

УДК 616.895.35

В. З. Задорожний, И. Г. Дробот, О. Э. Холопченко, О. И. Антофійчук
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ
БРЕДОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Многофакторная модель формирования бредовых расстройств при органическом поражении головного мозга не противоречит концепции бреда (по D. Freeman, 2006), по которой «это наиболее убедительное объяснение, которое сумел создать пациент на основе предшествующего опыта детской и взрослой жизни, знаний, эмоционального состояния, воспоминаний, личностных и мыслительных процессов». В этом понимании бреда можно рассматривать показания использования при нем когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которая учитывает следующие факторы (Рыбальский М. И., 1993): преморбид; элементы идеаторной базы образования бреда; факторы, провоцирующие образование бреда, форма и содержание бреда.

Проведена КПТ с 20 пациентами, страдающими хроническим органическим бредовым расстройством (55–65 лет). Для оценки психопатологических расстройств использовались шкала оценки позитивных и негативных симптомов – Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), шкала тревоги Гамильтона и опросник депрессии (шкала Бека). Длительность сеанса КПТ не превышала 40–45 минут, а на начальных этапах – до 30 минут. Количество сеансов в среднем достигало 10–12. Степень понимания пациентов при КПТ отличалась торпидностью, приводящей к необходимости делать паузы на этапах лечения. Пациентам давались простые домашние задания, одновременно с работой по созданию доверительных отношений с врачом. В КПТ обязательным блоком являлось психообразование, задачей которого было восполнение имеющегося у больных информационного дефицита о болезни, вовлечение больных в процесс активного изменения собственного поведения, научение распознать признаки рецидива болезни, обучение навыкам преодоления некоторых симптомов болезни с целью формирования адекватной внутренней картины расстройств.

Проводился тренинг когнитивных и социальных навыков. Параллельно рассматривались факты и события в прошлом и настоящем, которые могли по содержанию быть связаны с бредовым расстройством. Изучались последовательность этих событий, ощущений и рассуждений, приводящих к формированию подозрительности и недоверия, возможные «источники» бредовой интерпретации. Окончательным аспектом КПТ было достижение с больными «союзного соглашения» по специфическим приоритетным целям лечения болезни, формировании длительной ремиссии и социальной адаптации, что позволяет распознавать и корректировать непроизвольные мысли у пациента.

При проведении КПТ не исключалось проведение медикаментозного лечения в соответствии с протоколами по психиатрии. После сеансов КПТ проводилась оценка социального функционирования и степени адаптации в семье, на работе (включая профессиональные навыки и уровень работоспособности).

По результатам исследования отмечено значительное уменьшение параноидной симптоматики, подтвержденное по шкале PANSS ($t(5) = 3,1$ $p < 0,033$), снижение тревоги по шкале Гамильтона ($t(5) = 3,4$ $p < 0,015$) и снижение проявлений депрессии по шкале Бека ($t(5) = 3,01$ $p < 0,028$). Катамнестические данные от 6 до 12 мес. указывают на формирование стабильной ремиссии с увеличением сроков пребывания дома и снижение категорий инвалидности по уровням социального функционирования. Так как количество исследованных больных невелико, сейчас твердо говорить о глубокой целесообразности проведения КПТ при органических бредовых расстройствах преждевременно. Однако использование КПТ при этих бредовых состояниях заслуживает определенного внимания и дальнейшего изучения как вспомогательного средства в лечении этой группы больных.