–193.
45. Brüne M, Brüne-Cohrs U. *Theory of mind – evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2006; 30: 437–455.
46. Langdon R, Coltheart M, Ward PB, Catts SV. *Mentalising, executive planning and disengagement in schizophrenia*. Cogn. Neuropsychiatry 2001; 6: 81–108.
47. Brüne M. „Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. Schizophr. Bull. 2005; 31, 1: 21–41.
48. Cohen A, Forbes C, Mann M, Blanchard J. *Specific cognitive deficits and different domains of social functioning impairment in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2006; 81: 227–238.
49. Randall F, Corcoran R, Day JC, Bentall RP. *Attention, theory of mind, causal attribution in people with persecutory delusions: a preliminary investigation*. Cogn. Neuropsychiatry 2003; 8, 4: 287–294.
50. Borkowska A, Rybakowski J. *Deficyty poznawcze w schizofrenii*. W: Borkowska A, red. *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2005.
51. Moritz S, Woodward TS. *Memory confidence and false memories in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190: 641–643.
52. Szepietowska EM, Oroń A. *Poczucie znaności i zjawisko „mam na końcu języka” u chorych na schizofrenię*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2008; 3, 2: 60–70.
53. Moritz S, Woodward TS, Rodriguez-Raecke R. *Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them*. Psychol. Med. 2006; 36: 659–667.
54. Moritz S, Woodward TS. *Metacognitive control over false memories: a key determinant of delusional thinking*. Curr. Psychiatry Rep. 2006; 8: 184–190.
55. Moritz S, Woodward TS. *The contribution of metamemory deficits to schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 2006; 115, 1: 15–25.
56. Kaney S, Bentall RP. *Persecutory delusions and attributional style*. Brit. J. Med. Psychol. 1989; 62: 191–198.
57. Kaney S, Bentall RP. *Persecutory delusions and the self-serving bias*. J. Nerv. Ment. Dis. 1992; 180: 773–780.

58. Candido CL, Romney DM. *Attributional style in paranoid vs depressed patients*. Brit. J. Med. Psychol. 1990; 63: 355–363.
59. Fear C, Sharp H, Healy D. *Cognitive processes in delusional disorders*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 61–67.
60. McKay R, Langdon R, Coltheart M. *Paranoia, persecutory delusions and attributional biases*. Psychiatry Res. 2005; 136: 233–245.
61. Moritz S, Woodward TS, Burlon M, Fraus DF, Andresen B. *Attributional style in schizophrenia: evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients*. Cogn. Ther. Res. 2007; 31: 371–383.
62. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. *Persecutory delusions: A review and theoretical integration*. Clin. Psychol. Rev. 2001; 21: 1143–1192.
63. Kinderman P, Kaney S, Morley S, Bentall RP. *Paranoia and the defensive attributional style: Deluded and depressed patients' attributions about their own attributions*. Brit. J. Med. Psychol. 1992; 65: 371–383.
64. Moritz S, Werner R, von Collani G. *The inferiority complex in paranoia readdressed: A study with the Implicit Association Test*. Cogn. Neuropsychiatry 2006; 11 (4): 402–415.
65. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Lane A, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. *Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 112: 449–455.
66. Cooke M, Peters E, Fannon D, Anilkumar APP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. *Insight, distress and coping styles in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2007; 94: 12–22.
67. Lindner S, Favrod J, Pernier S, Schwyn C, Bonsack C, Pomini V. *Effects of a metacognitive training group for patients suffering from schizophrenia: a pilot study*. 38<sup>th</sup> EABCT Annual Congress, Helsinki, Finlandia, 2008.
68. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. *Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię: Opis metody i doświadczeń klinicznych*. Psychiatr. Pol.

Adres: Łukasz Gawęda  
II Klinika Psychiatryczna  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa

Otrzymano: 20.04.2009  
Zrecenzowano: 5.06.2009  
Otrzymano po poprawie: 30.06.2009  
Przyjęto do druku: 30.07.2009

Elli Lilly  
informacja o leku