



Фобии, депрессии, панические атаки - психокоррекция в неклиническом консультировании.

Паксеваткина Виктория Юрьевна

Психолог. Заведующая отделением экстренной психологической помощи.

Директор КРПЦ “Катализатор”



Когнитивная терапия



Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. Мы не смогли бы выжить, если бы у нас не было функционального аппарата для приема информации из окружающей среды, ее обработки и планирования действий на основе имеющейся информации.



Цели когнитивно-поведенческой терапии

- исправление ошибочной переработки информации;
- помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции;
- устранение систематических предубеждений в мышлении;
- снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения.



Задачи когнитивной терапии

- контролировать дисфункциональные (иррациональные) мысли;
- осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;
- изучать аргументы «за» и «против» дисфункциональных автоматических мыслей;
- заменять дисфункциональные автоматические мысли более реалистическими интерпретациями;
- идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.



Достоинства когнитивной терапии

1. Она последовательно и активно помогает людям приходить в лучшее состояние и затем оставаться такими, а не просто почувствовать себя лучше.
2. Она специально исследует базисные философские представления людей, порождающие в них пораженческие чувства и поведение, и помогает людям изменить их.



3. Она быстро выявляет самые важные когнитивные, эмотивные и поведенческие аспекты тех нарушений, которые имеются у людей, и показывает им, как активно искоренять и изменять присущие им тенденции самосаботажа. Она является, по сути, краткосрочной психотерапией.

4. Большое внимание в ней уделяется методам самопомощи.

5. Стремится осуществить глубинные изменения в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах; почти неизменно использует ряд методов влияния на мышление, чувства и действия и, следовательно, может быть отнесена к числу первых интегративных (и в определенной степени эклектических) направлений в психотерапии.



6. В ней применяется необычный для других направлений психотерапии подход, который может быть назван психообразовательным: постоянное использование брошюр, книг, аудио- и видеокассет, диаграмм и применение других методов, принятых в образовании. Это делается для того, чтобы ускорить психотерапию и сделать ее более интенсивной. Данные методы приносят также большую пользу тем людям, которые не посещают психотерапевтов или делают это редко.



Критические замечания

1. Когнитивная терапия требует от клиентов высокого уровня умственного развития и, следовательно, не подходит для тех, у кого этот уровень и полученное образование невысоки.
2. Она слишком директивна и активна.
3. В ней не уделяется достаточно внимания прошлому клиента и его детскому опыту.



4. Она не придает большого значения неосознаваемым мыслям и вытесненным чувствам.

5. Она легко может показать клиентам их иррациональные убеждения, но это не всегда побуждает их изменить данные убеждения.



Основные элементы каждой сессии в когнитивной терапии:

- краткая оценка текущего состояния клиента, включающая оценку эмоционального состояния и результатов (последствий) медикаментозного лечения;
- установление связи данной сессии с предыдущей;
- определение повестки дня;
- анализ домашнего задания;
- работа согласно повестке дня;
- определение нового домашнего задания;
- заключительное подведение итогов;
- обратная связь.

Техники когнитивной терапии

1. Когнитивная реструктуризация
2. Поведенческий эксперимент
3. Систематическая десенсибилизация
4. Метод Наводнения – Конфронтации
5. Ролевая игра
6. Использование окружающих в качестве ориентира
7. Самоинструктирование
8. Действия «как если бы»
9. Решение проблемы – мозговой штурм
10. Принятие решения
11. Функциональное сравнение
12. Похвальные дела
13. Отвлечение и переключение внимания





Панические атаки

1. Пульсация, сильное сердцебиение, учащенный пульс.
2. Потливость.
3. Озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи.
4. Ощущение нехватки воздуха, одышка.
5. Боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки.
6. Тошнота или абдоминальный дискомфорт.
7. Ощущение головокружения, неустойчивость, легкость в голове или предобморочное состояние.
8. Ощущение дереализации, деперсонализации.
9. Страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.
10. Страх смерти.
11. Ощущение онемения или покалывания (парестезии) в конечностях.
12. Ощущение прохладения по телу волн жара или холода.



Диагностические критерии МКБ-10 для ПА

1. Повторное возникновение панических атак
2. Панические атаки в течение месяца или более сопровождаются следующими симптомами:
 - постоянной озабоченностью по поводу повторения атак
 - беспокойством по поводу осложнений атак или их последствий (утрата контроля над собой, тяжелая органная патология)
 - значительными изменениями поведения, связанными с атаками
1. Возникновение атак не обусловлено непосредственным действием каких-либо веществ или соматическими заболеваниями (аритмия, тиреотоксикоз, гипертонический криз, ишемическая болезнь сердца и т.д.)



Преобладающие коморбидные состояния

1. агорафобия
2. депрессия
3. генерализованная тревога
4. социальная фобия
5. алкоголизм
6. злоупотребление лекарствами
7. личностные расстройства



Когнитивная модель панического расстройства

Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом как признак **неминуемой катастрофы**.

Этапы консультирования клиентов с паническими атаками





Вводный этап

Первая консультация:

- знакомство, установление контакта;
- сбор информации, исследование проблемы;
- заключение психотерапевтического контракта;
- целеполагание.

КВАДРАТ ДЕКАРТА

КАК ТЕХНИКА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

ЧТО БУДЕТ,
ЕСЛИ ЭТО
ПРОИЗОЙДЕТ?

ЧТО БУДЕТ,
ЕСЛИ ЭТО
НЕ ПРОИЗОЙДЕТ?

ЧЕГО **НЕ** БУДЕТ,
ЕСЛИ ЭТО
ПРОИЗОЙДЕТ?

ЧЕГО **НЕ** БУДЕТ,
ЕСЛИ ЭТО
НЕ ПРОИЗОЙДЕТ?



Психотерапевтический контракт

- последовательность решения проблем, если их несколько;
- день и время сессий;
- условия оплаты;
- приблизительное количество сессий;
- этические условия консультирования;
- другие условия (антисуицидальный контракт, обращение за мед. помощью, ведение аудиозаписи сеансов и др.)



Вторая консультация

- информационный уровень консультирования – объяснение клиенту нейрофизиологических механизмов возникновения симптома;
- психодиагностика (при необходимости)



Этап № 0

Противодействие основным проявлениям паники-упражнения скорой помощи и обучение методам релаксации - на протяжении всего времени работы с клиентом.



Методы экстренной самопомощи

1. Техника сознательного замедления дыхания
2. Техника «Дыхание в пакет»
3. «Резинка на запястье»
4. «Включите воображение»
5. Переключение внимания на нейтральные объекты
6. Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону
7. «Музыкальная терапия»
8. «Активное движение»
9. «Положите на лоб и виски холод»
10. При сердцебиении и перебоях в сердце – *надавите подушечками пальцев на глаза.*
11. Носите с собой сладкое
12. Носите с собой таблетки



Этап № 1

Осознание и распознавание дисфункциональных мыслей, приводящих к чрезмерным физиологическим реакциям.

- 
1. Рассмотрение с клиентом схемы Событие — оценка — эмоция;
 2. Основные дисфункциональные мысли:
 - Неизбежность
 - Замешательство
 - Помощи ждать неоткуда
 - «Крыша едет»
 - Утрата самообладания



Этап № 2

Выявление ведущих иррациональных установок.

- 
1. Знакомство клиента с теорией установок Узнадзе
 2. Установка катастрофизации
 3. Установка предсказания негативного будущего
 4. Установка максимализма
 5. Установка персонализации
 6. Установка дихотомического мышления
 7. Установка свехобобщения



Этап № 3

Трансформация ведущих иррациональных установок.



Этап № 4

Определение жизненных факторов, которые могут способствовать формированию и развитию страхов и приступов паники.



К наиболее частым факторам, способствующим развитию ПА, относятся утомление (переутомление) и психическое напряжение.

Состояние **психической напряженности** возникает в усложненных условиях деятельности, к которым относятся:

- ограничение времени или других ресурсов на осуществление какой-либо важной задачи или выполнения значимой работы;
- ситуации повышенной ответственности — экзамены,
- соревнования, проверки, необходимость действовать в присутствии контролеров, начальства, критично настроенных лиц;
- ситуации, угрожающие собственной жизни или жизни, здоровью близких людей;
- дефицит информации.

Следует также обратить внимание на такие факторы как **физическая активность, питание, сон и отдых.**



Этап № 5

Формирование адаптивного образа жизни.



Этап № 6

Изменение негативного (беспомощного) образа мышления (учимся распознавать, опровергать и изменять свои отрицательные мысли и эмоции).



Критический анализ дисфункциональных мыслей

Для того чтобы предупредить свои эмоциональные всплески, необходимо выявить вызывающие дискомфорт мысли и подвергнуть их проверке на соответствие действительной реальности (удостовериться в их рациональности), то есть взглянуть на них критически и, таким образом, провести когнитивный анализ.



Вопросы для когнитивного анализа

1. Что свидетельствует в пользу моей интерпретации?
2. Откуда у меня такая информация? Какие объективные факты ее подтверждают?
3. Что противоречит моей интерпретации?
4. Существует ли альтернативное мнение? Как можно по-другому на это взглянуть?
5. Какие преимущества и неудобства связаны с сохранением этого мнения?
6. Какие могут быть последствия?
7. Что я говорю сейчас такого, что заставляет меня переживать(тревожиться и т. п.)?
8. Что я могу сделать такого, чтобы неприятные переживания исчезли?
9. Что от меня зависит, а что нет?



Этап № 7

Тренировка альтернативных адаптивных реалистичных мыслей.



Этап № 8

Контроль панических атак

- 
1. Наблюдение и исследование
 2. Метод парадоксальной интенции
 3. Купирование приступов ПА



Этап № 9

Психологическая десенсибилизация повышенной чувствительности к физическим ощущениям и фиксации своего внимания на них (учимся не страшиться «нормальных» физических ощущений).



Этап №10

Тренировка преодоления избегающего поведения

1. Объяснение механизма возникновения избегающего поведения.
2. Техника Наводнение — Конфронтация.



Этап №11

Закрепление адаптивного мировоззрения и образа жизни.

Фобии



Фобия – это состояние человека, которое характеризуется беспричинной и чрезмерной степенью паники. Оно возникает при определенных обстоятельствах и вызывает вегетативные нарушения. Возникновение фобий не поддается логике. Большинство случаев идут родом из детства, остальные – возникают после пережитых стрессов.



Причины появления фобий

1. Социальные факторы,
2. Психологические,
3. Биологические.



Симптомы фобий

- Удушье, комок в горле, затрудненность дыхания.
- Общая слабость.
- Обморочные состояния.
- [Тошнота](#).
- Рвота.
- [Тахикардия](#).
- Состояние страха и ужаса. Нередко он может становиться неуправляемым и переходить в паническую атаку.
- Боли в животе.
- Диарея.
- Страх смерти.
- Бросает то в жар, то в холод.
- Повышение артериального давления.
- Наличие судорог.
- Повышенное потоотделение.
- Навязчивые мысли.
- Чувство нереальности.



Когнитивная модель фобии

При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги.

Страх перед отдельными ситуациями основан на *преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций.*



Методы когнитивной терапии для работы с фобиями

1. Десенсибилизация
2. Наводнение
3. Моделирование



Депрессии

Исследования во всех странах мира показывают: депрессия, подобно сердечнососудистым заболеваниям, становится неизбежным атрибутом современного общества.

По прогнозам ВОЗ в ближайшее время депрессии займут второе место по распространенности после сердечнососудистых заболеваний.

По данным разных исследователей, им страдает до 20% населения развитых стран.

Ею страдает 10% населения в возрасте старше 40 лет, из них две трети — женщины.

Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в три раза чаще.

Согласно статистике в промышленно развитых странах депрессия встречается примерно у 3,5% дошкольников и 9 % подростков.

Общая распространённость депрессии (всех разновидностей) в юношеском возрасте составляет от 15 до 40%.



Симптомы депрессии:

- Сниженное настроение: грусть, пустота, все надоело, ничего не радует, эмоциональное онемение и т.д.
 - Потеря интереса к жизни, снижение мотивации и отсутствие наслаждения от жизненных процессов: ничто не приносит радости, все воспринимается как рутина, жизнь становится серой, скучной и однообразной.
 - Самокритика и чувство вины: ощущение, что ты плохой, бесполезный, неадекватный, никчемный
 - Повышенная раздражительность и чувство злости
 - Пессимизм: интерпретация жизненных событий в негативном ключе. Мысли, что ничего не будет хорошо, взгляд на мир через черные очки



Симптомы депрессии:

- **Беспомощность:** мысли, что ничего невозможно изменить, и нет даже смысла пытаться, так как будущее наполнено лишь мучениями и потерями
 - Чувство тревоги, беспокойства, часто без явной на то причины
 - Потеря жизненной энергии: постоянное чувство усталости
 - Снижение активности: в некоторых случаях это может достигать до того, что человек просто не вставая лежит в постели или сидит на одном и том же месте весь день без движения
 - Избегание социальных активностей: пребывание с людьми становится очень тяжелым и невыносимым.



Симптомы депрессии:

- Пребывание в состоянии чрезмерного возбуждения или наоборот чрезмерной медлительности, как будто в замедленном кино
 - Трудности концентрации внимания: бывает, что человеку даже сложно уловить сюжет/смысл какой-то передачи, он не может сконцентрироваться на чтении и вынужден по многу раз перечитывать один и тот же параграф, не улавливает того, что ему говорят
 - Проблемы с памятью: трудности с запоминанием куда положил ключи или еще что-то, невозможность запомнить чье-то имя.



Симптомы депрессии:

- Избирательность запоминания: человеку легче включиться и зафиксировать, когда говорят о каких-то плохих событиях и трудно запомнить что-то хорошее или нейтральное
 - Проблемы со сном: сложно заснуть, частые просыпания, ранние подъемы. Или же наоборот, человек никак не может проснуться и спит по многу часов подряд
 - Изменение в привычках питания: чаще снижение аппетита и потеря веса, но бывает и наоборот
 - Потеря интереса к сексу
 - Мысли о смерти: от просто идей, как бы это было бы неплохо, если бы меня не стало до реальных планов о самоубийстве.



Депрессивная триада:

1. гипотимия - не связанная с внешней, психотравмирующей ситуацией подавленность настроения с ангедонией, преобладанием чувства горя, печали, тоски, ощущения безысходности, безразличия к окружающему и нежелания жить;
2. брадифрения - заторможенность интеллектуальных процессов с поверхностностью восприятия, спонтанностью мышления, гипопродуцированием мыслей мрачного содержания, обеднением воображения, ухудшением памяти и внимания и
3. гипобулии - ослабление и обеднение побуждений к деятельности, утомляемость, снижение активности вплоть до двигательной заторможенности и депрессивного ступора.



Причины депрессивных состояний:

- Эндогенные:
 - генетической предрасположенностью,
 - психические особенности
- Экзогенные:
 - Потеря родного и близкого человека;
 - Переезд, резкая перемена обстановки, адаптация к новым условиям;
 - Долгая истощающая болезнь;
 - Детская травма психики;
 - Постоянные нагрузки на протяжении долгого времени, без возможности сбросить напряжение и отдохнуть;
 - Личная и бытовая неустроенность;
 - Напряженная обстановка в семье или на работе;
 - Внутреннее несогласие с требованиями окружения;
 - Возрастные кризисы.



Виды и классификация депрессий

Невротические - простые

- тревожно-ажитированная депрессия,
- апатико-абулическая,
- Реактивная,
- маскированная

Психотические – сложные - помимо типичных депрессивных симптомов наблюдаются признаки психоза, такие как: галлюцинации (например, голоса, бичующие и обвиняющие человека), бредовые идеи.



Психологическая модель депрессии

- не удовлетворена потребность в привязанности, поддержании близких отношений;
- запрет в семье на проявление определенных чувств



Когнитивная модель депрессии

Когнитивная триада депрессии включает:

- 1) негативный взгляд на мир;
- 2) негативный взгляд на будущее;
- 3) негативный взгляд на себя.



Диагностика депрессии

- **Шкала Самооценки Депрессии Зунге**

Всего измеряется 7 факторов:

- Эмоциональная опустошённость;
- Раздражительность или нерешительность;
- Соматические симптомы;
- Суицидальные мысли;
- Психомоторные симптомы;
- Расстройства настроения;
- Специфические признаки.

- **Шкала депрессии Бека**



Когнитивная модель суицидального поведения:

- - высокий уровень безнадежности;
- - трудности в принятии решений

Повышение уровня безнадежности приводит к росту вероятности суицидального поведения. Безнадежность усиливает трудности в принятии решений. Отсюда трудности в совладании с ситуациями.



Шкала суицидального риска

Шкала оценки риска суицида (ШОРС, The Sad Persons Scale) - предназначена для экспресс-диагностики суицидального риска.

Разработана Американской ассоциацией превенции суицидов.

Содержит 10 пунктов, характеризующих факторы риска суицида и оцениваемых клиницистом как 0 (отсутствует) либо 1 (присутствует).



Основные этапы работы с суицидальным клиентом:

- начальный (1–3 сессии);
- средний (4–7 сессии)
- завершающий (8–10 сессии).



Задачи начального этапа:

- информирование;
- заключение антисуицидального контракта;
- разработка «плана безопасности»;
- сбор информации для когнитивной концептуализации;
- формулировка целей работы.



План безопасности

- 1) описание сигналов (триггеров), предупреждающих о возможности суицида;
- 2) совладающие приемы, которые может использовать сам клиент;
- 3) список людей, с которыми он может связаться для открытого обсуждения своего кризиса;
- 4) список людей, которые могут ему помочь справиться со своим состоянием без сообщения им деталей происходящего;
- 5) информация о контактах для неотложной помощи (лечащий специалист, горячая линия и т. д.);
- 6) план переключения — отказа от установки на уход из жизни.



Средний этап - развитие навыков совладания с суицидальным поведением

- **техники самоуспокоения и отвлечения;**
- **когнитивное переструктурирование убеждений:**
 - будущее безнадежно,
 - текущая жизненная ситуация невыносима,
 - нет никого, кто способен оказать поддержку.
- **развитию навыков решения проблем и совладания с жизненным стрессом ;**
- **составление списка оснований для продолжения жизни;**
- **составление «комплекта надежды».**



Задачи поздней, завершающей фазы

- закрепление навыков, которые тренировались в средней фазе;
- составление плана предотвращения кризиса;
- фиксация всех положительных сдвигов;
- когнитивная репетиция.



Возможная структура сессии в парадигме ОРКТ (ориентированного на решение краткосрочного консультирования)

Спасибо за внимание!

Группа ВКонтакте: <https://goo.gl/rbkwHm>

Обучение психологов: <https://goo.gl/UmPoqo>

Группа КРПЦ «Катализатор»: <https://goo.gl/DkDGXK>

Мой личный сайт: <https://goo.gl/nZq7Dh>

