



ТРЕВОГА В НАШЕЙ ЖИЗНИ. КОГДА НУЖНА ТЕРАПИЯ?

Д. В. Ковпак

К.М.Н.

**доцент кафедры психологии и педагогики
СЗГМУ им. И. И. Мечникова**



Тревожные проявления:



Они вам знакомы?

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.

Corpus callosum

Amygdala

Corpus mamillare




Медиальный пучок переднего мозга

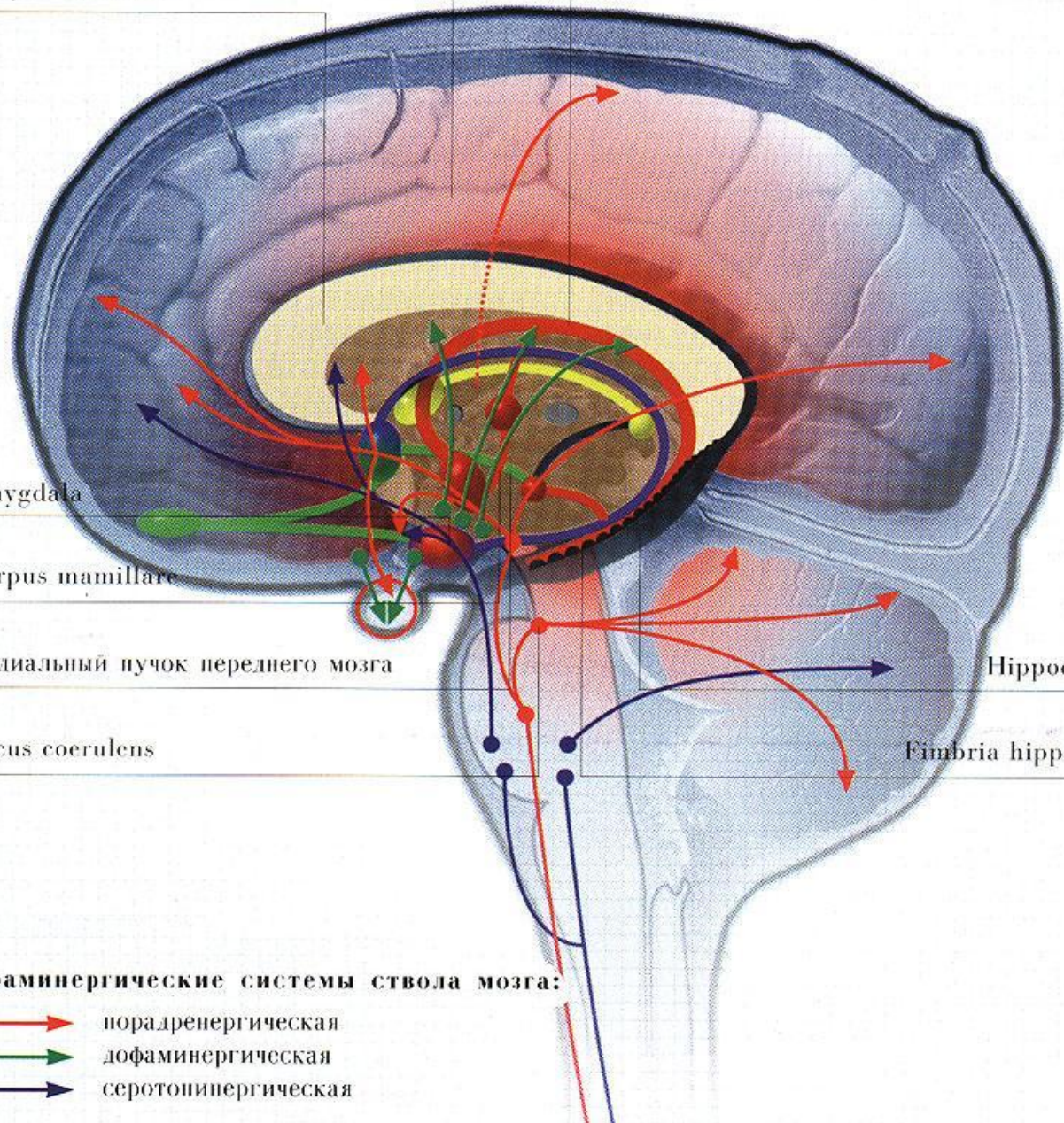
Locus coeruleus

Hippocampus

Fimbria hippocampi

Моноаминергические системы ствола мозга:

-  порадренинергическая
-  дофаминергическая
-  серотонинергическая



Антиципация

- Процессы прогнозирования, предвосхищения, а также получаемый в результате их действия образ будущего имеет регулирующее значение для поведения и на уровне личностной организации, на что указывали Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская и другие. В психологической науке изучение регуляции поведения традиционно ведется с привлечением особого внимания к механизмам предвидения будущего (антиципации).

Антиципация

- Способность к предвосхищению и опережающему отражению результатов действий на биологическом, физиологическом и психофизиологическом уровне явилась предметом исследований П. К. Анохина (Анохин П.К., 1965), Н.А. Берштейна, И.С. Беритова, Н.Д. Городецкоей, В.П. Зинченко и ряда других авторов. Анализ механизмов антиципации на уровне деятельности получил развитие в работах Б. Ф. Ломова, Е.Н. Суркова, Н.Д. Заваловой.

Причины хронизации тревоги

- Достижения этологии (раздел биологии, изучающий поведение животных) помогают понять, что абсолютно бессмысленного поведения и ненужных реакций не бывает. Реакции и поведение могут быть архаичными, малоэффективными, устаревшими, несоответствующими возрасту и ситуации, но стопроцентно бессмысленными они не бывают.

Дифференциация тревоги

- Здоровая (адаптивная) тревога
- Патологическая тревога

- Эмоциональная реакция (ситуативная Т)
- Черта личности (личностная Т)

- Страх (предметный)
- Тревога (диффузная)

Тревога

- Тревога, как и любые эмоции, — необходимый фактор выживания. Так задумано самой природой. Ведь если бы не существовало тревоги и страха, то невозможно было бы быстро подготовиться и отреагировать на внезапную угрозу. В тех случаях, когда мы не успеваем все обдумать и взвесить, когда нет времени на долгие рассуждения и анализ, включается работа инстинкта самосохранения. Он действует по проверенному эволюцией шаблону, где для всего организма четко расписана программа, что и как делать.

Функции страха

- Во-первых, страх быстро мобилизует силы человека для активной деятельности, способствующей выживанию, что зачастую бывает необходимо в критических ситуациях. Это происходит за счет активизации организма — мгновенно приходящей в активность симпатoadреналовой системы, что приводит к каскаду приспособительных реакций (усилению сердцебиения и кровотока, лучшему снабжению мышц кислородом и питательными веществами, перераспределению кровотока и жидкости в организме, усилению реакции, внимания, зрения и слуха, и множеству прочих очень важных функциональных изменений). Побледнение кожных покровов и холодок «под ложечкой» при испуге относятся к побочным, но необходимым эффектам — кровь (переносчик кислорода с помощью гемоглобина эритроцитов), необходимая в минуту опасности мышцам, отливает от кожи и желудка к мышцам, легким и мозгу.

Функции страха

- Во-вторых, страх способствует лучшему запоминанию опасных или неприятных событий. И хорошо, когда этот опыт необходим для жизни, но часто бывает, что иллюзия опасности и, как следствие, ошибочный страх, мешают адекватно реагировать на жизненные ситуации. Длительное сохранение в памяти событий, вызвавших когда-то страх, может значительно осложнить человеку жизнь.

Функция страха

- Третья существенная роль страха — возможность действовать в условиях недостатка информации, когда ее не хватает для принятия решения. И вот здесь стратегию поведения диктует страх. Как считает П.В. Симонов, эта эмоция развивается при недостатке сведений, необходимых для защиты индивида от угрозы со стороны биологической или социальной среды. Именно в этом случае целесообразно реагировать на расширенный круг сигналов, чья полезность еще не известна. На первый взгляд, такая реакция избыточна и неэкономна, но зато она предотвращает вероятность пропустить действительно важный сигнал, игнорирование которого может стоить жизни.

СТРАХ

- ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОТНОШЕНИЯ К МИРУ
- ЭМОЦИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕАЛЬНОЙ ИЛИ ВООБРАЖАЕМОЙ ОПАСНОСТИ, УГРОЖАЮЩЕЙ ЖИЗНИ ИЛИ ЗДОРОВЬЮ ОРГАНИЗМА, ЛИЧНОСТИ, ЗАЩИЩАЕМЫМ ЕЮ ЦЕННОСТЯМ (*идеалам, целям, принципам и т. п.*).
- ТЯГОСТНОЕ, МУЧИТЕЛЬНОЕ ДУШЕВНОЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ ГРОЗЯЩЕЙ ЧЕЛОВЕКУ ОПАСНОСТЬЮ И ЧУВСТВОМ СОБСТВЕННОГО БЕССИЛИЯ ПЕРЕД НЕЙ.

Паника

- Понятие паника было предложено вначале как разновидность тревоги. По определению американского психиатра Марка С. Голда (Mark S. Gold, 1969): паника — это «внезапно возникающая волна ужаса», это тревога, характеризующаяся внезапным началом и высокой интенсивностью. Слово «паника» ведет свое происхождение от имени древнегреческого бога Пана. Согласно мифам, неожиданно появившийся Пан вызывал такой ужас, что человек опрометью бросался бежать, не разбирая дороги, не отдавая себе отчета в том, то само подобное бегство могло грозить ему гибелью.

Паника

- Термин «паническая атака» получил сегодня признание во всем мире благодаря классификации, предложенной Американской Ассоциацией психиатров в 1980 году. Термины «вегетативный приступ» или «диэнцефальный криз», традиционные для отечественной медицины, описывают то же состояние, но делают акцент на его вегетативных проявлениях.

Реакция организма на страх

- Что же происходит в организме человека, которого охватывает страх? Прежде всего, активируется симпатическая нервная система, мобилизующая энергетические ресурсы и перестраивающая деятельность всех систем организма, подготавливая их к физической деятельности.

Полисистемность соматических проявлений тревоги



Состояния, при которых встречается выраженная тревога:



Психоэкосистема человека

Социо-культуральные факторы

Внутриличностные конфликты

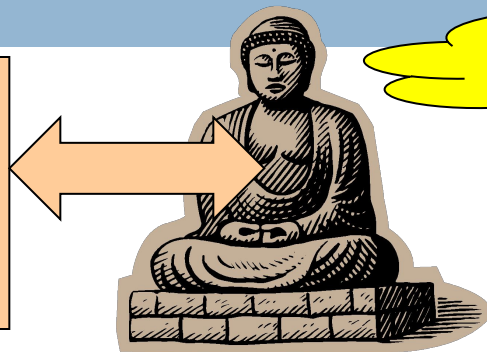
межличностные
отношения



Биогеофизические факторы

Физиологический ответ

межличностны
е
отношения



Внутриличностные
конфликты

Дистресс

Гиперактиваци
я

ЦНС и ВНС

Системные
и органые
функциональные
реакции

СТРАХ

- В связи с открытием бессознательного немецким идеализмом (особенно Шеллингом) и романтиками, страх становится предметом философского анализа.
- Одно из основных понятий экзистенциализма. Было введено Кьеркегором в фундаментальном исследовании “Понятие страха” (1844). Он выделил обычный страх-боязнь (нем. *Furcht*), вызываемый конкретным предметом и обстоятельством

Сёрен Кьеркегор (1813-1855)



СТРАХ

И неопределённый, безотчётный страх-тоску (*нем. Angst*) — метафизический страх, неизвестный животным, предметом которого является ничто и который обусловлен тем, что человек конечен и знает об этом.

СТРАХ

- По Сартру, страх – это боязнь самого себя вследствие свободы недетерминированного характера, которую нельзя предвидеть.
- У Хайдеггера страх открывает перед «экзистенцией» её последнюю возможность — смерть. У Сартра метафизический, экзистенциальный страх (*angoisse*) истолковывается как страх перед самим собой, перед своей возможностью и свободой.

Экзистенциальные модели

- Тревога как необходимое и неизбежное условие человеческого существования.
- Способность быть самим собой зависти от способности встретиться со своей тревогой и двигаться вперед, несмотря на тревогу.

формы тревоги

- Рутинный стресс в обычной жизни
- Вторичная тревога по отношению к соматическим заболеваниям
- Тревога в структуре других психических синдромов
- Тревожные расстройства



Медард Босс
(1903-1990)



Мартин Хайдеггер
(1889-1976)

Экзистенциальные модели

- Человек обречен на тревогу, как он обречен на свободу. Тревога – это неизбежное состояние человека, сталкивающегося со своей свободой – свободой выборов и возможностей.

Людвиг Бинсвангер
(1881 – 1966)

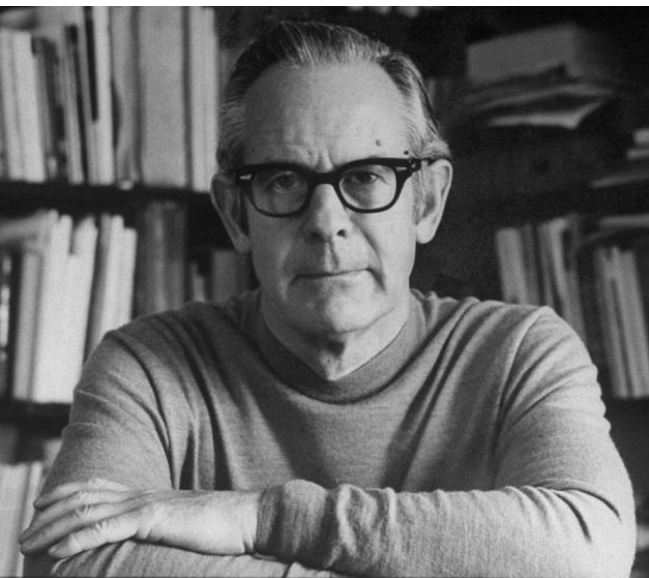


«Мужество быть»

- Экзистенциальная тревога – это осознание своего небытия, т.е. возможности и неустранимости смерти.
- Патологическая тревога – это следствие неудачной попытки «Я» принять нормальную тревогу.

Пауль Тиллих (1886-1965)





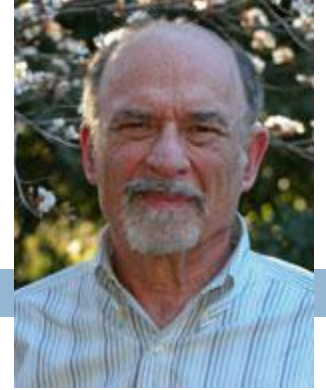
**Ролло Мэй
(1909-1994)**

Ролло Мэй «Смысл тревоги».
Попытка вытеснить тревогу приводит только к перерастанию нормальной тревоги в патологическую, которая несоразмерна поводу, и показывает, что человеку не удалось в свое время справиться с предыдущим жизненным кризисом.


Если человек стремится полностью избежать тревоги, это ведет к избеганию жизни вообще.

Экзистенциальные модели

- Теория экзистенциального выбора **Сальваторе Мадди**.
- Выбор, который все мы делаем – это выбор в пользу будущего либо прошлого. В будущем всегда неизвестность, риск, всегда тревога. Выбор прошлого – вина за упущенные возможности.
- Выбор – взять на себя вину или взять на себя тревогу.



- «Я обнаружил, что четыре "данности" существования имеют прямое отношение к психотерапии: **неизбежность смерти** – нашей или тех, кого мы любим; **свобода** сделать с собственной жизнью что угодно; наше абсолютное **одиночество** в мире и, наконец, **отсутствие** в жизни какого бы то ни было очевидного, готового **смысла** или значения. Эти данности могут показаться мрачными, однако содержат семена мудрости и искупления». **Ирвин Ялом**



«Экзистенциальные психотерапевты считают переживание тревоги фундаментальной «данностью» бытия-в-мире. ... Огромное многообразие нежелательных и неприятных «симптомов», от которых клиенты хотели бы исцелиться, является защитой от различных экзистенциальных тревог бытия-в-мире: небытия, бессмысленности, изоляции и т.д.

По существу, главным является не «лечение» этих симптомов; средоточием экзистенциальной психотерапии является, скорее, пересмотр самих защитных ограничивающих убеждений» (Э.Спинелли, 2008)

в 1894 г. тревожный невроз описал З. Фрейд

Анализируя феномен табу в первобытных обществах, Фрейд видит в нем аналог того страха, который сопровождает невротические состояния

- Внезапный наплыв тревоги (атака)
- Предвосхищение тревоги
- Вторичное фобическое избегание
- Отметил возможность одновременного сочетания различных состояний

- Ранний психоанализ различая рациональный страх перед внешней опасностью и глубинный, иррациональный страх, трактуя последний как результат неактуализированных жизненных стремлений, подавления невоплощённых желаний

- Табу, по Фрейду, является очень древним запретом, наложенным извне каким-нибудь авторитетом и направленным против сильных вождельений людей. Страх преступить запрет и в то же время влечение к запретному составляет характерную черту не только первобытного сознания: здесь выявляется антропологическая структура, определяемая отношением сознания и бессознательного.

- Сознание, по Фрейду, представляет собой систему запретов по отношению к (гл. обр. сексуальным) влечениям, которые в результате вытесняются в бессознательное, рождая болезненные душевные состояния, в т. ч. и беспричинный страх, который есть свидетельство невроза и требует лечения — выявления врачом-психоаналитиком характера подавленного влечения, осознания его самим пациентом и смягчение или вообще отмена “цензуры сознания”.

Психодинамические модели

- В основе иррациональных страхов (различных фобий) лежит ситуация, когда внешне безобидный стимул ассоциируется с другим, - пугающим, который, будучи вытесненным в бессознательное, остается неопознанным, но усиливает реакцию на внешне нейтральный стимул.

Психодинамические модели

Три основных типа страха (Fehm L., Margraf J., Senf W., 2000)

- Уничтожения и утраты объекта (первичный, элементарный, диффузный, при тревожном неврозе)
- Утраты любви и уважения (только на определенной стадии развития «Я», объектные отношения, типичен при депрессивных расстройствах)
- Обусловленные давлением «Сверх-Я» (наиболее зрелый страх, сформированная структура «Я», типичен для обсессивно-компульсивных расстройств)

Психодинамические модели тревоги

- Нарушение межличностных отношений с ближайшим социальным окружением приводит к снижению внутреннего благополучия и самооценки (Г.С. Салливен)
- Теории привязанности (Дж. Боулби и др.): разные типы связи с матерью ведут к дальнейшему восприятию мира как враждебного или безопасного. Три типа привязанности: надежная, избегающая, амбивалентная.

Психодинамические модели тревоги

Причины социальной фобии

- Нарциссическая уязвимость как следствие дефицитарной «Я-концепции» компенсаторно приводит к завышенным требованиям к себе (патологический перфекционизм), которые проективно приписываются окружающим
- Аффект стыда, вызванный динамикой конфликта между желанием быть признанным другими и страхом негативной оценки (Jorashky P., 1998)

- Многочисленные проблемы возникают, когда мы пытаемся оправдать ожидания других, вместо того, чтобы определить наши собственные.

Карл Роджерс

Бихевиоральные модели

- Нейтральный стимул, совмещенный с пугающим, также начинает вызывать реакцию страха по механизму **классического обуславливания**, затем по механизму генерализации стимула и реакции спектр ситуаций вызывающих тревогу расширяется. Поведение избегания ведет к редукции страха и закрепляется по механизму отрицательного подкрепления.

Бихевиоральные модели

□ Фобия — это приобретенный, «выученный» страх, — это имеет принципиальное значение. Ведь если человек может «научиться бояться», точно так же можно и «научиться не бояться». Именно на этом принципе основана так называемая «систематическая десенсибилизация» — эффективный метод лечения простых фобий, созданный полвека тому назад южноафриканским ученым Джозефом Вольпе (1915 — 1997), придерживавшимся поведенческого подхода.

Когнитивная модель

- Когнитивная терапия основана на принципах теории обучения, предполагающей, что различные типы поведения и сопутствующие им признаки развиваются в результате привычной реакции человека на внешние условия. То есть, определенным образом реагируя на внешний стресс, мы вырабатываем в себе и определенную модель поведения.

Когнитивная модель

- Согласно данным когнитивной психологии, мозг перерабатывает происходящие события (стимулы) в соответствии со схемой, которая хранит представления человека о себе и о внешнем мире, сложившиеся на основе прошлой информации. Схемы организованы в прочные образования (когнитивные установки) и хранятся в долговременной памяти. Часто подкрепляющиеся схемы отличаются высокой стабильностью, их крайне трудно изменить.

Когнитивная модель

- В случае фобий, схемы — это бессознательные структуры, которые отбирают, фильтруют и интерпретируют информацию в пользу изначальной стойкой гипотезы об опасности. Содержание этих схем определяет эмоциональные и поведенческие реакции. Схемы опасности — это стабильные, глубоко укоренившиеся мысленные образования (идеи и представления).

3 категории объекта фобии

- Ряд исследователей (Hibbert G., 1984; Beck A.T., Emery G., 1985) предположили, что для людей, страдающих тревожными расстройствами, характерны специфические идеи, основные темы которые — это страх физической болезни, такой, как инфаркт миокарда, инсульта или страх сумасшествия. В. Гуидано и Дж. Лиотти (Guidano V.F., Liotti G., 1983) свели переживания больных фобией к трем основным категориям: утрате контроля, серьезной угрозе физическому благополучию и неспособности совладать с внешней опасностью.

Когнитивная модель тревоги по А.Беку

- Постоянное предвосхищение отрицательных событий («антиципирование» несчастий).
- Представление о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденностью в собственной некомпетентности (даже когда все хорошо – «Я не справлюсь с этим»).
- Опасения потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы «необходимых» дел.
- Представление о собственной неспособности ладить с окружающими и страхе быть осмеянными или отвергнутыми в результате некомпетентности.

(Beck A.T., Emery G., 1985)

4 типа иррациональных ПОЗИЦИЙ

- При фобиях обнаружено четыре основных типа логических ошибок: 1) Произвольное умозаключение, которое предполагает извлечение выводов о катастрофическом ходе событий без каких-либо доказательств смертельности физических симптомов тревоги или потенциальной опасности фобического стимула; 2) Сверхобобщения — уникальный опыт острой тревоги переносится на большинство возможных ситуаций. 3) Резкое преувеличение степени опасности и преуменьшение безопасности. 4) Персонализация (то есть отнесение к себе) каждого события, напоминающего человеку о его собственной уязвимости и зависимости и о равнодушии или агрессивности окружающих.

Когнитивно-бихевиоральные модели

«Я слаб, мир опасен» – схема опасности

- Запускает определенные когнитивные процессы искажающие реальность: генерализация тревожного стимула, катастрофизация, персонализация и др. (А. Бек).
- А.Эллис (1979) выделял два эмоционально-поведенческих стереотипа при тревоге – страх дискомфорта и «Я-страх»

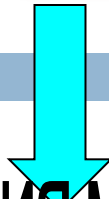
Более дифференцированные КОГНИТИВНЫЕ модели

- Метакогнитивная модель ГТР (Wells A.) – центральное место понятию «беспокойства» – носит хронический характер в результате конфликта между представлениями пациента: он считает антиципирующую тревогу и постоянные тревожные мысли необходимыми для предотвращения опасности, а с другой стороны уверен, что такая организация мышления сведет его с ума. Это еще больше повышает напряжение.

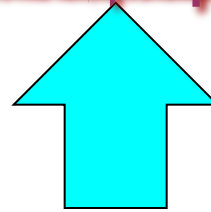
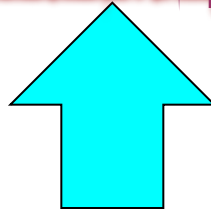
Трилогия разума

- **Когниция** – обработка информации, аргументация, мышление, узнавание, познание, память, понимание
- **Конация** – целенаправленное действие, мотивация, воля, инстинкты, желания
- **Аффект** – эмоции, чувства, настроение

ОБЪЕКТ



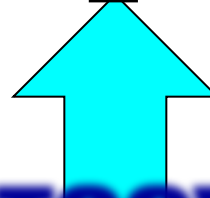
АББЕРАЦИЯ МЫШЛЕНИЯ



УСТАНОВКИ

ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ

РАЦИОНАЛЬНЫЕ



ПРОТОСХЕМЫ

Осознание правил неадекватной обработки информации и замена их более адаптивными – такова главная задача психотерапии в когнитивной сфере

Айсберг депрессивных и тревожно-фобических расстройств



●10% ← Наблюдаются психиатрами



●30% ← Наблюдаются терапевтами



●60% ← Не обращаются

Маски тревоги

- ✓ ВСД
- ✓ остеохондроз
- ✓ артериальная гипертензия
- ✓ кардио- и ангионеврозы
- ✓ синдром гипервентиляции (психогенная одышка)
- ✓ ахалазия (кардиоспазм)
- ✓ синдром "раздраженного" желудка, "раздраженной" или "возбудимой" толстой кишки, "раздраженного" мочевого пузыря и пр.

междисциплинарные синдромы и аффективные расстройства

Аффективные расстройства

боль



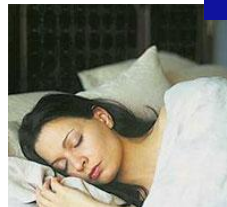
вегетативные расстройства

нейро-эндокринные синдромы

астения



диссомния






В целом около 20 % пациентов врачей общей практики имеют симптомы, не связанные с соматическим заболеванием (Peveler R. et. al., 1997).

Такие симптомы называются соматизированными или «необъяснимыми» (medically unexplained physical symptoms).

Заподозрить соматизированные симптомы депрессии или тревожно-фобического расстройства можно по следующим признакам:

- Несоответствие с данными объективного исследования.
- Необычный характер.
- Многочисленность.
- Яркая эмоциональная окраска.
- Несоответствие локализации рецепторных зон.
- «Летучесть» или необычная стойкость.
- Отсутствие связи с традиционными провоцирующими факторами.
- Неэффективность соматического лечения.
- Эффект психотропных средств.
- Поиск помощи у врачей разных специальностей.
- Социальная или семейная дезадаптация.

Основные тревожные расстройства (МКБ-10)

-  агорафобия
-  паническое расстройство (ПР)
-  социофобия
- посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)
- обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР)
- генерализованное тревожное расстройство
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Тревожные расстройства

/F40/ Фобические тревожные расстройства

- F40.0 Агорафобия
- F40.00 Агорафобия без панического расстройства
- F40.01 Агорафобия с паническим расстройством
- F40.1 Социальные фобии
- F40.2 Специфические (изолированные) фобии
- F40.8 Другие фобические тревожные расстройства
- F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное

/F41/ Другие тревожные расстройства

- F41.0 Паническое расстройство
(эпизодическая пароксизмальная тревожность)
- F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
- F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
- F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства
- F41.9 Тревожное расстройство неуточненное

- **А. Паническая атака - состояние внезапной, захлестывающей тревоги и соматического дискомфорта, возникающие, как правило, спонтанно и не связанные со специфическими ситуациями (объектами) или реальной угрозой для жизни.**
- **Б. Паническая атака достигает максимума в течение 10 минут и может продолжаться обычно не более часа.**
- **В. Паническое расстройство не обусловлено другим психическим расстройством, соматическими и неврологическими заболеваниями.**
- **Г. Должны присутствовать во время панической**

Симптомы панического расстройства

1. Одышка (диспноэ) или ощущение нехватки воздуха.
2. Головокружение, ощущение неустойчивости.
3. Сердцебиение (тахикардия).
4. Тремор.
5. Потливость.
6. Чувство удушья или комка в горле.
7. Тошнота.
8. Деперсонализация или дереализация.
9. Ощущение онемения или покалывания.
10. Приливы жара или озноб.
11. Загрудинная боль, чувство дискомфорта в груди.
12. Страх смерти.
13. Страх сойти с ума или потерять самообладание.

Агорафобия

- *Агорафобия* – в переводе с греческого языка дословно означает «страх рыночной площади».
- Подобные проблемы действительно встречались и были описаны еще в древней Греции. Ряд исследователей отмечают, что такого вида страхи были упомянуты еще в древнеегипетской цивилизации, например, в 1700 году до нашей эры в так называемом папирусе Эберса.
- В наше время термин "агорафобия" включает в себя целую совокупность взаимосвязанных и обычно частично совпадающих фобий, охватывающих страхи выходить из дома, входить в магазины, толпу, общественные места или путешествовать одному в поездах, автобусах или самолетах.

Примеры ситуаций, в которых страдающие агорафобией, как правило, избегают или испытывает страх:

- метрополитена;
- интенсивного автомобильного движения, пробок;
- мостов или туннелей;
- супермаркетов и людных торговых центров;
- шумных ярмарок и рынков;
- общественного транспорта;
- ресторанов, кинотеатров, театров, шумных вечеринок;
- очередей, например, в парикмахерской (в том числе страх во время стрижки, связанный с мыслями, что сложно будет экстренно покинуть это место «в случае если начнется «приступ») или приемной врача стоматолога;
- при удалении от дома;
- пребывания дома в одиночестве;

Помимо аффективных реакций и их физиологических коррелятов, пациента с тревожным расстройством обычно одолевают и мучительно беспокоящие мысли, наподобие:

- · "У меня едет крыша";
- · "Я теряю контроль над собой";
- · "Вот-вот потеряю сознание";
- · "Сейчас свалюсь без чувств";
- · "Похоже, у меня сердечный приступ";
- · "У меня, наверное, инсульт";
- · "Сейчас не удержусь, заорю, сорвусь с места и поставлю себя в идиотское положение".

Возможная последовательность применения психофармакотерапии и психотерапии




1. Фармакотерапия на всем протяжении болезни

2. Фармакотерапия → фармакотерапия+психотерапия

3. Фармакотерапия
+
Психотерапия → фармакотерапия+психотерапия

4. Психотерапия на всем протяжении болезни





Психотерапия опирается на одно простое, но фундаментальное положение, а именно, посредством применения психологических техник поведение человека может быть изменено.

А. Бандура (1961)

Психотерапевтический диагноз – совокупность диагнозов:

1. психопатологический (по МКБ)
2. коморбидный психопатологический (тревога, депрессия, ипохондрия и др.)
3. психогенетический – невротический конфликт, механизмы психической защиты и совладания
4. невротическая структура личности
5. актуальные стрессовые жизненные события
6. наличие «условной желательности болезни» или вторичной выгоды
7. лечебный запрос и установки пациента
8. личностные и социальные ресурсы пациента

Психотерапевтические воздействия

- 1. общие факторы психотерапии
(поддерживающая психотерапия)**
- 2. рациональная психотерапия**
- 3. когнитивно-поведенческая психотерапия**
- 4. личностно-ориентированная
(реконструктивная) психотерапия**
- 5. гуманистические виды психотерапии**
- 6. сомато-ориентированные (телесно-
ориентированная психотерапия, элементы
гештальт-терапии) техники психотерапии**
- 7. гипнотерапия**

Когнитивно-поведенческая психотерапия

- – это активный, директивный, ограниченный во времени, структурированный подход. В основе данного подхода лежит теоретический посыл, согласно которому эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он описывает для себя и структурирует реальность. Представления человека (вербальные или образные «события», присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта.

Терапевтические техники

- используемые в рамках данного подхода, основаны на когнитивной модели психопатологии.

- Теоретической и психофизиологической базой данного подхода являются работы И.П.Павлова, касающиеся теорий условных рефлексов, первичной и вторичной сигнальных систем, работы Д.Н. Узнадзе по теории установки, труды Л.С. Выготского о мышлении и речи, современная когнитивная психология и т.д.
- В практической части используются разработки А. Эллиса, А.Т. Бека, Д. Мейхенбаума, М. Махони, А. Лазаруса и др.

Ведущим методом поведенческой терапии является систематическая десенсибилизация, т.е. погружение в ситуацию фобии (воображаемое или реальное).

- Пациент и терапевт составляют шкалу ситуаций, связанных с возникновением симптоматики, ранжируя их по возрастающей от наименее до наиболее тягостных.
- Применяя приемы прогрессивной мышечной релаксации, человек учится расслабляться, воображая все более тягостные сцены.
- Затем сеансы переносятся из кабинета в обстановку реальной жизни, в ситуации, вызывающие тревогу.

Когнитивные техники

- направлены на выявление и проверку ошибочных представлений и дезадаптивных умопостроений. В ходе терапии пациент обучается производить высоко специфичные операции, а именно:

- Отслеживать свои негативные автоматические мысли (представления);
- Распознавать взаимосвязь между собственными мыслями, эмоциями и поведением;
- Анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления;
- Выработать более реалистические оценки и представления
- Идентифицировать и модифицировать дисфункциональные убеждения, предрасполагающие его к искажению опыта.



Идентификация и реатрибуция телесных ощущений

ЖАЛОБА	ТЕРМИН
«скованность», «дрожь в теле и конечностях»	мышечное напряжение
«сердце колотится», «трепещет»	учащенное сердцебиение
«одышка»	учащенное дыхание
отстраненность восприятия, ощущение «колпака», буфера отгораживающего от внешнего мира	дереализация и деперсонализация

Дыхательные техники

Контроль за дыхательной функцией был предложен в качестве фактора лечения панических расстройств и агорафобии с паническими расстройствами. Терапевтический метод заимствован из работ Л. Лума (Lum, L., 1976) и Д. Кларка (Clark D., Salkovskis P., Chakley A., 1985), который подчеркивал важность респираторного контроля при тревожных и стрессовых реакциях. Терапия осуществляется с помощью двух основных стратегий.

- Обучить пациентов навыкам переопределения телесных ощущений и их реатрибуции за счет изменения отношения к гипервентиляции, вызванной стрессогенным событием. Вместо фокусировки на воображаемой психологической или физической катастрофе — удушье, пациенты начинают осознавать взаимосвязь между гипервентиляцией легких, тревогой, мышечным напряжением и паническим состоянием.
- Обучить пациента навыкам совладания с гипервентиляцией в стрессогенных обстоятельствах с целью контроля за нарастающей паникой и интерорецепторными ощущениями (Clark D., 1985).

Как избавиться от тревоги и страха







Мир психологии
и психотерапии

Д.В. Ковпак, Л.Л. Третьяк

ДЕПРЕССИЯ

Диагностика и методы лечения
Техники релаксации на **DVD**

Диагностика
и классификация
расстройств
настроения

Рекомендации
психотерапевтов

Клинические тесты
депрессивных состояний

Техники релаксации – на DVD

Техники осознания себя
и окружающего мира – на DVD

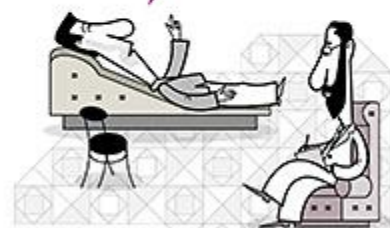


Практическая психотерапия



Дмитрий Ковпак

111 баек
ДЛЯ
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ



истории,
мифы, сказки,
анекдоты

ПИТЕР

ДМИТРИЙ КОВПАК
АНДРЕЙ КАМЕНИУКИН

БЕЗОПАСНОЕ ОБЩЕНИЕ



КАК СТАТЬ
НЕУЯЗВИМЫМ

ПИТЕР®

ДМИТРИЙ КОВПАК
АВТОР БЕСТСЕЛЛЕРА «БЕЗОПАСНОЕ ОБЩЕНИЕ»

НЕ НА ТЕХ НАПАЛИ!



КАК БОРОТЬСЯ
С ГРУБОСТЬЮ

ПИТЕР®
OZON.RU

А. Г. Каменюкин, Д. В. Ковпак

Стресс- менеджмент



ПИТЕР®

Д.В. Ковпак

Страхи, тревоги, фобии...

Как от них избавиться?

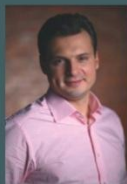
Практическое руководство
психотерапевта



Техники
релаксации
на DVD



ДЕПРЕССИЯ | Современные подходы к диагностике и лечению



Ковпак
Дмитрий Викторович

Врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук. Главный врач Центра эмоциональной коррекции, заведующий Санкт-Петербургским городским психотерапевтическим центром Комитета по здравоохранению, доцент кафедры психологии и педагогики СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова.



Третьяк
Леонид Леонидович

Врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры психотерапии Восточно-Европейского гештальт-института (ВЕГИ), Крымского центра гештальт-терапии. Консультант центра семейной психотерапии и консультирования «Взмах» (СПб).

ISBN 978-5-94387-725-4



9 785943 877254

Издательство «Наука и Техника»
Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, 107.
Для писем: 192029, Санкт-Петербург, а/я 44.
Тел.: (812) 412-70-25, 412-72-08.
E-mail: nit@mail@nit.com.ru
02166, Киев-166, ул. Курчатова, 9/21.
Тел.: (044) 516-38-66.
E-mail: nit@volcable.com
Официальный сайт: www.nit.com.ru



Техники релаксации на DVD

Д. Ковпак, Л. Третьяк

ДЕПРЕССИЯ

Современные подходы к
диагностике и лечению

ДЕПРЕССИЯ | Современные подходы к диагностике и лечению

