

29. česko-slovenská psychoterapeutická konferencia, Trenčianske Teplice 2013

Farmakoterapia verus psychoterapia bludových syndrómov

Ľubica Forgáčová

Pharmacotherapy versus psychotherapy of delusional syndromes

Súhrn

Liečba antipsychotikami vedie k ústupu bludov, ktoré sa manifestujú pri akútnych psychotických poruchách. Bludy, ktoré sa organizujú do pevného systému a dlhodobo pretrvávajú, sú na farmakoterapiu rezistentné. V príspevku sa prezentuje možné vysvetlenie tejto skutočnosti a upozorňuje sa na užitočnosť psychologických intervencií v liečbe perzistujúcich bludových syndrómov.

Kľúčové slová: blud, bludový syndróm, modely bludov, kognitívno-behaviorálna terapia.

Summary

Antipsychotic treatment leads to regression of delusions that are manifested in acute psychotic disorders. Delusions, which are organized into the system and persist long term they are resistant to drug therapy. The paper presents a possible explanation of this fact and indicates the usefulness of psychological interventions in the treatment of persistent delusional syndromes.

Key words: delusion, delusional syndrome, models delusions, cognitive behavioral treatment.

Úvod

Bludy a bludové syndrómy patria medzi najfrekvencovanejšie symptómy u duševne chorých pacientov a predstavujú z praktického aj teoretického hľadiska jeden z najväčších problémov psychiatrie. Všeobecne sa akceptuje, že bludy sú nekorigovateľné, chorobne zmenené, nesprávne úsudky. Za hlavné znaky bludu sa tradične považujú obsahová zvrátenosť (nemožnosť), nevyvratiteľnosť, chorobný vznik a vplyv na konanie.

V súčasnosti sa do popredia dostáva definícia bludov v duchu neurokognitívnych vied. Vychádza z predpokladu, že hypotetické formy odchýlok od normálneho presvedčenia sú tesne späté s kognitívnymi procesmi a súvisia s poruchou formálneho logického usudzovania (Garety a Freeman, 1999, Blackwood et al., 2001, Garety et al., 2007). Prednosťou týchto prístupov je skutočnosť, že autori sa pri formulovaní jednotlivých téz opierajú o výsledky experimentálnych štúdií a snažia sa vyhnúť špekulatívnym interpretáciám.

Neurobiologické teórie bludu rátať s genetickou predispozíciou a konštitučnou a biologickou vulnerabilitou k psychotickej poruche, ktorej dôsledkom je bludná produkcia

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Eubica Forgáčová, PhD., Psychiatrická klinika LF SZU, UNB Ružinov, Ružinovská 6, 82606 Bratislava, e-mail: forgacova@ru.unb.sk

(Portwich a Barocka, 2001, Corlett et al., 2010). V texte sa na viacerých miestach spomína „bludový syndróm“. Použitie termínu „bludový“ (angl. „delusional“) namiesto tradičného označenia „paranoidný“, ktorý sa v psychiatrii používa nejednotne, sme objasnili v iných prácach (Forgáčová, 2002, 2008). Ukázalo sa, že históriou nezaťažený, širší pojem „bludový syndróm“, ktorý sa vzťahuje ku všetkým typom bludov (s rôznym obsahom a rôznou štruktúrou), je z hľadiska vzájomného porozumenia medzi odborníkmi užitočnejší (Munro, 2000).

Klinický výskum bludových syndrómov

Klinické výskumy sa orientujú na skúmanie bludu a jeho bludnej štruktúry na základe určenia jeho jednotlivých dimenzií (presvedčenie, systemizácia bludu, komplexnosť, vzťah bludu k reálnemu životu pacienta, plauzibilita bludnej produkcie a ďalšie). Ukázalo sa, že vhodne zostavené posudzovacie stupnice môžu spoľahlivo rozlíšiť úroveň bludnej štruktúry pri rôznych duševných poruchách (Chadwick a Lowe, 1990, Opjordsmoen, 2005). Pri schizofrénii sa bludná štruktúra formuje paralogicky, tendencia k vytváraniu systému je nekonštantná. Bludná štruktúra pri afektívnych poruchách je logicky usporiadaná, bludy doznievajú spolu s poruchou nálady, zriedka sa organizujú do pevnejšieho systému. Bludy pri bludových poruchách sú logicky skĺbené, vytvárajú pevný systém, ktorý je stabilný a dlhodobo perzistuje. Okrem toho sa v klinickej praxi aj v klinických farmakologických

štúdiách konzistentne ukazuje aj to, že antipsychotiká neovplyvňujú bludnú produkciu rovnako pri všetkých psychotických poruchách (Munro, 2000, Menon et al., 2008, Murray, 2011). Liečba antipsychotikami vedie k ústupu bludov, ktoré vznikajú akútne a manifestujú sa pri akútnych psychotických poruchách. Naopak, bludy ktoré sa organizujú do pevného systému a dlhodobo v klinickom obraze pretrvávajú, napríklad pri trvalej poruche s bludmi, na liečbu antipsychotikami odpovedajú nedostatočne a často sú na farmakoterapiu rezistentné. Vynára sa otázka, prečo je odpoveď na antipsychotiká pri trvalej poruche s bludmi taká nízka? Má na tom podiel bludná štruktúra, ktorá je pri poruche s bludmi pevná, logicky sklbená, blud je systemizovaný a perzistuje dlhé obdobie?

Dvojfaktorový model bludov

Vyššie zmienenú klinickú realitu vysvetľuje dvojfaktorový model bludov, podľa ktorého akútny vznik bludov a perzistencia bludov sú do istej miery separátne procesy (Murray, 2011, Corlett et al., 2009, 2010). Významnú úlohu v genéze bludov zohráva dopamínergický systém. Neurobiologický výskum ukazuje, akým spôsobom sú porušené dopamínové okruhy pri psychotických stavoch a ako patológia v oblasti hipokampu môže tieto abnormality podmieniť. Počas akútneho štádia psychózy, kedy dochádza k produkcii pozitívnych symptómov (bludov a halucinácií), sa zisťuje viac abnormalít v dopamínergickej aktivite, naopak v priebehu chronického štádia sa u pacientov s vybudovaným bludným systémom zisťuje menej abnormalít neurotransmisie dopamínu (Shaner, 1999, Murray, 2011).

Dopamín, zdá sa, predstavuje spoločnú cestu k psychóze. Dávnejšie sa dokázalo, že pri psychózach dochádza k dysregulácii dopamínergickej neurotransmisie. Zároveň je známy fakt, že pri psychózach (schizofrénii, afektívnych a organických psychózach) sa často manifestujú bludy rôzneho charakteru. Najnovšie výskumy ukazujú, že centrálna úloha dopamínu spočíva v tom, že v mezolimbickom systéme mení neuronálne reprezentácie externých podnetov z neutrálnych na atraktívne alebo averzívne. Riadi „salience“, t.j. pripisovanie významu rôznym stimulom prostredia a jednotlivým elementom prežívania (Kapur, 2003, Murray, 2009, Menon et al., 2008). Pri hyperdopamínerii mozgu dochádza k „poruche významu“ („aberrant salience“) a vznik bludov predstavuje kognitívne úsilie porozumieť aberantným zážitkom, vytvorenie „vlastnej kognitívnej schémy“. Po podaní antipsychotík, blokátorov dopamínových D2-receptorov, sa tento abnormalný proces prisudzovania významov utlmí. Po aplikácii D2-blokátorov dochádza k rýchlemu ústupu psychotických príznakov, vrátane akútnych bludov, ale kompletný ústup sklbených a systemizovaných bludov je pomalý proces. Je pravdepodobné, že ešte pred vznikom sklbenia bludov a pred vytvorením bludného systému sa v genéze bludov uplatňuje porucha rozpoznávania (prisudzovania) významov. Tento činiteľ sa dá ovplyvniť medikamentózne. Na druhej strane, demontovanie bludného systému trvá dlhšie a nemusí byť späť s určitým chemickými neuromodulátormi (Kapur et al., 2003).

Procesy, ktoré podmieniajú logické sklbenie, systemizáciu a perzistenciu bludov, nemusia byť tesne späté s neurobiologickými procesmi. Podľa dvojfaktorového modelu sa na udržiavaní bludov podieľajú najmä kognitívne procesy (predpokladom pri prisudzovaní významov, predpokladom pri zameraní

pozornosti, pohotovosť pre rýchle uzávery, porucha predikcie omylu, neschopnosť odvodzovať správanie ostatných). Podľa toho autori dvojfaktorového modelu konštatujú, že na vysvetlenie vzniku bludov potrebujeme *biológiu* a na vysvetlenie perzistencie bludov potrebujeme *psychológiu* (Corlett, 2009, Murray, 2011). Inými slovami, dysregulácia dopamínergickej signalizácie (hyperdopamínergia) na úrovni mozgu vedie k úchylnému označeniu významnosti javov prostredia, vzniká „porucha významu“ (aberrant salience), na úrovni sebauvedomovania dochádza k vytvoreniu „vlastnej“ kognitívnej schémy a konštrukcie (porucha metakognície). Psychologické intervencie majú odstrániť resp. dosiahnuť zmenu kognitívnych konštrukcií a demontovanie bludného systému (Kapur, 2003). V kontexte uvedených poznatkov sa rieši otázka, či možno psychologickými metódami ovplyvniť bludy, ktoré perzistujú a ktoré sú rezistentné na antipsychotickú liečbu.

Kognitívno-behaviorálna terapia a jej modifikácie v liečbe bludov

Obmedzenia biochemickej liečby v redukcii bludov a halucinácií vedú k zvýšenému záujmu o výskum psychologických intervencií (psychologickej liečby) týchto symptómov. Tento výskum trvá už približne 40 rokov, skúmali sa rôzne psychologické prístupy od psychoanalytických až po behaviorálne. Väčšia štúdiá ukazuje, že v princípe možno psychotickú symptomatiku (bludy a halucinácie) ovplyvniť psychologickými metódami (Alford a Beck, 1994, Chadwick a Low, 1994, Turtington a Siddler, 1998).

Pozoruje sa zvýšený záujem o skúmanie účinnosti kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT) v liečbe psychóz. Na základe výsledkov nedávnej metaanalýzy sa konštatuje, že veľkosť terapeutického efektu KBT v redukcii symptómov a v prevencii relapsov psychotických porúch je pomerne malá (Lynch et al., 2009). Na druhej strane sú štúdie špeciálne zamerané na vyhodnotenie KBT a jej rôznych modifikácií v liečbe bludovej poruchy, bludov a perzistujúcich bludov a tieto prinášajú pozitívne výsledky. V týchto prípadoch sa KBT svojimi technikami zameriavala na kognitívne aspekty bludu a jednotlivé kognitívne abnormality (napr. predpokladom pri prisudzovaní významov, pohotovosť, „skok“ k rýchlym uzáverom), čo viedlo k významnej redukcii bludného presvedčenia, systemizácie a emočného tlaku (Alford a Beck, 1994, O'Connor et al., 2007, Foster et al., 2010).

V súčasnosti sa teoreticky formuje a v praxi overuje nová modifikácia KBT *metakognitívny tréning* (Metacognitive Training), ktorý umožňuje zasiahnuť do procesu udržiavania bludov pri psychózach (Moritz a Woodward, 2007, Hepworth et al., 2011). *Metakognícia* je schopnosť uvažovať o vlastnom uvažovaní, o procese a zákonitostiach, ktorými sa riadia naše vlastné kognitívne procesy. Predbežne sa ukazuje, že metakognitívny tréning je užitočný individuálny aj skupinový program, ktorý stavia na psychoedukácii, kognitívnej remediácii a využíva princípy KBT. Prebieha v 8 moduloch, zameriava sa na dysfunkčné štýly myslenia, kognitívna predpokladom a metakognitívne deficity (Moritz et al., 2011, Vitzthum et al., 2013). Možno očakávať, že sa metakognitívny tréning v psychiatickej praxi osvedčí a bude u pacientov s bludovými syndrómami predstavovať novú antipsychotickú liečbu „za“ antipsychotikami, ako sa o tejto metóde vyjadrili jej zakladatelia.

Záver

Pri psychózach (schizofrénii, afektívnych a organických psychózach) sa často manifestujú bludy rôzneho charakteru. Zistilo sa, že liečba antipsychotikami vedie k ústupu bludov, ktoré vznikajú akútne. Naopak bludy, ktoré sa organizujú do pevného systému a dlhodobo pretrvávajú, na liečbu antipsychotikami nereagujú. Dvojfaktorový model bludov vysvetľuje, prečo je kompletný ústup bludov pomalý proces. Procesy, ktoré podmieňujú logické skĺbenie, systemizáciu a perzistenciu bludov nemusia byť tesne späté s neurobiologickými procesmi, ktoré sú dôležité pri akútnom vzniku bludov. Na udržiavanie bludov sa podieľajú najmä kognitívne procesy, ktoré vedú k vytvoreniu „vlastnej“ kognitívnej schémy a konštrukcie. Korekciu kognitívnych schém a demontovanie bludného systému možno v princípe dosiahnuť psychologickými metódami. Potvrďuje sa, že kognitívno-behaviorálna liečba (a jej modifikácie) môže ovplyvniť bludy, ktoré perzistujú a ktoré sú rezistentné na liečbu antipsychotikami.

Literatúra

- Alford, B.A., Beck, A.T.:** Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behav. Res. Ther.*, 1994, č. 34, s. 369-380.
- Blackwood, N.J., Howard, R.J., Bentall, R.P., Murray, R.M.:** Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *Am. J. Psychiatry*, 158, 2001, č. 4, s. 527-539.
- Corlett, P.R., Krystal, J.H., Taylor, J.R., Fletcher, P.:** Why do delusions persist? *Frontier in Human Neuroscience*, 2009, č. 3, s. 1-8.
- Corlett, P.R., Taylor, J.R., Wang, X.J., Fletcher, P.C., Krystal, J.H.:** Toward a neurobiology of delusions. *Progress in Neurobiology*, 2010, č. 92, s. 345-369.
- Forgáčová, E.:** Assessment of delusional structure – part of diagnostic process. *Psychiatria*, 9, 2002, č. 3-4, s. 140-142.
- Forgáčová, E.:** Delusion assessment scales. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 10, 2008, č. 2, s. 23-30.
- Foster, C., Startup, H., Freeman, D.:** A randomized controlled trial of worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 41, 2010, č. 1, s. 45-51.
- Garety, P.A., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D., Kuipers, E.:** Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological medicine*, 2007, č. 37, s. 1377-1139.
- Garety, P.A., Freeman, D.:** Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br. J. Clin. Psychol.*, 1999, č. 8, s. 113-154.
- Hepworth, C., Startup, H., Freeman, D.:** Developing treatments of persistent persecutory delusions: the impact of an emotional processing and metacognitive awareness intervention. *J. Nerv. Dis.*, 199, 2011, č. 9, s. 653-658.
- Chadwick, P.D.J., Low, C.F.:** A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behav. Res. Ther.*, 32, 1994, č. 3, s. 355-367.
- Chadwick, P.D.J., Lowe, C.F.:** Measurement and Modification of delusional beliefs. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1990, č. 58, s. 225-232.
- Kapur, S.:** Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 2003, č. 160, s. 13-23.
- Lynch, D., Laws, K.R., McKennan, P.J.:** Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well – controlled trials. *Psychological Med.*, 2010, 40, s. 9-24.
- Menon, M., Mizrahi, R., Kapur, S.:** Jumping to conclusions' and delusions in psychosis: Relationship and response to treatment. *Schizophrenia Research*, 2008, 98, s. 225-231.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjabar, S., Vitzthum, F., Woodward, T.S.:** Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol. Med.*, 2011, č. 41, s. 1823-1832.
- Moritz, S., Woodward, T.S.:** Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr. Opin. Psychiatry*, 20, 2007, č. 6, s. 619-625.
- Munro, A.:** Persistent delusional symptoms and disorders. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J., Jr., Andreasen, N. Oxford University Press, 1, 2000, s. 651 –676.
- Murray, G.K.:** Dopamine Dysfunction and delusions, Hallucinations and Anhedonia. *Clinical Psychochemistry*, 2009, s. 21-24.
- Murray, G.K.:** The emerging biology of delusions. *Psychological Medicine*, 2011, 41, s. 7-13.
- O'Connor, K., Stip, E., Pelissier, M.C., Aardema, F. et al.:** Treating delusional disorder: a comparison of cognitive-behavioural therapy and attention placebo control. *Can. J. Psychiatry*, 2007, 52, s. 182-190.
- Opjordsmoen, S.:** The conceptualization of delusions and its implication for understanding and treatment. In: *Advances in Psychiatry*. Christodoulou, G.N. (ed). World Psychiatric Association, 2005, s. 39-43.
- Portwich, P., Barocka, A.:** Huglindh Jaskcon's contribution to modern understanding of biological findings in delusion - a framework. *World J. Biol. Psychiatry*, 2001, 2 (suppl. 1), s. 110.
- Shaner, A.:** Delusions, superstitious conditioning and chaotic dopamine neurodynamics. *Med. Hypotheses*, 52, 1999, č. 2, s. 119-123.
- Turkington, D., Sidde, R.:** Cognitive therapy for the treatment of delusions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1998, 4, s. 235-242.
- Vitzthum, F.B., Veckenstedt, R., Moritz, S.:** Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+): Introduction of a Novel Approach for Psychotic Symptoms. *Behav. Cogn. Psychother.*, 2013, č. 1, s. 1-6.

Do redakcie došlo 10.1.2014.