

# Przeskakując do wniosków: psychologia rozumowania urojeniowego

Philippa Garety, Daniel Freeman, Suzanne Jolley, Kerry Ross, Helen Waller, Graham Dunn

*Advances in Psychiatric Treatment* (2011), 17, S332-339

Urojenia są głównym objawem zaburzeń psychotycznych. Często upośledzają funkcjonowanie i są źródłem dyskomfortu. Dostępne farmakologiczne i psychologiczne metody leczenia są tylko częściowo skuteczne. Ważne jest opracowanie nowych metod leczenia, opartych na procesach uzasadnionych teoretycznie i potwierdzonych empirycznie. Urojenia są związane z błędnym rozumowaniem. Zniekształcenie polegające na przeskakiwaniu do wniosków (jumping to conclusions, JTC) polega na gromadzeniu zbyt małej liczby informacji przed podjęciem decyzji. Sugeruje się, że ten błąd w rozumowaniu wpływa na ocenę doświadczeń psychotycznych, prowadząc do powstawania urojeń i podtrzymując je. Dostępne metody leczenia nie wpływają na JTC. Autorzy opisują nowe intensywne podejście terapeutyczne – trening rozumowania. Ma on zachęcać uczestników do zbierania informacji, rozważania alternatywnych wyjaśnień zdarzeń oraz przeglądania dowodów przed podjęciem decyzji. Wstępne dane sugerują, że zmiana tego zniekształcenia jest możliwa oraz że wpływa ona na zwiększenie elastyczności przekonań i może zmniejszyć przekonanie o słuszności urojeń. Koncepcje i metody wykorzystywane w ramach tego nowego podejścia znajdują zastosowanie w praktyce klinicznej.

Urojenia są najważniejszym objawem schizofrenii, występującym u około trzech czwartych chorych.<sup>1</sup> Często są źródłem dyskomfortu i upośledzają funkcjonowanie, a dostępne metody leczenia, farmakologiczne i psychologiczne, są tylko częściowo skuteczne. U wielu chorych na schizofrenię odpowiedź na leki przeciwpsychotyczne jest stosunkowo słaba.<sup>2,3</sup> Mniej więcej 50% chorych wypowiada przewlekłe urojenia nawet po ustąpieniu pierwszego ostrego epizodu psychotycznego.<sup>4</sup> Badania wykazują, że wpływ leków przeciwpsychotycznych na przekonanie o słuszności urojeń jest słabszy niż na ich inne aspekty, w tym towarzyszący dyskomfort czy aktywność urojeniową.<sup>5</sup> Tera-

pia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy, CBT) w zaburzeniach psychotycznych pierwotnie została opracowana do wykorzystywania w leczeniu przewlekłych urojeń i omamów będących źródłem dyskomfortu. W metaanalizach jednoznacznie wykazano, że te nowe interwencje są skuteczne, ale przynoszą efekty niewielkie do umiarkowanych.<sup>6-8</sup> Chociaż leki przeciwpsychotyczne i CBT przynoszą korzyści, badania prowadzone na całym świecie wykazują, że nadal nie udaje się zrealizować celu w postaci trwałego zmniejszenia nasilenia urojeń. Potrzebne są lepsze metody leczenia, oparte na dobrym zrozumieniu przyczyn ich powstawania i czynników podtrzymujących.

Philippa Garety jest profesorem psychologii klinicznej w Institute of Psychiatry, King's College London i dyrektorem klinicznym oraz Joint Leader, Psychosis Clinical Academic Group, King's Health Partners i South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Jej główne zainteresowania badawcze dotyczą oceny poznawczych i emocjonalnych procesów w psychozie, a także opracowywania i oceny nowych psychologicznych metod leczenia.

Daniel Freeman jest profesorem psychologii klinicznej i starszym wykładowcą klinicznym Medical Research Council, Department of Psychiatry, University of Oxford. Jest także honorowym konsultantem z psychologii klinicznej w Oxford Health NHS Foundation Trust. Zajmuje się badaniem poznawczych teorii urojeń prześladowczych i badaniami eksperymentalnymi dotyczącymi oceny mechanizmów przyczynowych, w celu opracowania skuteczniejszych metod leczenia.

Suzanne Jolley, psycholog kliniczny, badacz, Institute of Psychiatry, King's College, London oraz honorowy konsultant z dziedziny psychologii klinicznej South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Zajmuje się badaniem wnioskowania w urojeniach oraz skutecznymi metodami szkolenia personelu do pracy z pacjentami z zaburzeniami psychotycznymi.

Kerry Ross, psycholog kliniczny, Early Intervention Service, Wolverhampton Primary Care Trust.

Helen Waller, psycholog kliniczny, badacz, Institute of Psychiatry, King's College, London, zajmuje się opracowywaniem i oceną opartych na protokołach i skomputeryzowanych terapeutycznych metod leczenia pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi.

Graham Dunn, profesor of Biomedical Statistics, Manchester University, Health Methodology Research Group. Był pionierem rozwoju nowych metod statystycznych do oceny złożonych interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem psychologicznych metod leczenia.

Adres do korespondencji: Professor Philippa Garety, Department of Psychology, PO77, Henry Wellcome Building, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, Wielka Brytania; e-mail: philippa.garety@kcl.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

## Ramka 1

## Trzy najważniejsze propozycje poznawczych modeli urojeń

1. Doświadczenia psychotyczne, np. głosy, same w sobie nie są patologiczne.
2. Podstawowe znaczenie w powstawaniu objawów ma ocena doświadczeń psychotycznych.
3. Na ocenę wpływają zniekształcenia myślenia, które przez to są czynnikiem ryzyka rozwoju urojeń.

## Poznawcze teorie urojeń

W ciągu ostatnich 10 lat pozytywne objawy psychotyczne, szczególnie urojenia, których powstawanie wiązano z interakcjami wielu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, znalazły się w centrum uwagi badań empirycznych.<sup>9-14</sup> Uważa się, że etiologia psychozy jest złożona i wieloczynnikowa. W modelu opublikowanym po raz pierwszy w 2001 roku autorzy przyjęli powszechnie akceptowaną hipotezę, że osoba, u której dochodzi do rozwoju psychozy, charakteryzuje się przedchorobową podatnością uwarunkowaną biopsychospołecznie (co wynika z połączenia pewnych genetycznych, neurorozwojowych i psychologicznych czynników ryzyka).<sup>10,14</sup>

## NIEPRAWIDŁOWE DOŚWIADCZENIA U PODATNYCH OSÓB

U osób podatnych stres wyzwała szczególne zmiany emocjonalne i poznawcze, co prowadzi do anomalii świadomego przeżywania, np. powstawania omamów słuchowych („głosów”). Te nieprawidłowe doświadczenia wiązano z procesami przetwarzania informacji i zaburzeniami neurobiologicznymi (np. Kapur<sup>12</sup>). Autorzy wysunęli hipotezę, zgodnie z którą określone zniekształcenia myślenia i przetwarzania informacji, wcześniejsze schematyczne przekonania na temat siebie samego i innych, aktualne zaburzenia emocjonalne i czynniki społeczne (takie jak izolacja i przeciwności) pojedynczo i w połączeniu prowadzą u osób podatnych do oceny tych nieprawidłowych stanów psychicznych jako pochodzących z zewnątrz. W wyniku tego pojawiają się objawowe nieprawidłowe przekonania i omamy. Dlatego doświadczenie, np. głosów, niekoniecznie prowadzi do rozwoju pełnoobjawowego objawu psychotycznego.

## NIEPRAWIDŁOWE DOŚWIADCZENIA A „POTRZEBA LECZENIA”

Wiele osób w populacji ogólnej w pewnych momentach życia doświadcza głosów i innych przeżyć psychotycznych, nie przejawiając przy tym „potrzeby leczenia”,<sup>15,16</sup> która pojawia się tylko wtedy, kiedy ktoś ocenia swoje doświadczenie w szczególnie sposób – jako pochodzące z zewnętrznego źródła, ważne z osobistego punktu widzenia, a także niemożliwe do kontrolowania. To ta szczególna interpretacja lub ocena, a nie doświadczenie samo w sobie, prowadzi do związanego z tym przeżyciem dyskomfortu i upośledzenia funkcjonowania. Znaczenie oceny często podkreślano również w poznawczych modelach innych zaburzeń, np. w poznawczym modelu depresji Becka i wsp.<sup>17</sup> Na rycinie 1 przedstawiono schematycznie poznawczy model psychozy.

Poznawcze modele psychozy dotyczące urojeń i myślenia opierają się na trzech podstawowych założeniach:

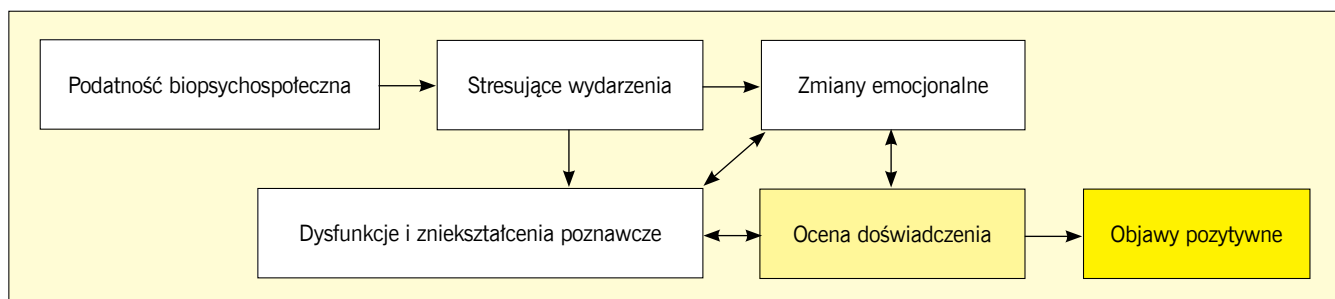
- doświadczenia psychotyczne same w sobie nie są patologiczne; występują w grupie osób z populacji ogólnej (5-30%), u których nie ma potrzeby leczenia;
- to ocena tych doświadczeń ma podstawowe znaczenie w rozwoju patologicznych objawów oraz
- na podstawie dowodów z badań doświadczalnych zakłada się, że do tej zaburzonej oceny przyczynia się wiele różnych procesów poznawczych i emocjonalnych, jednym z nich jest tendencyjne rozumowanie (przegląd piśmiennictwa patrz Garety<sup>10,14</sup>).

## Urojenia a tendencyjne rozumowanie: zbieranie danych (przeskakiwanie do wniosków)

Modele poznawcze zakładają, że procesy przyczyniające się do zniekształconej oceny stają się czynnikami ryzyka rozwoju urojeń. Jednym z czynników jest tendencyjność wnioskowania. Wykazano, że urojenia często są związane z ograniczeniem gromadzenia danych, co potwierdzono wielokrotnie w zadaniach wymagających oceny prawdopodobieństwa za pomocą modelu wnioskowania probabilistycznego Bayesa.<sup>18-20</sup>

## TEST KORALIKÓW

W typowym zadaniu wymagającym wnioskowania probabilistycznego (test koralików; ryc. 2) badanych zachęca się do zbierania

Rycina 1. Poznawczy model objawów pozytywnych psychozy<sup>10</sup>

## Ramka 2

**Najważniejsze fakty dotyczące przeskakiwania do wniosków**

1. Gromadzenie mniejszej liczby danych w teście koralików jest jednoznacznie związane z urojeniami.
2. Skrajnie nasilone JTC charakteryzuje 40-70% osób z czynnymi urojeniami.
3. Gromadzenie mniejszej liczby danych charakteryzuje również osoby z grup ryzyka i w okresie remisji, co sugeruje, że jest cechą odzwierciedlającą podatność na rozwój urojeń.

rania dowolnej liczby dowodów (kolorowych koralików) przed podjęciem decyzji, z którego z dwóch ukrytych pojemników pochodzą te koraliki. Badany pokazuje się, że słoiki zawierają koraliki w dwóch różnych kolorach, a także informuje ich o proporcji koralików każdego koloru w pojemnikach. W oryginalnej wersji testu w jednym z pojemników jest 85 czarnych koralików i 15 pomarańczowych, a w drugim – liczba koralików tych dwóch kolorów jest odwrócona. W trudniejszej wersji koraliki różnych kolorów pozostają w stosunku 60:40. Najważniejszą badaną zmienną jest liczba elementów, o które prosi badany przed podjęciem decyzji. W porównaniu z pacjentami z innymi zaburzeniami psychicznymi i osobami z grupy kontrolnej chorzy z urojeniami domagają się przed podjęciem decyzji mniejszej liczby koralików.

Podczas przeglądu badań, w których wykorzystywano ten model, we wszystkich 10 badaniach, w których porównywano grupę chorych z urojeniami z nieleczoną grupą kontrolną, stwierdzono istotne różnice w liczbie wyciąganych koralików. Skrajną postać zniekształcenia – wyciąganie pochopnych wniosków – zdefiniowano jako sytuację, w której decyzja jest podejmowana po wylusowaniu najwyżej dwóch koralików. Przy proporcji koralików 85:15 mniej więcej 50-70% chorych z urojeniami zbyt pochopnie wyciąga wnioski w porównaniu z 10% osób z grupy kontrolnej.<sup>20</sup> Mniej więcej 40% osób z urojeniami wyciąga wnioski zbyt pochopnie, nawet jeżeli koraliki są rozmieszczone w trudnej proporcji 60:40.<sup>21</sup>

Zniekształcenie JTC zostało wielokrotnie powtórzone przy wykorzystywaniu różnych modyfikacji podstawowego modelu, nie tylko u chorych z urojeniami, ale również u tych pacjentów, u których urojenia ustąpiły, osób zagrożonych rozwojem zaburzeń urojeniowych i osób z populacji ogólnej wykazujących podatność na urojenia.<sup>19,20,22</sup> Znie-

kształcenie to występuje w grupach ryzyka i u osób w remisji, chociaż w postaci złagodzonej, co sugeruje, że jest cechą odzwierciedlającą podatność na rozwój urojeń mogącą dodatkowo ulegać nasileniu w ostrych stanach urojeniowych (ramka 2). W sumie badania wskazują, że zniekształcenie JTC jest cechą, która może przyczynić się do powstawania i podtrzymywania urojeń. Dowody przemawiają za tym, że jest ona związana raczej z błędami w gromadzeniu danych niż z deficytem wnioskowania na temat prawdopodobieństwa. Błędy w myśleniu są ściśle związane z nasileniem przekonania o słuszności urojeń.

### Na czym polega przeskakiwanie do wniosków? Możliwe mechanizmy zniekształceń

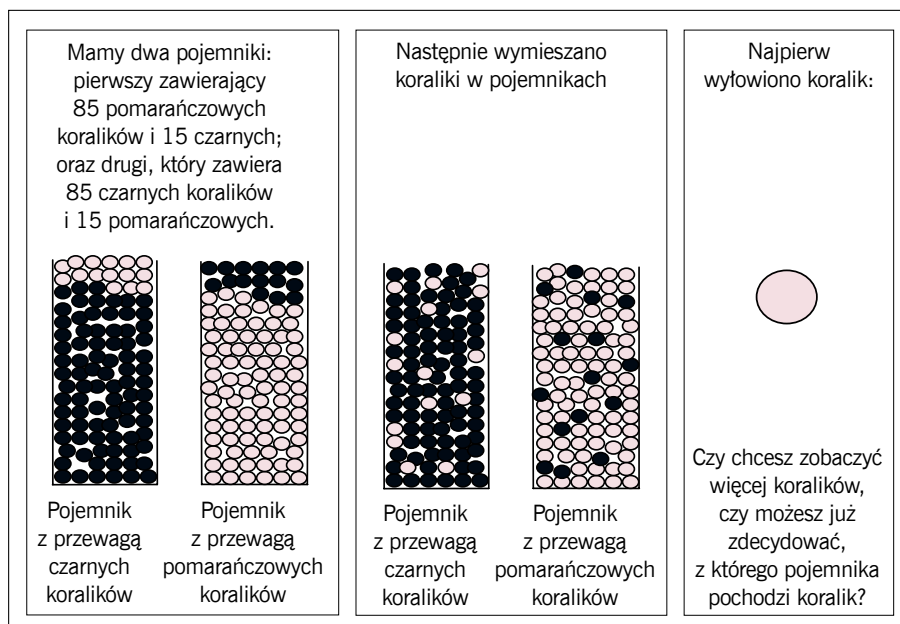
Wiemy, że JTC polega na zbieraniu mniejszej liczby danych i podejmowaniu decyzji w sytuacji niepewności na podstawie zbyt małej liczby dowodów (ramka 3), jednak mechanizm tego zniekształcenia nie jest jasny. Proponowano wiele różnych wy-

## Ramka 3

**Relacja pacjenta<sup>38</sup>**

„W miarę jak mijają kolejne miesiące sposób, w jaki podejmowałem decyzje, stawał się coraz bardziej ryzykowny. [Wtedy] Chodziłem, mijając ludzi i prawie masochistycznie nasłuchując „komentarzy na mój temat”. Każde sformułowanie „nim” lub „on” było jak uderzenie... Kobieta mijająca mnie na ulicy obrzuciła moją twarz długim, uważnym spojrzeniem, potem podbiegła z niecierpliwością, złapała swojego partnera i powiedziała głośno „hej”. Nie słyszałem reszty tego, co powiedziała, ale to musiało być o mnie.”

**Rycina 2.** Test koralików w wersji komputerowej. Kolor różowy odpowiada pomarańczowemu widzianemu przez badanych.



## Ramka 4

**Na czym polega zniekształcenie JTC?**

Przeskakiwanie do wniosków:

- oznacza zniekształcenie dotyczące gromadzenia danych, prowadzące do podejmowania decyzji na podstawie ograniczonej liczby dowodów
- może nasilać się pod wpływem lęku
- może wiązać się z zaburzeniami pamięci operacyjnej
- jest związane ze zmniejszeniem elastyczności przekonań

jaśnień. Niektóre hipotezy zakładają wpływ impulsywności lub procesów emocjonalnych, w tym przeżywania lęku, a inne odwołują się do deficytów neuropoznawczych.<sup>19,23</sup>

**LĘK**

Niewiele dowodów przemawia za tym, że impulsywność odpowiada za JTC. Zniekształcenie to nie jest na przykład związane z szybszym reagowaniem na zadanie. Osoby z JTC odpowiednio dostosowują swoje zachowanie w przypadku zmiany prawdopodobieństwa. Dostępne są natomiast dowody sugerujące, że JTC może nasilać się pod wpływem lęku zarówno w sytuacji wywoływania lęku w warunkach eksperymentalnych,<sup>24</sup> jak i w sytuacji ekspozycji na codzienne sytuacje nasilające lęk (Camberwell Walk study<sup>25</sup>). W innym badaniu doświadczalnym nie uzyskano jednak wyników potwierdzających wpływ lęku na JTC.<sup>26</sup> Kwestia wpływu lęku na JTC pozostaje dyskusyjna. Jeżeli jednak przyjmiemy, że lęk jest czynnikiem wywołującym lub nasilającym JTC, może to sugerować określone interwencje.

**CZYNNIKI NEUROPOZNAWCZE**

Dowody dotyczące funkcji neuropoznawczych również są dość ograniczone. Broome i wsp.<sup>27</sup> stwierdzili związek między JTC a zaburzeniami pamięci operacyjnej. Bentall i wsp.,<sup>28</sup> wykorzystując modelowanie równań strukturalnych, zaobserwowali, że JTC wydaje się związane z paranoją za pośrednictwem czynnika funkcjonowania poznawczego, częściowo na podstawie testów, które – jak uważali – odzwierciedlały funkcje wykonawcze, w tym testu badającego pamięć operacyjną (powtórzenie cyfr wstecz). Dlatego pojawiają się pewne dowody wiążące JTC z pamięcią operacyjną. Te zależności jednak, także w odniesieniu do innych zaburzeń funkcji poznawczych, nie

były jednoznaczne. Zależność między JTC a dobrze potwierdzonymi zaburzeniami funkcji poznawczych w schizofrenii (takimi jak deficyty uwagi, pamięci i funkcji wykonawczych) dopiero zaczyna być przedmiotem systematycznych badań (np. Woodward,<sup>29</sup> van Hooren<sup>30</sup>), których wyniki są na razie niejednoznaczne.

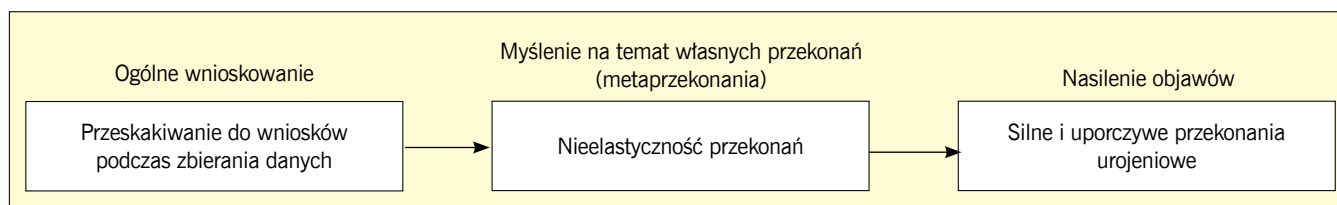
Należy zauważyć, że JTC różni się od innych zaburzeń poznawczych w schizofrenii, ponieważ – w przeciwieństwie do nich – jest, jak wykazano, swoiście związane z urojeniami. Mechanizm powstawania JTC może być związany z pamięcią operacyjną, jednak obecnie kwestia ta pozostaje otwarta.

**Elastyczność przekonań**

Wiele osób z urojeniami wskazuje kilka alternatywnych wyjaśnień dla dowodów przytaczanych na poparcie ich przekonań. Nie dopuszczają myśli, że ich przekonania mogą być błędne i sygnalizują, że nie zmienią swoich przekonań przy hipotetycznym zadaniu przeciwnym. Uwzględniono to przy tworzeniu pojęcia elastyczności przekonań.<sup>23</sup> Pojęcie to odnosi się do „procesów metapoznawczych dotyczących myślenia o swoich własnych... przekonaniach, możliwości ich zmiany wskutek refleksji i dowodów oraz tworzenia i rozważania przekonań alternatywnych”.<sup>21</sup> Colbert i wsp.<sup>31</sup> wykazali, że chociaż nieelastyczność jest charakterystyczna dla wszystkich przekonań, do których jesteśmy mocno przywiązani, urojeń lub innych silnie zakorzenionych przekonań w populacji ogólnej, osoby z urojeniami były mniej elastyczne w porównaniu z grupą kontrolną w odniesieniu do standardowych przekonań nieurojeniowych. Sugeruje to, że osoby z urojeniami mogą charakteryzować się ogólniejszą skłonnością do nieelastyczności przekonań. Sugerowano, że elastyczność przekonań prognozuje reakcję na leki przeciwpsychotyczne i CBT. Elastyczność przekonań jest silnie związana z JTC (ramka 4). Autorzy sformułowali hipotezę, zgodnie z którą JTC zmniejsza elastyczność przekonań, podtrzymując i nasilając przekonania urojeniowe (ryc. 3).

**JTC a reakcja na leczenie**

W nowej linii badań wykazano, że JTC może zmniejszać reakcję na leki przeciwpsychotyczne w grupie wcześniej nie leczonych pacjentów z pierwszym epizodem psychozy. Osoby z ekstremalnie nasilonym zniekształceniem JTC charaktery-

**Rycina 3.** Procesy wnioskowania w przekonaniach urojeniowych

zowały się gorszą reakcją na leczenie.<sup>32</sup> W badanej grupie po podaniu leku przeciwpsychotycznego nie obserwowano zmiany tego zniekształcenia. Wydaje się również, że przeskakiwanie do wniosków nie zmienia się w reakcji na standardową terapię poznawczo-behawioralną.<sup>33,34</sup> Na podstawie dostępnych obecnie dowodów zakłada się, że JTC nie zmienia się pod wpływem leczenia, może natomiast osłabiać efekty farmakoterapii i psychoterapii.

Zachodzą zatem dostatecznie silne dowody, że JTC jest związane z urojeniami, a także kolejne dowody na jego związek z ograniczoną elastycznością przekonań. Ani leczenie farmakologiczne, ani psychologiczne przeważnie nie wpływa na JTC. Są dowody, że JTC zmniejsza skuteczność leczenia. Dlatego, zdaniem autorów, JTC jest kluczowym celem leczenia: nowe strategie ukierunkowane na zmniejszenie JTC i poprawę gromadzenia danych będą prawdopodobnie działać korzystnie, zwiększając elastyczność przekonań i dzięki temu, sprzyjając przewartościowaniu przekonań urojeniowych.

To badanie skupia się na nowej strategii przy opracowywaniu leczenia. Terapia poznawczo-behawioralna jest psychologiczną metodą mającą pomagać w ponownej ocenie myśli, emocji i doświadczeń. Uzyskane do tej pory dowody sugerują jednak, że stosowana standardowo CBT nie wpływa na JTC. Korzyści terapeutyczne można będzie osiągnąć, dzięki nowemu podejściu, bardziej bezpośredniemu i intensywnemu zastosowaniu CBT, ukierunkowanemu na te kluczowe procesy wnioskowania. Ma to również znaczenie teoretyczne. Jeżeli zmiana stylu rozumowania wpływa na przekonania urojeniowe, będzie to potwierdzać słuszność modeli poznawczych, które zakładają, że wnioskowanie pełni funkcję przyczynową w genezie urojeń.

### **W kierunku nowego podejścia terapeutycznego wobec urojeń: trening rozumowania**

Autorzy opracowali program terapeutyczny ukierunkowany na zniekształcenia JTC, który ma na celu poprawę skuteczności leczenia urojeń. Do tej pory w niewielu badaniach zajmowano się zniekształceniem JTC. Moritz i wsp.<sup>22,35</sup> opisują opracowywanie grupowego treningu metapoznawczego (metacognitive training, MTC) ukierunkowanego na wiele procesów poznawczych, w tym JTC. Trening jest realizowany w ciągu ośmiu 45-60-minutowych sesji. W dwóch niewielkich badaniach pilotażowych<sup>22,36</sup> stwierdzono, że ta interwencja była dobrze odbierana przez uczestników. Wydawało się także, że była związana ze zmniejszeniem JTC i objawów pozytywnych, chociaż nie wszystkie efekty były statystycznie istotne i niewątpliwie potrzebne są dalsze badania. W pierwszym badaniu<sup>23</sup> autorzy próbowali wykazać, za pomocą krótkiego komputerowego treningu rozumowania, że u osób z urojeniami możliwe jest poprawienie procesu gromadzenia danych (i zmniejszenie JTC). Wtórny cel było zbadanie, czy poprawa wnioskowania prowadziłyby do poprawy elastyczności myślenia na temat

urojeń. Planowano również zbadanie, czy trening metapoznawczy zmniejszał przeświadczenia urojeniowe. Ponieważ jednak przekonania urojeniowe są silne i uporczywie podtrzymywane, wydaje się mało prawdopodobne, aby krótki trening prowadził do istotnego, natychmiastowego zmniejszenia przeświadczeń urojeniowych.

### **Nowa interwencja w treningu rozumowania – dwa badania**

#### **ORYGINALNE BADANIE**

W pierwszym badaniu<sup>23</sup> autorzy opracowali skomputeryzowany program szkoleniowy, polegający na przedstawianiu angażującego materiału o obojętnej treści i mający przekazywać ogólną zasadę, aby zbyt szybko nie podejmować decyzji. Uczestnikom programu przedstawiano trzy zadania, z których każdemu poświęcano 15 minut. Miały one zobrazować typowe błędy wnioskowania i sposoby ich korekcji. Program koncentrował się na gromadzeniu danych, tworzeniu i rozważaniu pomysłów alternatywnych, a także wykorzystywaniu dowodów „za” i „przeciw”.

#### **Identyfikacja przedmiotów i interpretacja obrazków**

Dwa z tych zadań (identyfikowanie przedmiotów i interpretowanie obrazków) zaadaptowano z opracowanych wcześniej modułów programu treningu metapoznawczego, przystosowanego do wykorzystywania w grupie<sup>35</sup> i już opisanego.<sup>22</sup>

#### **Iluzje wzrokowe**

Trzecie zadanie, iluzje wzrokowe, zostało opracowane swoiście dla potrzeb tego badania. Cały trening przedstawiono w programie PowerPoint podczas 45-minutowej sesji. Nie omawiano treści szkolenia w kontekście urojeń uczestników programu, ani w jakimkolwiek aspekcie oceny klinicznej. Miało to na celu ustalenie, czy interwencja ukierunkowana jedynie na proces wnioskowania, a nie na treść urojeń, będzie wywierać hipotetyczny wpływ na gromadzenie danych i elastyczność przekonań. Każde zadanie składało się z trzech faz: prezentacja bodźca i swobodna odpowiedź, omówienie wstępnych reakcji i instrukcji dotyczących wnioskowania, kolejne ćwiczenia z dodatkowym bodźcem. Dokładniejsze opisy zadań szkoleniowych znajdują się w raporcie z tego badania.<sup>23</sup>

Do udziału w badaniu włączono 34 badanych z rozpoznaniem zaburzeń zaliczanych do kręgu schizofrenii i czynnymi urojeniami, co do słuszności których były przekonane przynajmniej w 75%. Uczestnicy zostali losowo przydzieleni do grupy, w której stosowano 45-minutowy trening wnioskowania, lub grupy, w której stosowano interwencję kontrolną (badania neuropsychologiczne). Krótka interwencja w postaci pojedynczej sesji treningowej wpływała na gromadzenie danych, co znalazło odzwierciedlenie w istotnym zwiększeniu liczby koralików, o które prosił badany w obydwu wersjach testu ko-

## Ramka 5

**Moduły treningu wnioskowania<sup>39</sup>**

1. Jaki jest obraz: gromadzenie danych
2. Iluzje: bliższe przyglądanie się, hamowanie początkowej reakcji
3. Pierwsze wrażenia: gromadzenie danych
4. Różne wyjaśnienia: tworzenie alternatyw
5. JTC na filmach: humorystyczne krótkie filmiki utrwalające procesy uczenia się

## Ramka 6

**Odczucia uczestników dotyczące treningu<sup>39</sup>**

- „Łatwo było śledzić kolejne punkty programu. Zwracano uwagę na uważne myślenie o tym, co robisz. Nauczyłem się wolniej dokonywać ocen, dokładnie analizować argumenty i nie reagować od razu, ale gromadzić dowody.”

(Uczestnik A, po szkoleniu)

- „Zauważyłem, że pochopnie wyciągam wnioski – zobaczyłem kobietę, która chodziła wokół domów. Zwykle uznałbym to za naprawdę podejrzane, ale zapytałem o nią sąsiada, który pracował w ogródku, i okazało się, że kobieta szuka swojego zaginionego kota. Wtedy poczułem się o wiele lepiej.”
- (Uczestnik B, 2 tygodnie po zakończeniu szkolenia)

ralików przeprowadzanego bezpośrednio po szkoleniu. Badanie wykazało zatem, że w krótkim czasie możliwa jest zmiana wzorca gromadzenia danych u osób z urojeniami. Stwierdzono ponad to, że wyjściowe JTC wpływało na efekty szkolenia. Osoby ze skrajnym stylem JTC w mniejszym stopniu korzystały ze szkolenia. Jak wcześniej wspomniano, stwierdzono, że wyjściowe zniekształcenie JTC wpływało na reakcję na leki przeciwpsychotyczne.<sup>32</sup> W tym badaniu wyjściowe nasilenie JTC wpływało na efekty treningu wnioskowania. Było oczywiste, że trening wpływał korzystniej na gromadzenie danych u tych osób z urojeniami, które na początku nie wykazywały zniekształcenia JTC. Doprowadziło to do wniosku, że JTC u osób z urojeniami jest silnym zniekształceniem, które nie do końca reaguje na krótką jedynie interwencję. W grupie, która korzystała z treningu, obserwowano także zwiększenie elastyczności przekonań i zmniejszenie wiary w urojenia, chociaż zmiany te charakteryzowały się niewielką istotnością.

**ROZSZERZONE BADANIE**

Wyniki tego pierwszego badania okazały się na tyle zachęcające, że uzasadniały dalszy rozwój tej metody terapeutycznej. Obecnie zakończono drugie badanie z udziałem 13 pacjentów z urojeniami, szczegółowo ocenianych przed i po szkoleniu, oraz po 2 tygodniach od jego zakończenia.<sup>37</sup> Stosowano znacznie bardziej rozwiniętą formę treningu (ramka 5). Trening był bardziej interaktywny, wykorzystywał elementy humorystyczne i multimedia, w tym krótkie filmy i specjalnie zamówione materiały wideo. Położono nacisk na procesy wnio-

skowania, ale próbując wywrzeć większy całościowy wpływ, uwzględniono treści niejednoznaczne społecznie i związane z treścią urojeń.

Ten nowszy trening składał się z pięciu modułów, trwających w sumie 3 godziny. Pierwsze dwa moduły były takie same jak w pierwszym badaniu,<sup>23</sup> z których jeden był modyfikacją modułu Moritza,<sup>35</sup> a trzy były całkiem nowe. Trening zawierał m.in. zadanie, które miało na celu wprowadzenie idei uwzględniania w myśleniu alternatywnych wyjaśnień zdarzeń i sytuacji przed wyciągnięciem wniosków. Uczestnikom prezentowano trzy scenariusze, a w każdym z nich istniała możliwość interpretacji urojeniowej. Na przykład w pierwszym scenariuszu proszono uczestników, żeby wyobrazili sobie, że siedzą w kawiarni i mają wrażenie, że ktoś wskazuje na nich i im się przygląda. Zaprezentowano krótki film obrazujący każdy scenariusz. Po obejrzeniu każdego filmu proszono uczestników, żeby pomyśleli o alternatywnych wytłumaczeniach każdej z sytuacji przedstawionych w scenariuszach. Zachęcano ich, aby pomyśleli o neutralnych, pozytywnych i negatywnych interpretacjach (np. „O czym mogłeś myśleć, jeżeli byłeś przestraszony lub zmartwiony?”). Badani mieli również możliwość zobaczenia niektórych pomysłów wcześniej przygotowanych przez badaczy (np. „Biorą cię za kogoś innego”, „Są źli o coś, co zrobiłeś.”).

W fazie szkoleniowej uczestnicy mieli możliwość wyszukiwania większej liczby dowodów, korzystając z trzech dodatkowych filmów. Na przykład w pierwszym scenariuszu ponownie pokazywano im początkowy film, zbliżenie osoby, a na koniec obraz, w którym kamera robi ujęcie całościowe tak, aby z tyłu widoczny był telewizor emitujący program sportowy. Wtedy proszono badanych o zaznaczenie, które z wyjaśnień wydaje się najbardziej prawdopodobne. Na koniec informowano ich, w jaki sposób ludzie mogą wyciągać pochopne wnioski w tej sytuacji, przedstawiając urojeniową interpretację. Sugerowano, że mogła ona ujemnie wpływać na ich uczucia i zachowanie. W przypadkach, kiedy uczestnicy proponowali bardzo urojeniowe interpretacje, badacz delikatnie to podkreślał, proponując pomyślenie, że możliwe neutralne wyjaśnienia mogłyby pomóc zobaczyć tę sytuację w inny sposób i dzięki temu odczuć mniej przestachu.

Program zawiera treści związane z przekonaniami paranoicznymi i inne, mające znaczenie dla urojeń, dlatego autorzy pytali uczestników, czy to zaakceptują. Przeważająca większość osób z urojeniami uznała ten program za możliwy do przyjęcia i pomocny (ramka 6).

Zgodnie z założeniem, szkolenie okazało się skuteczniejsze niż w pierwszym badaniu.<sup>23</sup> Po szkoleniu i po upływie 2 tygodni od jego zakończenia stwierdzono istotny i znaczny wpływ na zwiększenie elastyczności przekonań i zmniejszenie wiary w słuszność urojeń, a także niewielki, nieistotny wpływ na zbieranie danych.<sup>37</sup> Ponad połowa (62%) uczestników odniosła korzyści ze szkolenia. Było ono bardzo dobrze odebrane przez uczestników, którzy wysoko oceniali zainteresowanie szkole-

niem, czerpaną z niego przyjemność i jego przydatność. Było to wstępne, niekontrolowane badanie na niewielką skalę. Następnym etapem będzie ocena efektów szkolenia w większym, kontrolowanym badaniu, które obecnie jest w toku.

### Implikacje dla praktyki klinicznej

Opisane tutaj badanie ma również pewne implikacje dla praktyki klinicznej (ramka 7). Autorzy mają świadomość znaczenia JTC w myśleniu osób z urojeniami i mogą otwarcie opisywać style rozumowania i przedstawiać JTC jako normę – „każdy czasami przeskakuje do wniosków” Autorzy omawiają sposób, w jaki może to prowadzić do błędów w ocenie, podając przykłady z codziennego życia lub mediów (wiele dowcipów i reklam telewizyjnych opiera się na JTC). Próbuje także modelować otwarty, elastyczny styl myślenia, wyrażania wątpliwości i rozważania alternatywnych punktów widzenia. Wspólnie oceniają procesy wnioskowania pacjentów w określonych sytuacjach, począwszy od sytuacji codziennych, tylko stopniowo rozważając okoliczności, w których urojenia były nasilone. Pamiętając o wynikach sugerujących zależność lęku i pamięci operacyjnej, omawiają potencjalne znaczenie lęku lub trudności w utrzymywaniu w pamięci wszystkich dostępnych informacji dla podejmowania dobrych decyzji. Planują również zadania domowe, w tym zadania wpływające na poprawę zdolności podejmowania decyzji, dotyczące swoistej oceny doświadczeń przez gromadzenie danych i rozważanie alternatyw. Autorzy uważają, że w ramach należytej opieki należy uwzględnić bardzo bezpośrednią pracę opartą na terapii poznawczej, ukierunkowanej na przekonania urojeniowe. Praca powinna odbywać się po nawiązaniu przymierza terapeutycznego i stanowić element terapii. Natomiast ogólniejsza dyskusja na temat poprawy wnioskowania w codziennych sytuacjach powinna być pomocna w szerszym zakresie. Można ją prowadzić przy okazji różnych konsultacji terapeutycznych.

### Podsumowanie

W artykule przedstawiono wyniki dotyczące błędów wnioskowania w urojeniach, na podstawie których opracowano nowe podejście terapeutyczne. Na podstawie omówionego modelu poznawczego zidentyfikowano kluczowy, oparty na podstawach teoretycznych i potwierdzony empirycznie proces, zniekształcenie JTC. Opracowano swoistą interwencję terapeutyczną ukierunkowaną na pracę z tym zniekształceniem, która była oceniana w badaniach pilotażowych. Wyniki tych badań są w pełni zgodne z hipotezą, według której błędy wnioskowania typu JTC uczestniczą w powstawaniu urojeń poprzez wpływ na ocenę. Zaproponowano model poznawczy tłumaczący ten mechanizm. Autorzy uważają, że opracowana interwencja może poprawić wyniki leczenia osób z urojeniami. Jeżeli pozytywne rezultaty potwierdzą się, planują włączyć ją i zbadać jako element zindywidualizowanej poznawczo-behawioralnej terapii

#### Ramka 7

##### Implikacje kliniczne

1. Miej świadomość znaczenia JTC w genezie urojeń
2. Modeluj otwarty, elastyczny styl wnioskowania podczas konsultowania pacjentów
3. Zbadaj, w jaki sposób JTC prowadzą do błędów oceny w codziennym życiu i normalizuj JTC
4. Omów, w jaki sposób można poprawić codzienne procesy podejmowania decyzji

urojeń, stosowanej w połączeniu z próbą farmakoterapii lekiem przeciwpsychotycznym.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2011), vol. 17, 332-339. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

### Piśmiennictwo

1. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, et al (1986) Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine* 16:909-28.
2. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al (2005) Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) investigators. Effectiveness of anti-psychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 353:1209-23.
3. Jones PB, Barnes TR, Davies L, et al (2006) Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS1). *Archives of General Psychiatry* 63:1079-87.
4. Craig T, Garety P, Power P, et al (2004) The Lambeth Early Onset (LEO) Team. Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 329:1067-71.
5. Mizrahi R, Kiang M, Mamo D, et al (2006) The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research* 88:111-8.
6. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al (2002) Psychological treatments in schizophrenia. I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine* 32:763-82.
7. Zimmermann G, Favrod J, Trieu V, et al (2005) The effects of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders. A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 77:1-9.
8. Wykes T, Steel C, Everitt B, et al (2008) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin* 34:523-37.
9. Fowler D (2000) Cognitive behaviour therapy for psychosis: from understanding to treatment. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4:199-215.
10. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, et al (2001) Theoretical paper. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine* 31:189-95.
11. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, et al (2002) A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology* 41:331-347.
12. Kapur S (2003) Psychosis as a state of aberrant salience. A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 160:13-23.
13. Van der Gaag M (2006) A neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin* 32:s113-22.
14. Garety PA, Bebbington P, Fowler D, et al (2007) Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine* 37:1377-91.
15. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, et al (2000) Strauss (1969) revisited. A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research* 45:11-20.
16. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, et al (2001) Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. An urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry* 58:663-8.

17. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
18. Garety PA, Freeman D (1999) Cognitive approaches to delusions. A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology* 38:113–54.
19. Fine C, Gardner M, Craigie J, et al (2007) Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry* 12:46–77.
20. Freeman D (2007) Suspicious minds. The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review* 4:425–57.
21. Garety PA, Freeman D, Jolley S, et al (2005) Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology* 114:373–84.
22. Moritz S, Woodward TS (2007a) Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry* 20:619–25.
23. Ross K, Freeman D, Dunn G, et al (2009) A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. *Schizophrenia Bulletin* 37:324–33.
24. Lincoln TM, Lange J, Bura J, et al (2009) The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophrenia Bulletin* 36:1140–8.
25. Ellett L, Freeman D, Garety PA (2008) The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions. The Camberwell Walk Study. *Schizophrenia Research* 99:77–84.
26. So SH, Freeman D, Garety P (2008) Impact of state anxiety on the jumping to conclusions delusion bias. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42:879–86.
27. Broome MR, Johns LC, Valli I, et al (2007) Delusion formation and reasoning biases in those at clinical risk for psychosis. *British Journal of Psychiatry* 191 (suppl 51): s38–42.
28. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, et al (2009) The cognitive and affective structure of paranoid delusions. A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry* 66:236–47.
29. Woodward TS, Mizrahi R, Menon M, et al (2008) Correspondences between theory of mind, jumping to conclusions, neuropsychological measures and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research* 170:119–23.
30. van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, et al (2008) Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophrenia Research* 103:257–65.
31. Colbert SM, Peters ER, Garety PA (2010) Delusions and belief flexibility in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 83:45–57.
32. Menon M, Mizrahi R, Kapur S (2008) 'Jumping to conclusions' and delusions in psychosis. Relationship and response to treatment. *Schizophrenia Research* 98:225–31.
33. Brakioulas V, Langdon R, Sloss G, et al (2008) Delusions and reasoning. A study involving cognitive behavioural therapy. *Cognitive Neuropsychiatry* 13:148–65.
34. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, et al (2008) Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 192:412–23.
35. Moritz S, Burlon M, Woodward TS (2007b) Metacognitive Skill Training for Patients with Schizophrenia (MCT). VanHam Campus Press.
36. Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, et al (2010) Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT). Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 41:207–11.
37. Waller H, Freeman D, Jolley S, et al (2011) Targeting reasoning biases in delusions: a pilot study of the Maudsley Review Training Programme for individuals with persistent, high conviction delusions. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 42:414–21.
38. Chadwick PK (2008) Delusional thinking from the inside. Paranoia and person growth. In *Persecutory Delusions* (eds D Freeman, R Bentall, P Garety): 3–19. Oxford University Press.
39. Waller H (2009) Development and evaluation of a computerised training programme to reduce jumping to conclusions in patients with delusions (DClinPsy Thesis). University of London.

## KOMENTARZ



**Dr n. med. Łukasz Gawęda**

II Klinika Psychiatryczna  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Poznawcze modele psychopatologii wyjaśniają zaburzenia psychiczne, odwołując się do związków przyczynowo-skutkowych, jakie łączą procesy poznawcze, emocje i zachowanie. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy sformułowali poznawczy model pozytywnych objawów psychotycznych (obecnie nadal jeden z podstawowych poznawczych modeli urojeń i halucynacji). Istotnym elementem ich modelu jest przeskok do wniosków, który jak uważają autorzy, związany jest ściśle z urojeniami. Model poparty wynikami badań podstawowych posłużył do skonstruowania efektywnej metody pracy z pacjentami doświadczającymi urojeń.

Autorzy klarownie prezentują możliwość transferu wiedzy z badań podstawowych do praktyki klinicznej. Rozumiejąc urojenia jako konsekwencję nadmiernego przeskakowania do wniosków, autorzy postanowili stworzyć interwencje terapeutyczne, które: 1) zwrócą pacjentom uwagę na następstwa tego zniekształcenia poznawczego; 2) umożliwią zdobycie wiedzy i umiejętności pozwalających mu przeciwdziałać. W świetle pierwszego badania zaprezentowanego przez autorów i zgodnie z postawioną przez nich hipotezą możliwe jest osłabianie tendencji do przeskakowania do wniosków już w krótkich interwencjach (45 min). Podobnie w drugim, dłuższym badaniu pokazano, że trening wnioskowania może korzystnie wpływać na zmniejszenie pewności poznawczej, co do sądów urojeniowych oraz poprawiać elastyczność poznawczą. Warto dodać, że podobne rezultaty stwierdzono w interwencjach wykorzystujących całościowy program treningu metapoznawczego (meta-cognitive training), którego zadaniem jest praca nad zniekształceniami poznawczymi, w tym przeskakowaniem do wniosków.<sup>1,2</sup>



Dokładna analiza drugiego badania prezentowanego przez autorów skłania jednak do głębszej refleksji nad związkami przeskoku do wniosków z urojeniami. W omawianym badaniu interwencje terapeutyczne nie dotyczyły jedynie przeskakiwania do wniosków, ale również stylów atrybucji i budowania alternatywnych wyjaśnień. Co więcej, na podstawie wyników można stwierdzić, że interwencje zaproponowane przez autorów korzystnie wpływają na elastyczność myślenia i rzeczywiście zmniejszają pewność co do urojeń, ale jednocześnie interwencje te nie wpływają na gromadzenie danych, co jest bezpośrednim wskaźnikiem przeskakiwania do wniosków. W badaniach obserwacyjnych (12 miesięcy) stwierdzono, że zmianie pewności co do urojeń nie towarzyszy zmiana w zniekształceniach poznawczych, które pozostają stabilne.<sup>3</sup> Wydaje się jednak, że w krótszej perspektywie czasowej (12 tygodni) zmiany w pewności co do urojeń mogą być skorelowane ze zmianami w przeskakiwaniu do wniosków.<sup>4</sup> Brak innych badań obserwacyjnych każe ostrożnie podchodzić do przyczynowo-skutkowych związków między przeskakiwaniem do wniosków a urojeniami. Co więcej, niezbędne jest również uwzględnienie innych zniekształceń poznawczych. Przeskakiwanie do wniosków wydaje się bowiem niewystarczającym warunkiem wystąpienia oraz podtrzymywania urojeń, ponieważ zmiana nasilenia urojeń nie zawsze towarzyszy zmiana tego zniekształcenia poznawczego.

Kolejną kwestią jest pytanie o swoisty związek przeskoku do wniosków z urojeniami. W żadnym z badań nie wykorzystano grupy kontrolnej składającej się z osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi (np. zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju). Pewne dane wskazują, że przeskakiwanie do wniosków może występować również u osób z osobowością borderline (bez historii urojeń).<sup>5</sup> Ponadto obserwacje kliniczne mogą sugerować, że przeskakiwanie do wniosków może być bardzo częste np. u osób z napadami paniki, u których jednak nie rozwijają się objawy psychotyczne (choć może należałoby niektóre stany paniki traktować jako „krótkotrwałe urojenia”, wtedy gdy pacjent żywi fałszywe przekonanie, że umiera lub traci zmysły, a przekonaniu temu towarzyszy sąd realizujący – np. wezwanie pogotowia; przekonania te ściśle związane są z nasileniem lęku; tutaj jednak chorzy wykazują się znacznie większą elastycznością myślenia, stąd duża skuteczność krótkoterminowych interwencji CBT). Ciekawe wydaje się zatem pytanie, czy przeskakiwanie do wniosków występuje w innych zaburzeniach psychicznych oraz czy zaproponowany przez autorów protokół terapeutyczny mógłby znaleźć w nich zastosowanie. W moim przekonaniu możliwe jest wykorzystanie podobnych protokołów bazujących na pracy z przeskakiwaniem do wniosków w innych zaburzeniach psychicznych.

Autorzy nie mają wątpliwości, że przeskok do wniosków jest ważnym elementem urojeń oraz że powinien być celem efektywnej terapii. Czy jest to jednak niezbędny element pracy z urojeniami? Uzyskane wyniki innych badań autorów<sup>6</sup> pokazujące zmianę elastyczności myślenia i pewności co do urojeń przy jednoczesnym braku zmiany w zakresie przeskoku do wniosków każą zastanowić się nad celem interwencji. Wydaje się bowiem, że to zdolność elastycznego myślenia, rozważanie za i przeciw, budowanie alternatyw ma większy wpływ na urojenia niż przeskakiwanie do wniosków. Przeskok do wniosków nie musi być zatem jedyną drogą efektywnej terapii urojeń.

Jednocześnie, choć autorzy podają, że klasyczne formy CBT i farmakoterapii nie wpływają na przeskakiwanie do wniosków, wielokrotnie we wcześniejszych badaniach udowodniono skuteczność klasycznej terapii CBT w pracy z osobami doświadczającymi urojeń za pomocą interwencji, które bezpośrednio nie dotyczyły przeskoku do wniosków. Ponadto wniosek, że zarówno farmako-, jak i psychoterapia CBT nie wpływa na przeskakiwanie do wniosków, może być przedwczesny ze względu na niewiele badań w tym zakresie. Do tej pory nie przeprowadzono badania oceniającego wpływ różnego rodzaju leków przeciwpsychotycznych na zmianę w zakresie tego objawu. Sformułowano jednak hipotezy, które mogłyby uzasadniać związek farmakoterapii z przeskakiwaniem do wniosków. Chorzy na schizofrenię, szczególnie ci doświadczający urojeń, nadają nadmierne znaczenie często neutralnym bodźcom.<sup>7</sup> Stwierdzono,<sup>8</sup> że zbyt duża waga przywiązywana przez pacjentów do bodźców zgodnych z ich założeniem często prowadzi, przez nadmierne nadawanie znaczeń (hypersalience), do silnego przeświadczenia, że dany bodziec należy do odpowiedniej kategorii (założona teza) i w konsekwencji uprawdopodobnia szybkie podjęcie decyzji (teza jest prawdziwa). Na ogół pacjenci potrafią podać wiele dowodów potwierdzających słuszność ich urojeń, przy jednoczesnym negowaniu dowodów sprzecznych z ich przekonaniem. Dlatego też budowanie alternatyw, rozważanie za i przeciw, a więc praca ze stylami atrybucji, mogą pomóc w pracy z urojeniami. Interwencje farmakologiczne mogą zmniejszać pobudzenie poznawcze, co w konsekwencji może przeciwdziałać przeskokowi do wniosków i ułatwiać ocenę kontrargumentów. Daje to dobre podłoże do łączenia interwencji farmako- i psychoterapeutycznych w psychozach.

Podsumowując, komentowany artykuł przedstawia interesującą formę pracy terapeutycznej opartej na badaniach podstawowych. Podobne metody uwzględniające szersze spektrum zniekształceń poznawczych stworzyli również inni autorzy i są one dostępne również w języku polskim.<sup>2</sup> Skuteczność tych interwencji wydaje się obiecująca,<sup>9</sup> choć potrzeba dalszych badań, aby udokumentować również me-

chanizmy, dzięki którym doprowadzają do zmiany. Jestem przekonany, że oparte na swoistych modelach teoretycznych interwencje terapeutyczne pozwolą dostarczyć takich danych. W protokołach interwencji opartych na konkretnych zniekształceniach poznawczych warto również uwzględnić fazę leczenia. Do tej pory nie ma danych, które uzasadniałyby wybór interwencji nakierowanych na zmianę wybranych zniekształceń poznawczych dopasowanych do fazy leczenia. Od jakiego zniekształcenia należy zacząć terapię? Jak łączyć pracę z różnymi zniekształceniami poznawczymi? Jak efektywnie łączyć farmako- i psychoterapię psychoz? Mogą być to ważne pytania, które pomogą w opracowaniu bardziej efektywnych form terapii. Szczególnie że istnieją dane świadczące o zróżnicowanej odpowiedzi różnych objawów i, co więcej, ich komponentów na leczenie.<sup>10</sup> Jedną z istotnych wskazówek dla praktyki klinicznej płynących z badań autorów jest obserwacja, że nasilone przeskakiwanie do wniosków powoduje, że krótkie interwencje pozostają nieskuteczne. Skuteczne interwencje powinny zatem uwzględnić nasilenie zniekształceń poznawczych i zdolności poznawcze (np. elastyczność myślenia). Z doświadczenia wiem jednak, że możliwe jest łatwe dostosowanie opisywanych treningów do potrzeb pacjentów i nasilenia ich zniekształceń, co pozwala na efektywną pracę.

#### Piśmiennictwo:

1. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry* 2007,20:1-7.
2. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska* 2009,6:671-682.
3. So SH, Freeman D, Dunn G, et al. Jumping to conclusions, a lack of belief flexibility and delusional conviction in psychosis: a longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *Journal of Abnormal Psychology* 2012,121:129-139.
4. Woodward TS, Munz M, LeClerc C, Lecomte T. Change in delusions is associated with change in „jumping to conclusions”. *Psychiatry Research* 2009, 170:124-127.
5. Moritz S, Schilling L, Wingenfeld K, et al. Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2011,42:349-354.
6. Waller H, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Garety P. Targeting reasoning biases in delusions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2011, 42:414-421.
7. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2003,160:13-23.
8. Speechley WJ, Whitman JC, Woodward TS. The contribution of hypersalience to „jumping to conclusions” bias associated with delusions in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2010,35:7-17.
9. Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Woodward TS. Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine* 2011,41:1823-1832.
10. Schneider SD, Jelinek L, Lincoln TM, Moritz S. What happened to the voices? A fine-grained analysis of how hallucinations and delusions change under psychiatric treatment. *Psychiatry Research* 2011,188:13-17.