

Устойчивый бред преследования: характеристики, методы и содержание тергетного лечения

Мы считаем, что лечение бреда преследования может быть более эффективным. Существующие сегодня психологические и фармакологические стандарты лечения такими не являются^{1,2}. Имеет место немалое количество серьезных проблем, связанных с паранойей, однако, ее лечение оказывается хуже, чем, например, лечение тревожных расстройств. Изоляция, чувства безысходности и утраченных возможностей, которые испытывают пациенты с параноидным бредом, диктуют необходимость кардинального изменения результатов лечения.

Это клиническое направление начинает получать больше внимания. Появились новые подходы в понимании и лечении³⁻⁵. Ключевыми пунктами нашей стратегии для улучшения методов лечения бреда преследования являются три взаимосвязанных элемента: постоянное внимание на «нестыковках» бредовой теории; разработка четкой теоретической модели причинно-следственных операций, необходимых для вмешательства; а также методы и содержание лечебных процедур, вытекающие из нашего понимания контекста данного бреда. Целью было получение более высоких результатов в лечении пациентов с бредом преследования.

Наша стратегия в построении нового лечения заключается в целенаправленном воздействии каждой лечебной процедуры на отдельные, выделенные в нашей теоретической модели ключевые этиологические факторы, далее в демонстрации того, что каждая процедура

является действенной в устранении бреда, и затем, в рассмотрении каждого индивидуального компонента для объединения их в целостную картину и создания программы под названием Feeling Safe (Чувство Защищенности) – которая может быть адаптирована для каждого пациента.

Бред преследования представляют собой состояние убежденности пациента в угрозе собственной безопасности, которое развивается с участием генетических и внешних факторов, поддерживается через некоторые психологические состояния, включая чрезмерную тревожность, неуверенность в себе, неустойчивость к тревожному аффекту (и другим внутренним несвойственным переживаниям), построение ложных умозаключений, и применение защитных стратегий⁶. Таким образом, основные клинические мероприятия направлены на следующие аспекты: во-первых, последовательное ограничение действия выше описанных факторов, далее – помощь пациентам в преодолении пугающих их ситуаций для того, чтобы те научились чувствовать себя в безопасности. Обучение чувству безопасности нейтрализует паранойю. Основным принципом научения является то, что путем преодоления своих страхов уменьшить степень тревожности можно эффективнее, чем при борьбе с внешней угрозой.

Характер, методы и содержание программы Feeling Safe, состоящей из 20 сеансов, основаны на теоретическом понимании, отзывах пациентов и нашем клини-

ческом опыте⁷. Основные стартовые задачи лечения (которые были согласованы с пациентами) просты: чувствовать себя более защищенно, счастливо и вернуться к тому, чем всегда хотелось заниматься. Эти положительно сформулированные задачи лечения очень популярны среди пациентов. Они помогают улучшить сотрудничество и запускают механизм изменений, способствуя развитию чувства защищенности с самого начала. Сформулированные цели определяют последующие мероприятия. Мы уверенно заявляем, что на прошлое пациента не тратится много времени, если только решение о возвращении не принимает он сам.

Во-вторых, по нашему мнению, существует множество причинно-следственных связей, основываясь на которых разрабатываются последующие модели лечения, с учетом индивидуализации и интересов пациента. Краткая оценка сочетает в себе результаты клинических бесед и опросов, а также позволяет распознать среди пациентов причины, вызывающие у них появление проблем, и представить разработанную в связи с этим схему лечения. Далее пациенты сами выбирают варианты и последовательность лечебных мероприятий. Это дает возможность пациентам контролировать процесс лечения с самого начала.

В-третьих, выделение факторов влияния и рассмотрение каждого из них по отдельности, способствует разработке метода лечения, позволяющего справиться с затруднениями (чаще всего это связано с ощущениями безнадежности). Мы осознаем наличие сложностей с пациентами, и справиться с этим возможно путем рассмотрения одной конкретной проблемы, далее перехода к следующей, начиная с тех, что лучше поддаются решению. Это помогает уменьшить влияние поддерживающих факторов, а также повысить способность и уверенность пациентов при научении чувству безопасности в естественных условиях.

В-четвертых, на протяжении всей программы мы контролируем этиологический механизм, на который нацелен данный модуль, а также выполнение трех базовых задач лечения. Это дает возможность проследить и показать изменения у пациентов. При постоянном и частом наблюдении используются количественные показатели, и это является важным для быстрого распознавания случаев, нуждающихся в наибольшем обсуждении.

В-пятых, лечебные процедуры, вытекающие из этого систематического пошагового подхода, схожи с интервальной тренировкой: имеются «вспышки» активности и интенсивности, за которыми следуют периоды рефлексии и интеграции. Конечно же, в рамках данного подхода основная роль при лечении отводится нуждам и интересам пациента. Для внедрения данных стратегий в повседневную жизнь пациенту необходимо время. Между недельными сеансами предполагается наличие дополнительных контактов с доктором (например, телефонные звонки). Это работа с высокой интенсивностью.

В итоге, ясность модели, а также прочная доказательная база для каждого из пунктов программы делает процесс лечения оптимистичным, вселяя в пациентов надежду во время их «борьбы» (например, многие пациенты изначально не верят в выздоровление). Открытость, позволяющая получить точные ответы на все вопросы, подкрепленная экспертным мнением (которое является безошибочным), в совокупности с мониторингом прогресса и методикой сотрудни-

чества и помогает вселить этот оптимизм в пациентов. Все написанные документы доступны и лечащему врачу и пациенту. Не существует дословных руководств для доктора. Терапевтические буклеты содержат основные инструкции и ключевые моменты лечебных процедур, но не являются полностью регламентированными. Креативность как доктора, так и пациента поощряется, способствуя включению в процесс лечения индивидуальных аспектов и эффективных стратегий, ведущих к переменам.

В настоящее время мы тестируем программу в рандомизированных контролируемых исследованиях⁸. Здесь следует оговориться, что данный подход не является эффективным для всех пациентов: наша цель на данном этапе восстановление хотя бы половины пациентов с бредом. Если это удастся, тогда будет решаться проблема с общей доступностью. Наша программа носит крайне персонализированный характер и направлена на расширение диапазона действия, однако, технологичность в данном процессе также может оказаться важной. Например, мы обнаружили, что при помощи погружения в виртуальную реальность можно также научить чувству безопасности. Мобильные приложения и интернет-программы также предлагают альтернативные взаимодействия⁹.

Новые методы лечения паранойи должны подвергнуться эмпирической проверке путем серьезных научных исследований. Различные методики лечения не следует рассматривать как отдельный класс, которому присущи свои собственные цели, способы проведения процедур и последующие результаты. Мы надеемся на то, что при оценке и разработке новых лечебных методик будет учитываться концепция специфичности, характерная для нашего подхода. В таком случае, путь к улучшению пациентов с хроническим бредом не будет казаться таким неопределенным.

Daniel Freeman, Felicity Waite

Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, UK

Перевод: Пикиреня Л.Ю. (Минск), Пикиреня В. (Минск)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2017;16(2):208-9)

Библиография

1. Leucht S, Cipriani A, Spineli L et al. Lancet 2013;382:951-62.
2. Van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. Schizophr Res 2014;156:30-7.
3. Moritz S, Pfuhl G, Lütke T et al. J Behav Ther Exp Psychiatry (in press).
4. Lincoln TM, Hartmann M, Köther U et al. Psychiatry Res 2015;228:216-22.
5. Wickham S, Taylor P, Shevlin M et al. PLoS One 2014;9:e105140.
6. Freeman D. Lancet Psychiatry 2016;3:685-92.
7. Freeman D, Bradley J, Waite F et al. Behav Cogn Psychother 2016;44:539-52.
8. Freeman D, Waite F, Emsley R et al. Trials 2016;17:134.
9. Freeman D, Bradley J, Antley A et al. Br J Psychiatry 2016;209:62-7.
10. Hardy A, Garety P, Freeman D et al. Front Public Health 2016;4.

DOI: 10.1002/wps.20425