Когнитивно-поведенческая терапия депрессий

Когнитивная психотерапия – один из ведущих современных методов в лечении широкого спектра психических расстройств

Научная обоснованность – большое количество эмпирических исследований, обосновывающих теоретические модели, лежащие в основе когнитивной психотерапии и эффективность ее применения

Высокая эффективность – доказана многочисленными исследованиями, проведенными в соответствии с правилами доказательной медицины

Экономичность – широко используется краткосрочный формат психотерапии в лечении целого ряда расстройств

Технологичность – разработаны схемы лечения для многих расстройств, в которых подробно описаны основные мишени и конкретные техники

Когнитивная модель депрессивных расстройств.

Бек обнаружил две основные содержательные характеристики изучаемой продукции:

а) фиксацию на теме реальной или мнимой утраты (на смерти близких, разрыве отношений, крушении надежд, неуспехе в достижении значимых целей);

б) так называемое «негативное отклонение» или «негативную триаду» — негативный взгляд на себя, на будущее и на мир.

Другая содержательная характеристика базисных установок и убеждений депрессивных больных состоит в их жестком, императивном характере с более частым, чем в норме, употреблением таких речевых форм, как «следует» и «должен» (Ellis, 1993).

В их развитии и упрочении участвуют следующие онтогенетические факторы:

1. Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп.
2. Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности, или родителя, чья система конструктов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, дитя может приобщиться к некоторым неадаптивным схемам на основе моделирования и социальной идентификации.
3. Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами могут препятствовать эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.
4. Физический дефект (например, детское ожирение) способствует формированию образа «я» как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать проверке и изменению межличностно ориентированных детских схем.

Согласно когнитивной модели, остальные (эмоциональные, мотивационные и поведенческие) компоненты депрессивного синдрома — тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинения и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение — являются продуктом когнитивных процессов с вышеописанным содержанием.

Основные гипотезы-положения когнитивной модели депрессий

1.Депрессия характеризуется негативным мышлением – негативными мыслями о себе, о мире и о будущем.

2. Депрессия характеризуется снижением позитивного мышления.

3. Негативные когниции оказывают влияние на эмоции, поведение, и соматическое состояние.

4. Негативное мышление характерно для всех без исключения типов депрессии.

5. Выраженность негативных когниций прямо пропорциональна тяжести депрессии и риску ее хронификации.

6. Депрессия характеризуется когнитивными искажениями при переработке и селекции информации, касающейся текущего жизненного контекста.

7. Депрессия характеризуется активацией негативной когнитивной схемы.

Диатез-стрессовая гипотеза А.Бека – понятие «когнитивной уязвимости» или «когнитивного диатеза».

«Индивид, интроецировавший .... констелляцию негативных установок....всегда имеет предиспозицию к развитию клинической депрессии в подростковом или зрелом возрасте. Возникнет ли у него когда-либо депрессивное состояние, зависит от наличия в тот или иной момент его жизни вполне определенных обстоятельств, способных активировать упомянутую депрессивную констелляцию.»

(Beck, 1967/1972, p. 278).

Основные допущения когнитивной гипотезы, сформулированные в процессе ее разработки.

1.Негативная когнитивная схема (система негативных представлений о себе, о мире, о будущем) находится в латентном состоянии.

2. Основным «активатором» негативной когнитивной схемы является стресс.

3. «Проснувшаяся» или активированная когнитивная схема запускает негативные когниции и соответствующие им негативные искажения.

4. Для «запуска» когнитивный схемы необходим специфический, соответствующий ее центральному содержанию стрессор. При этом важно не событие само по себе, а его трактовка индивидом.

5. Характер стрессора связан с негативным детским опытом, под влиянием которого сложилась когнитивная схема.

6. Помимо когнитивной уязвимости и специфических стрессоров существуют другие факторы, способные провоцировать депрессивные состояния: другие виды стресса, дефицит поведенческих навыков и навыков решения проблем, нарушения нейрохимической регуляции.

Основные теоретические положения КТ

В процессе когнитивной терапии специалисты работают на двух уровнях когнитивного процесса:

а) с так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент;

б) убеждениями, установками и правилами, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

В соответствии с двумя уровнями когнитивной модели схема терапевтического процесса также предполагает два этапа работы.

- **первый,** симптоматически ориентированный этап, предполагает работу с автоматическими мыслями и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями;

- **второй** нацелен на проработку глубинных источников расстройств — установок и убеждений.

- Первый этап начинается с представления модели терапии пациенту.
- **Рабочий аль**янс терапевта и пациента в КТ имеет свою специфику, которую Бек определял как **«эмпирическое сотрудничество»**.
- Предполагается, что пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, над проверкой их валидности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются.
- От пациента ожидается, что он обучится умению фокусировать автоматические мысли, соотносимые с разным эмоциональным опытом, распознавать дисфункциональные базисные посылки и конфронтировать с ними.
- КТ предполагает искренность, теплоту и аутентичность поведения терапевта, а также высокую степень его активности и директивности.

Каждый сеанс в КТ разворачивается по плану:

- выяснение чувств и мыслей пациента после прошлого занятия,
- обзор домашних заданий,
- совместная выработка темы настоящего сеанса,
- предписание домашних заданий,
- краткое резюме проделанной сегодня работы.

Однако когнитивный терапевт не всегда следует данному образцу и, принимая во внимание происходящее на сеансе, готов отойти от плана и работать по принципу «здесь и теперь».

Основная задача, реализующаяся в ходе первого этапа КТ, — это обучение пациента навыкам осознания автоматических мыслей, их систематической регистрации, оценки и конфронтации с ними.

В работе с автоматическими мыслями можно выделить три основных шага:

- 1) выявление;
- 2) оценка;
- 3) изменение автоматических мыслей на более адаптивные.

Неправильная обработка информации.

Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления (см. Beck, 1967).

1. ***Произвольные умозаключения*:** пациент делает выводы и умозаключения при отсутствии фактов, поддерживающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.
2. ***Избирательное абстрагирование***: пациент строит свои заключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.
3. ***Генерализация*:** пациент выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем оценивает все остальные ситуации, релевантные и нерелевантные, исходя из заранее сформированных выводов.
4. ***Переоценивание и недооценивание***: ошибки, допускаемые при оценке значимости или важности события, столь велики, что приводят к извращению фактов.
5. ***Персонализация***: пациент склонен соотносить внешние события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для такого соотнесения.
6. ***Абсолютизм, дихотомизм мышления*:** пациент склонен мыслить крайностями, делить события, людей, поступки и т. д. на две противоположные категории, например «совершенный—ущербный», «хороший—плохой», «святой—греховный». Говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.

«Примитивное» мышление	«Зрелое» мышление
1. *Одномерное и глобальное.* Я ужасно робкий	*Многомерное.* Я довольно робкий, но зато я щедрый и неглупый
2. *Абсолютистское и моралистичное.* Я презренный трус	*Релятивистское и безоценочное.* Я чаще испытываю страх, чем большинство моих знакомых
3. *Инвариантность.* Я всегда был и всегда буду трусом	*Вариативность.* Мои страхи зависят от ситуации
4. *«Характерологический диагноз».* У меня какой-то дефект характера	*«Поведенческий диагноз».* Я слишком часто бегу от неприятных ситуаций и слишком часто испытываю страх
5. *Необратимость.* Я слишком слаб, чтобы преодолеть свои страхи	*Обратимость.* Я могу научиться преодолевать страх и смело встречать любые ситуации

ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ И ТЕХНИКИ, РЕЛЕВАНТНЫЕ ПЕРВОМУ ЭТАПУ.

Ключевой вопрос: Что промелькнуло в Вашей голове в этот момент?

Дополнительные вопросы:

- Как Вам кажется, о чем Вы думали?
- Возможно ли, что Вы думали то-то и то-то или вот это (в соответствии с догадкой терапевта)?
- Возможно ли, что Вы думали то-то и то-то (вопреки догадке терапевта)?
- Что эта ситуация означает для Вас?

Техники «заполнение пробела»:

- уровень воображения – когнитивная репетиция;
- in vitro (разыгрывание, гештальт с пустым стулом, дублирование);
- in vivo (самонаблюдение in vivo с фокусировкой на мыслях и регистрация в дневнике).

Оценка автоматических мыслей

Ключевые вопросы:

- Каковы доказательства?
- Приведите аргументы «за» и «против».
- Существует ли альтернативный взгляд на происходящее?
- Что бы я сказал другу, если бы он был в подобной ситуации (или: что бы мог сказать друг)?

Техники проверки мыслей как гипотез:

- эмпирическая – проведение различных экспериментов in vivo и in vitro с последующим записыванием выводов.
- Совместный анализ и регистрация прошлого и настоящего опыта, противоречащего этим мыслям;
- логическая – оценка «за» и «против» путем подбора фактов, подтверждающих или опровергающих суждения,
- поиск альтернативных интерпретаций,
- выявление искажений логики, их маркировка в дневнике и разговоре (введение континуума вместо крайностей при поляризации, реатрибуция неадекватной персонализации, оценка вероятностей, парадоксальное переключение при катастрофизации и т.д.),
- сократический диалог.

помогающая пациенту выявить автоматические мысли, заключается в **установлении** *последовательности внешних событий* и *субъективных реакций на них*.

Клиенту дается примерно следующая инструкция:

1.«Обычно между конкретной внешней ситуацией и эмоциональной реакцией на нее (например, «беспричинным» расстройством) существует промежуток, так называемый «пробел», во время которого обязательно имеют место некоторые мысли, называющиеся «автоматическими».

2.»Они непроизвольны, бессвязны, мелькают в голове с очень высокой скоростью. Однако они потенциально осознаваемы, и для понимания ваших реакций очень важно научиться их улавливать».

1. **Когнитивная репетиция** (вариант техники воображения),

- Предполагает **пошаговое воспроизведение** эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями.
- Проговариваются **вслух** как события, так и сопутствующие им автоматические мысли. Основная задача когнитивной репетиции — стимулировать клиента к **«размышлениям вслух».** Полученная продукция регистрируется в специальном дневнике.

2. Техника ролевого проигрывания.

- С целью выявления неадаптивных автоматических мыслей, возникающих в межличностных ситуациях, используется психодраматический прием «обмена ролями».
- Психотерапевт играет роли различных людей из окружения клиента с характерными для них репликами,
- задача клиента — наблюдать за возникающими во время взаимодействия мыслями, желательно проговаривая их вслух.

1.Результатом вышеописанной работы становится:

- возросшая способность клиента маркировать проблемные ситуации,
- различать и давать наименование различным физическим ощущениям, чувствам и мыслям.
- «коллекция» различных автоматических мыслей, сопряженных с тяжелыми душевными состояниями или дисфункциональным поведением.
- На этом этапе работы следует подвести клиента к пониманию возможной ошибочности этих мыслей и, следовательно, к необходимости **рассматривать их как гипотезы, нуждающиеся в проверке, а не как факты объективной реальности.**

3. Погружение in vivo сопровождается регистрацией в дневнике.

- После информирования о свойствах автоматических мыслей и знакомства с принципом «заполнения пробела» клиенту дается домашнее задание на самонаблюдение в эмоциогенных ситуациях.
- Результаты самонаблюдения заносят в специальный дневник, ведущийся в форме трех колонок: «внешняя ситуация», «чувство», «автоматические мысли». Для пациентов с паническими расстройствами эффективно ввести еще одну колонку «физические ощущения».
- В результате такого систематического самоисследования клиент начинает отчетливо осознавать взаимосвязи между проблемными ситуациями, определенными мыслями, чувствами и физическими ощущениями, возникающими на фоне этих мыслей.
- Дневниковые материалы становятся предметом обсуждения на терапевтических сеансах.

Второй шаг в работе с автоматическими мыслями заключается в их оценке как гипотез.

- **Эмпирическая проверка гипотез.**

- **Логическая проверка гипотез**

Эмпирическая проверка гипотез.

- Эта процедура требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей.
- С этой целью используются не когнитивные, а, как правило, различные бихевиоральные техники, основное назначение которых здесь заключается не только в **модификации неадаптивного поведения,** но и в **коррекции неадаптивных когнитивных продуктов (т.е. последствий).**

2. Логическая проверка гипотез также нацелена на вскрытие иррациональных способов мышления.

- Основной прием, использующийся в ходе такой проверки, — это диалог терапевта с клиентом. В ходе такого диалога терапевт помогает клиенту представлять свои убеждения в форме гипотез и проверять их с помощью многократных наводящих вопросов, которые позволяют ему прийти к самостоятельным выводам.

Логическая проверка гипотез.

- **«Шкалирование» —** процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» в суждениях больного достигается с помощвю введения градуальности.
- **Реатрибуция —** пересмотр ответственности за действия и результаты, который приходит клиента к более сбалансированному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся.
- **Намеренное преувеличение —** доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения.
- **Оценка объяснений, даваемых поведению других людей**;
- Оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений.
- Вариант логической проверки гипотез, часто используемый при склонности к «катастрофизации», заключается в подсчете вероятности самого худшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

Процедура заполнения «колонок».

- **в первой колонке** регистрируется проблемная ситуация,
- **во второй колонке** отмечается возникшее в ситуации чувство
- **в третьей колонке** записываются автоматические мысли, возникшие в ситуации,
- **в четвертой колонке** все соображения «за», то есть подтверждающие автоматические мысли
- Когда отчетливо вербализируются все дисфункциональные мысли и их основания, клиент и терапевт переходят к заполнению последней, **в пятой колонке** заносят все соображения «против», то есть опровергающие как автоматические мысли, так и соображения «за».

- Эти аргументы **«альтернативной логики»** следует записывать в емкой, лаконичной форме.
- Задача клиента — воспроизводить эти аргументы в проблемных ситуациях. С этой целью клиента обучают «**навыкам внутреннего монолога».**

- **Результатом первого этапа работы является возросшее самопонимание клиента:**
- осознание тех автоматических мыслей, которые «запускают» тяжелые эмоциональные состояния и неэффективное поведение,
- способность совладать с ними.
- К концу данного этапа психопатологическая симптоматика, как правило, редуцируется, что служит основой для перехода к следующему, второму этапу — к проработке базисных посылок (или схем).