

ZMENY BLUDNEJ ŠTRUKTÚRY V ZÁVISLOSTI OD PSYCHOPATOLOGICKEJ SYMPTOMATIKY: KLINICKÁ ŠTÚDIA

původní práce

Andrea Heretiková Marsalová
Magdaléna Frecer
Bronislava Kušnieriková

Psychiatrická klinika SZU, FNŠP
Bratislava-Ružinov

Kontaktní adresa:

MUDr. Andrea Heretiková Marsalová
Psychiatrická klinika SZU
FNŠP Bratislava-Ružinov
Ružinovská 6
826 06 Bratislava
e-mail: andrea.marsalova@gmail.com

SÚHRN

Heretiková Marsalová A, Frecer M, Kušnieriková B. Zmeny bludnej štruktúry v závislosti od psychopatologickej symptomatiky: klinická štúdia

Východisko a ciele klinickej štúdie:

Klinická empiria prináša poznatky o tom, že bludy sú heterogénne z hľadiska svojej štruktúry aj obsahu. Klinické výskumy sa orientujú na skúmanie bludu na základe určenia jeho jednotlivých dimenzií. Ukázalo sa, že bludy sa v jednotlivých dimenziách odlišujú v súvislosti s rôznymi duševnými poruchami. Cieľom klinickej štúdie bolo zistiť, ako sa mení bludový syndróm (jeho bludná štruktúra) v závislosti od psychopatologickej symptomatiky u pacientov s rôznymi psychotickými poruchami.

Súbor a metóda: Do výberového súboru boli zaradení hospitalizovaní a ambulantní pacienti vo veku 18 a viac rokov (n = 146), u ktorých sa klinickým vyšetrením zistil bludový syndróm. Na hodnotenie bludov a bludnej štruktúry sa použila škála SDSS (Simple Delusional Syndrome Scale), na hodnotenie psychopatologickej symptomatiky sa použila škála BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Skúmané vzájomné vzťahy bludov a psychopatologickej symptomatiky boli u pacientov preverované pomocou korelačnej a regresnej analýzy.

Výsledky: Pri výraznejšej manifestácii príznakov chorobného procesu (vyššie skóre podľa BPRS) intenzita prejavu bludového syndrómu (podľa SDSS) klesala (dezorganizovala sa jeho štruktúra),

SUMMARY

Heretiková Marsalová A, Frecer M, Kušnieriková B. Changes of delusional structure depending on the psychopathological symptomatology: the clinical study

Background and objective: Clinical experience produces a knowledge that delusions are heterogenous regarding its structure as well as contents. Clinical research is oriented in investigation of the delusions according to their particular dimensions. It has been shown, that delusions in various mental disorders differ in particular dimensions. The aim of our clinical study was to investigate changes of delusional structure depending on the psychopathological symptoms in patients with various psychotic disorders.

Sets and methods: The population of our study consisted of 146 inpatients and outpatients who met the required criteria. Delusional experience and other psychopathological symptoms were examined cross-sectionally in each patient using the assessment scales: the Simple Delusional Syndrome Scale (SDSS) and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). The interrelationships between delusions and psychopathological symptomatology were evaluated in all patients by using the correlation and the regression analysis.

Results: The intensity of delusional syndrome decreased (lower score according SDSS) when the manifestation of pathological process was more expressive (higher score according the BPRS). On the contrary, when manifestation of

naopak s poklesom manifestácie príznakov chorobného procesu intenzita prejavu bludového syndrómu (podľa SDSS) narastala – v klinickom obraze bol jednoduchý bludový syndróm s logicky organizovaným a systemizovaným bludom. Medzi bludovým syndrómom a psychopatologickou symptomatikou psychotických porúch sa ukázala štatisticky významná negatívna väzba $R = -0,508$ ($p = 0,01$).

Záver: V rámci diagnostického procesu je potrebné posudzovať predovšetkým štruktúru bludu. Obsah bludu môže byť podkladom pre rozlišovanie podtypov, nie však kritériom pre stanovenie primárnej diagnózy.

Kľúčové slová: bludové syndrómy, hodnotiace škály bludov, zmeny bludnej štruktúry.

the pathological process decreased the intensity of delusional syndrome increased. Significant negative correlation between delusional syndrome (according the SDSS) and psychopathological symptomatology (according the BPRS) was demonstrated in patients with various psychotic disorders $R = -0.508$ ($p = 0.01$).

Conclusion: In diagnostic process it is necessary to evaluate the delusional structure in the first place. The content of delusion can be a basis for differentiation of subtypes but not for identification of primary diagnosis.

Key words: delusional syndromes, delusion assessment scales, changes of delusional structure.

VÝCHODISKO A CIELE KLINICKEJ ŠTÚDIE

Klinická empiria prináša poznatky o tom, že bludy a bludové syndrómy sú heterogénne z hľadiska svojej štruktúry aj obsahu. Možno sa domnievať, že bludná štruktúra odráža charakteristické znaky chorobného procesu, pri ktorom sa bludový syndróm vyskytuje.

Pre jeho ďalšie triedenie je teda rozhodujúca prítomnosť primárneho chorobného procesu. Klinickú skúsenosť detailne rozpracovali pracovníci viedenskej školy (Berner a kol.), ktorí sa výskumom bludových syndrómov zaoberajú už niekoľko desaťročí.^{1,2} Vychádzajú z predpokladu, že štruktúra bludu odráža charakteristické znaky primárneho chorobného procesu. Klasifikujú bludový syndróm na základe popisu jeho štruktúrnych elementov (napr. logická organizovanosť, systemizácia, vzťah k vonkajšiemu svetu, obsah bludu) a výstavbových prvkov (bludné nápady, bludné vnímania, pocity ovplyvňovania, ilúzie, halucinácie, fabulácie). Vytvorili vlastnú systematiku psychických porúch a vlastnú koncepciu bludových porúch. Ak sa blud formuje logicky (porozumiteľne) a postupne sa organizuje do koherentného systému – vznikajú „jednoduché bludové syndrómy“ (zodpovedajú klasickej koncepcii paranoje a paranoidného vývoja). Ak sa bludy v závislosti od primárneho chorobného procesu formujú paralogicky, nevytvárajú bludný systém a bludné témy sú bizarné – vznikajú „parafrenické syndrómy“.^{2,3} Z domácich autorov rozpracoval vyhodnocovanie štruktúry bludov v duchu viedenskej školy André.⁴

Niektoré klinické výskumy sa orientujú na skúmanie bludu na základe určenia jeho jednotlivých dimenzií. Ukázalo sa, že bludy sa v jednotlivých dimenziách

odlišujú v súvislosti s rôznymi duševnými poruchami.^{5,6} Za účelom bližšieho určenia (kvantifikácie) jednotlivých dimenzií bludnej štruktúry vytvorili viaceré autorské tímy kategorické hodnotiace škály, napr. Brown Assessment of Belief Scale,⁷ Dimensions of Delusional Experience,⁸ Characteristic of Delusional Experience,⁵ Simple Delusion Syndrome Scale.⁹ Autori týchto škál vychádzajú z predpokladu, že bludy predstavujú multidimenzionálny klinický fenomén, ktorý má svoju štruktúru. Vybrali určitý počet charakteristík (dimenzií) bludu ako položky škály, pričom sa opierali o údaje v odbornej literatúre a o vlastné skúsenosti. Štatistickými metódami zistili dobrú reliabilitu a validitu škál.

Ďalšie výskumy potvrdili predpoklad, že vhodne zostavené škály môžu spoľahlivo rozlíšiť úroveň bludnej štruktúry pri rôznych duševných poruchách. Umožňujú vytvárať homogénne skupiny pacientov a skúmať vzťah stanovených dimenzií k ďalším premenným, napríklad k priebehu alebo ostatným psychopatologickým symptómom.^{10,11} Použitie škál v klinickom psychopatologickom výskume môže na jednej strane pomôcť k lepšiemu porozumeniu samotného fenoménu bludu a bludnej štruktúry, na strane druhej môže prispieť k zdokonaleniu diagnostickej klasifikácie porúch, pri ktorých sa bludy vyskytujú.

Na základe skúmania dlhodobého priebehu psychózy sa zastáva názor, že prinajmenšom niektoré aspekty psychózy (bludy, halucinácie) nie sú špecifické ani pre schizofréniu, ani pre ostatné psychotické poruchy. Bludy sa zokupujú do viac alebo menej organizovaného (bludového) syndrómu, ktorý sa ako superštruktúra rozvíja v závislosti od primárnej poruchy. V rámci diferenciálnej diagnostiky úvah tak vzniká potreba bližšie charakterizovať bludový syndróm s cieľom určiť základné ochorenie.^{12,13}

V súlade s vyššie uvedenými zisteniami sme stanovili ciele našej klinickej štúdie:

1. Zistiť, ako sa mení štruktúra bludového syndrómu v závislosti od psychopatologickej symptomatiky psychotických porúch (tj. v závislosti od primárneho chorobného procesu).
2. Kvantifikovať ich vzťah pomocou štatistických metód.
3. Vyhodnotiť bludnú štruktúru v 4 diagnostických skupinách (organické psychotické poruchy, schizofrenické psychózy, afektívne psychotické poruchy, trvalé poruchy s bludmi).

METÓDA

Charakteristika súboru

Do výberového štatistického súboru boli postupne zaradení hospitalizovaní aj ambulantní pacienti Psychiatrickej kliniky SZU v Bratislave, u ktorých sa klinickým vyšetrením určil bludový syndróm. Na základe diagnóz podľa MKCH-10, 1992¹⁴ boli pacienti rozdelení do 4 skupín: organické poruchy (F00, F01, F06), schizofrenické psychózy (F20, F21, F23, F25), afektívne poruchy (F30, F31, F32, F33) a trvalé poruchy s bludmi (F22). Hospitalizovaní pacienti boli vyšetrení v prvom týždni ich prijatia na klinické pracovisko. Celkový počet pacientov bol 146 (56 mužov a 90 žien), vo veku 18 rokov a viac (tab. 1).

Tab. 1. Charakteristika súboru

Diagnostické jednotky	N
Organické poruchy (F00, F01, F06)	26
Schizofrenické psychózy (F20, F21, F23, F25)	73
Afektívne poruchy (F30, F31, F32, F33)	25
Trvalé poruchy s bludmi (F22)	22
Spolu	146

Hodnotiace škály a štatistická analýza

U každého pacienta zaradeného do štúdie sme pomocou hodnotiacich škál prierezovo vyhodnocovali dimenzie bludného prežívania (štruktúru bludového syndrómu) a ďalšiu prítomnú psychopatologickú symptomatiku. Na prierezové hodnotenie bludového syndrómu sme použili pôvodnú škálu SDSS – Simple Delusional Syndrome Scale (Škála pre jednoduchý bludový syndróm).⁹ Na prierezové hodnotenie psychopatológie sme použili škálu Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).¹⁵ Škála je určená pre dospelú populáciu pacientov s psychotickým ochorením a ochorením okruhu schizofrenie.

Škála SDSS bola skonštruovaná tak, aby vyhodnocovala intenzitu prejavu bludového syndrómu. Obsahuje 7 položiek (skórovanie od 1 do 5): *logické skĺbenie, systemizácia, stabilita, presvedčenie, vplyv bludu na konanie, extenzia* (rozsah oblastí v živote, ktoré sú zahrnuté do bludného prežívania), *inercia* (zakotvenie bludu v realite, odklon bludu od reality). Najvyššie skóre podľa SDSS je pri bludnej štruktúre, kde je blud zakotvený v realite, logicky skĺbený a organizovaný do systému s pevným presved-

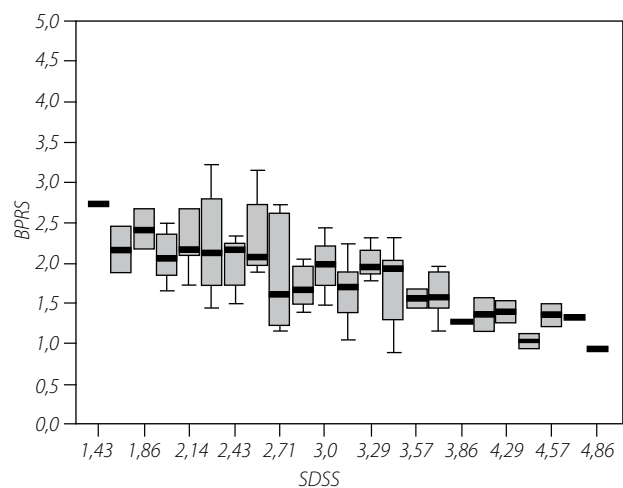
čením a konštantným vplyvom na konanie (jednoduchý bludový syndróm), a najnižšie skóre pri dezorganizovanej bludnej štruktúre, kde blud je paralogický, bizarný, nestabilný, s kolísavým presvedčením a nekonštantným vplyvom na konanie. Výsledky štatistickej analýzy potvrdili dobré psychometrické charakteristiky škály, poukázali, že hodnoty vzájomných korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály. Vnútorná konzistencia škály – Cronbachov koeficient alfa = 0,8327.^{9,16}

Medziškálové vzťahy (vzťahy medzi bludovým syndrómom a psychopatologickou symptomatikou) boli v celom súbore preverované pomocou korelačnej a regresnej analýzy. Súčasne s vyhodnotením koeficientu korelácie (R) sa vyhodnocoval odhad hladiny významnosti (P) (jednostrannej alebo dvojstrannej). V rámci regresnej analýzy sa vyhodnocovali koeficienty regresnej krivky vypočítanej metódou najmenších štvorcov. Na vyhodnotenie bol použitý štatistický software SPSS a MS Excel 2000.

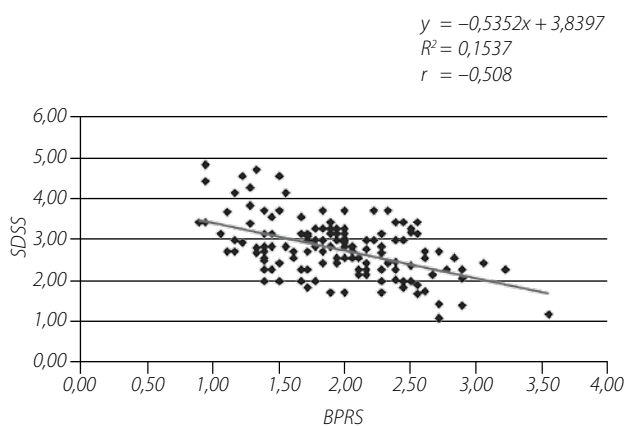
VÝSLEDKY A DISKUSIA

Štatistickými metódami sme v celom súbore (n = 146) vyhodnocovali vzťah medzi bludmi a psychopatologickou symptomatikou u pacientov s bludovými syndrómami. Štruktúru bludového syndrómu sme hodnotili pomocou škály SDSS, psychopatologickú symptomatiku sme posudzovali pomocou škály BPRS. Naše zistenia z hľadiska stanovených cieľov možno zhrnúť nasledovne:

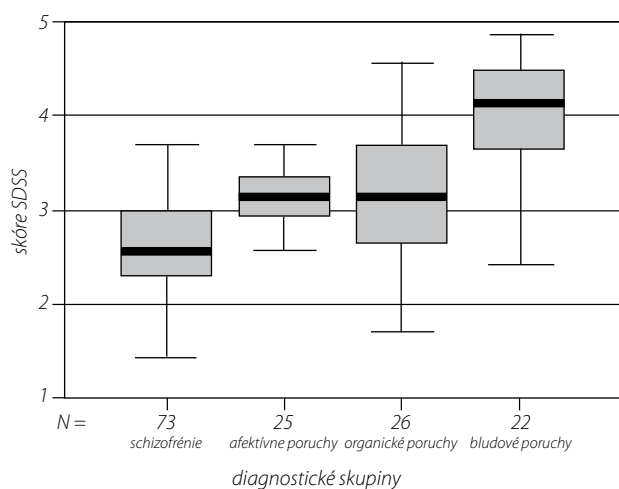
1. Na základe analýzy výsledkov možno konštatovať, že hodnoty skóre škály BPRS v celom súbore vykazovali klesajúci trend so stúpajúcimi hodnotami skóre škály SDSS (kvartilový graf 1). Podľa rozloženia mediánov a kvartilových údajov sa dá predpokladať negatívna väzba medzi hodnoteniami BPRS a SDSS.
2. Korelačná analýza potvrdila, že medzi bludovým syndrómom a psychopatologickou symptomatikou psychotických porúch je štatisticky významná negatívna väzba $R = -0,508$ ($p = 0,01$) (graf 2).
3. Zmeny skórovania bludnej štruktúry (podľa SDSS) v 4 diagnostických skupinách vyjadrujú stredné hodnoty SDSS (tab. 2). Prehľad o rozložení priemerného skóre SDSS znázorňuje kvartilový graf 3.



Graf 1. Rozdelenie hodnôt skóre BPRS podľa skóre SDSS



Graf 2. Vzťah medzi bludovým syndrómom (podľa SDSS) a psychopatologickou symptomatikou (podľa BPRS) v celom súbore pacientov



Graf 3. Rozloženie priemerného skóre SDSS v 4 diagnostických skupinách

Tab. 2. Zmeny bludnej štruktúry v diagnostických skupinách podľa SDSS

Diagnostická skupina	N	Stredná hodnota SDSS
Schizofrenické psychózy	73	2,60
Afektívne poruchy	25	3,12
Organické poruchy	26	3,20
Trvalé poruchy s bludmi	22	4,01

Výsledky prieskumu potvrdili predpoklad, že intenzita prejavu bludového syndrómu sa mení v závislosti od primárneho chorobného procesu. Pri výraznejšej manifestácii príznakov chorobného procesu (podľa BPRS) intenzita prejavu bludového syndrómu (podľa SDSS) klesala (dezorganizovala sa jeho štruktúra), naopak s poklesom manifestácie príznakov chorobného procesu intenzita prejavu bludového syndrómu (podľa SDSS) narastala – v klinickom obraze bol jednoduchý bludový syndróm s logicky organizovaným a systemizovaným bludom. Vzájomný vzťah medzi bludovým syndrómom a psychopatologickou symptomatikou primárneho chorobného procesu je štatisticky významný.

Výsledky štúdie sú v súlade s klinickým pozorovaním a hodnotením bludových syndrómov pri rôznych psychotických stavoch. Pri schizofrenii sú bludy nepochopiteľné, paralogicky organizované, nedochádza obvykle k vytvoreniu pevnejšieho bludného systému. Obsah bludov je často bizarný, absurdný (bludy ovplyvňovania, odoberanie, vkladanie myšlienok). Táto skutočnosť sa odrazila aj v úrovni dosiahnutého skóre v najnižšom pásme škály SDSS, stredná hodnota skórovania bola 2,6 (tab. 2). Bludy pri afektívnych poruchách sú kongruentné alebo inkongruentné s náladou. Bludná štruktúra je logicky usporiadaná. Bludy môžu mať značný vplyv na konanie, doznievajú spolu s poruchou nálady, zriedka sa organizujú do trvalého systému. Pri afektívnych poruchách bolo zastúpené stredné pásmo škály – stredná hodnota skórovania 3,12. V klinickom obraze organických porúch sú príznaky, ktoré poukazujú na poškodenie mozgu (poruchy pamäti, intelektu, pozornosti). Pri organických poruchách sa dosiahnuté skóre v SDSS približovalo k stredným hodnotám (2,1) rozptyl v oboch smeroch bol však väčší ako v prípade afektívnych porúch.

Bludy pri trvalej poruche s bludmi sú logicky sklbené, majú tendenciu vytvárať pevný systém, ktorý je stabilný a môže mať značný vplyv na konanie. Obsah bludu je zatkotvený v realite, presvedčenie je hlboké a neodkloniteľné. Túto skutočnosť odráža najvyššie dosahované skóre SDSS (stredná hodnota 4,01) v diagnostickej skupine Trvalé duševné poruchy s bludmi.

ZÁVER

Predmetom nášho psychopatologického výskumu sa stali empirické pozorovania o tom, že bludy a bludové syndrómy sú heterogénne z hľadiska svojej štruktúry aj obsahu.

V rámci diagnostického procesu je potrebné posudzovať predovšetkým štruktúru bludu (napríklad úroveň systemizácie a logickú/paralogickú organizovanosť), a nie iba obsah bludu, ktorý môže byť podkladom pre rozlišovanie podtypov poruchy, nie však kritériom pre stanovenie primárnej diagnózy.

Pomocou škály SDSS sme prierezovo zachytili úroveň bludnej štruktúry pri jednotlivých diagnostických skupinách. Vysoké skóre poukazuje na jednoduchý bludový syndróm, nízke skóre škály poukazuje na prítomnosť závažnejšieho chorobného procesu.

Výsledky nášho prieskumu potvrdili predpoklad, že intenzita bludového syndrómu sa mení v závislosti od primárneho chorobného procesu. Korelačná analýza potvrdila, že medzi bludovým syndrómom a psychopatologickou symptomatikou je štatisticky významná negatívna väzba.

Limitujúcim faktorom pri interpretácii výsledkov v prípade diagnostických skupín afektívne poruchy, organické poruchy a trvalé poruchy s bludmi je fakt, že počet skúmaných pacientov v týchto skupinách bol vzhľadom k diagnostickej skupine schizofrenických psychóz pomerne nízky.

LITERATÚRA

- Berner P, Gabriel E, Kieffer W, Schanda H. Paranoid psychoses. New aspects of classification and prognosis comming from Vienna research group. *Psychopathology* 1986; 19: 16–29.
- Berner P, Gabriel E, Katschnig H et al. Diagnostic Criteria for Functional psychoses. Cambridge: Cambridge University Press 1992: 268.
- Schanda H, Thau K, Kufferle B et al. Heterogenicity of delusional Syndromes: Diagnostic Criteria and Course and Prognosis. *Psychopathology* 1984; 17: 280–289.
- André I. Blud a jeho rôzne štruktúry. *Čes a slov Psychiat* 2002; 98: 287–290.
- Garety PA, Hemsley DR. Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurology Science* 1987; 126: 294–298.
- Combs DR, Adams SD, Michael CO et al. The conviction of delusional beliefs scale: reliability and validity. *Schizophrenia Research* 2006; 86: 80–88.
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L et al. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 102–108.
- Kendler KS, Glazer WM, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140: 466–469.
- Forgáčová L. Delusion assessment scales. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, X 2008; 2: 23–30.
- Chadwick PDJ, Lowe CF. Measurement and Modification of delusional beliefs. *Journal of Consult Clinical Psychology* 1990; 58: 225–232.
- Oulis P, Mamounas J, Hatzimanolis J, Christodoulou GN. Clinical dimensions of delusional beliefs: a factor-analytic study. *Psychopathology* 2000; 33: 81–85.
- Tsuang MT, Stone WS, Farone SV. Toward Reformulating the diagnosis of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1041–1050.
- Forgáčová L. Paranoidný syndróm a jeho vzťah k osobným dispozíciám. *Čes a slov Psychiat* 1999; 95: 306–311.
- MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaku a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum; 1992: 282.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychology Rep* 1962; 10: 799–812.
- Forgáčová L. Posudzovanie bludových syndrómov: Škála pre čistý paranoidný syndróm SCPS. *Čes a slov Psychiat* 2006; 102: 381–387.

referáty o literatuře

Podprahové podněty a léčba návykových nemocí
Childress AR, Ehrman RN, Wang Z et al.
Prelude to Passion: Limbic Activation by „Unseen“
Drug and Sexual Cues. JPLoS ONE 30; 3 (1): e1506,
2008.

Childress a kol. (2008) zkoumali za pomoci funkční magnetické resonance (fMRI) efekt podprahových podnětů u mužů závislých na kokainu. Už podnět trvajících 33 milisekund aktivoval limbický systém. Ten, jak známo, souvisí se systémem odměn, bažením (cravingem) a emocemi.

Uvedená práce má dalekosáhlé praktické důsledky, a to nad rámec toho, co uvádějí její autoři:

U podprahových spouštěčů odpadá možnost je vědomě korigovat např. použitím nějaké naučené anticravingové strategie. To může znesnadňovat sebeovládání.

Lidem s návykovými nemocemi je správné doporučit, aby se podprahovým spouštěčům vyhýbali. To se např. týká puštěné televize, na kterou se zdánlivě nikdo nedívá.

Určitá prostředí jsou na nadprahové i podprahové spouštěče bohatá a vyvolávají často silný craving. Např. na alkoholu nebo na tabáku závislý podnikatel vede obchodní jednání v restauraci. Prostor v něm vyvolá craving. Ten spolu s nutným úsilím o jeho zvládnutí snižuje jeho duševní výkonnost, a to i tehdy, jestliže dokáže cr-

aving překonat a abstinuje. Byl by v mnohem výhodnější pozici, kdyby raději zvolil neutrální prostředí, např. svoji pracovnu.

Tlaku podprahových spouštěčů se ovšem nelze vyhnout zcela. Např. řidič jedoucí po dálnici a míjející reklamy na alkohol je jimi bezděčně ovlivněn, podobně i člověk míjející restauraci nebo nakupující v supermarketu. Tento „erodující“ vliv podprahového vnímání je třeba u lidí s návykovými nemocemi kompenzovat soustavným doléčováním, aby se motivace k abstinenci udržela na dostatečné úrovni.

Nácvik uvědomování (např. Nešpor, 2006) umožňuje lidem s návykovými nemocemi zlepšit vnímání vnitřních a zevních spouštěčů, případně rozpoznávat craving, dokud je slabý a dá se ještě relativně snadno zvládnout.

Literatura

Childress AR, Ehrman RN, Wang Z et al. Prelude to Passion: Limbic Activation by „Unseen“ Drug and Sexual Cues. *JPLoS ONE* 30; 3 (1): e1506, 2008. www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2204052&blobtype=pdf
 Nešpor K. Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře. Praha: Sportpropag; 2006: 65. Volně ke stažení na www.drnespor.eu.

MUDr. Karel Nešpor, CSc.