Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсм ПО

РЕФЕРАТ на тему: «Тревожное расстройство»

Выполнила: Ординатор Розпутько Виктория Михайловна

Красноярск 2022 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

 ВВЕДЕНИЕ
. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ
.1 Определение и симптомы тревожного расстройства
.2 Классификация и характеристика тревожных расстройств
.3 Предрасполагающие факторы и причины возникновения ТР
.4 Этапы диагностики тревожных расстройств
. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ
.1 Отличия когнитивного подхода к проблемам клиентов
.2 Когнитивные модели эмоциональных и личностных расстройств
 ЗАКЛЮЧЕНИЕ
 СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Наверное, нет в мире человека, который бы не испытывал тревогу. Тревога — это нормальная человеческая эмоция, она возникает как реакция на потенциальную опасность. Тревога всегда помогала нам выживать. В ходе эволюции, как правило, выживают более тревожные особи, потому что они лучше анализируют опасность, и поэтому шанс того, что выживут именно они, повышается. В последующих поколениях гены, связанные с тревожностью, передаются дальше. Есть теория, что широкое распространение тревожных расстройств является результатом такой селекции.
Конечной целью является ознакомление с тематической литературой, дальнейшее осмысление и закрепление теоретического материала с перспективой применения усвоенных знаний на практике.

1. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

1. Определение и симптомы тревожного расстройства

Термином тревожные расстройства определяются различные виды неврозов, общими признаками которых является наличие у пациента выраженной тревоги и страха.
Страх и тревога являются естественными эмоциональными реакциями человека. По мнению Р. Мэй, «тревога есть опасение в ситуации, когда под угрозой оказывается ценность, которая, по ощущению человека, жизненно важна для существования его личности» [9]. В данном контексте тревога является естественной, адекватной, полезной. Однако в тех случаях, когда страх и тревога являются чрезмерными или вовсе беспочвенными, эти эмоциональные реакции являются признаками невротического заболевания, относящегося к группе тревожных расстройств.

Клинически ТР проявляются психическими и соматическими симптомами, важной отличительной чертой которых является полисистемность:
а) психические проявления: опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.); беспокойство по мелочам; раздражительность и нетерпеливость; ощущение напряженности, скованность; суетливость; неспособность расслабиться; ощущение взвинченности или пребывания «на грани срыва»; невозможность сконцентрироваться; ухудшение памяти; быстрая утомляемость; страхи; навязчивые мысли, образы;
б) соматические (вегетативные) проявления: потливость, холодные и влажные ладони; сухость во рту; ощущение «кома» в горле; чувство нехватки воздуха; напряжение и боль в мышцах; тошнота, понос, боли в животе; головокружение; предобморочное состояние; снижение либидо, импотенция; напряжение и боль в мышцах; учащенное сердцебиение; приливы жара или холода.
От того, по какому пути идет конкретизация (реализация) тревоги, зависит формирование того или иного варианта ТР.

2. Классификация и характеристика тревожных расстройств

В настоящее время используют две классификационные системы МКБ-10 ВОЗ (World Health Organization, 1992), дополненную однозначно сформулированными диагностическими критериями исследования (World Health Organization, 1993), и четвертую версию DSM Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994, 1996), содержащую более дифференцированные признаки расстройств.
Согласно МКБ-10 тревожные расстройства делятся на [8]:. Тревожно - фобические:
• агорафобия
• фобия социальная
• фобия специфическая . Другие тревожные расстройства:
• паническое расстройство
• генерализованное тревожное расстройство (ГТР)
• смешанное тревожно-депрессивное расстройство
• обсессивно - компульсивные расстройства
• реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации
. Тревожно - фобические расстройства. Возникают на особой психастенической конституциональной почве, для которой характерна мнительность, тревожность, эмоциональность, застенчивость, робость. Начало по типу условного рефлекса (вначале страх возникает при наличии патогенной ситуации, затем при воспоминании и, наконец, превращается в навязчивость). Проявляются тревогой и конкретным страхом, сопровождающимся вегетативной дисфункцией. Для фобического страха характерна кондициональность - он появляется лишь при определенных условиях и вне этих условий не возникает. В результате пугающие ситуации или объекты избегаются или переносятся с чувством страха. Следует дифференцировать с органическими расстройствами, сопровождающимися тревогой (сердечно - сосудистыми, легочными, неврологическими, эндокринными, интоксикационными, абстинентными).

\* Агорафобия. Проявляется как страх открытых пространств, толпы, потери сознания в людном месте, отсутствия немедленного доступа к выходу, путешествия одному в транспорте и т.д. Одновременно присутствует неспособность вернуться в безопасное место. Возникает психогенно у людей с достаточно развитым воображением, чаще у женщин. Симптоматика обогащается постепенно и в конечном итоге пациенты дезадаптируются и становятся прикованными к дому. Следует дифференцировать с депрессивным эпизодом, если к моменту появления фобии была отчетливая депрессия.
\*Социальные фобии. Характеризуется как страх испытать внимание со стороны окружающих и обычно сочетается со сниженной самооценкой и боязнью критики. В анамнезе может быть строгое оценочное воспитание в детстве, отсутствие поощрения со стороны родителей, формирующие низкий уровень самооценки, стремление любыми путями завоевать интерес и признание окружающих. Начало чаще в подростковом возрасте со страха ответа у классной доски или при любой иной оценочной ситуации, закрепляющейся рефлекторно. Социальные фобии могут носить изолированный характер и заключаться в специфическом характере страха - при публичных выступлениях, еде, встречах с противоположным полом. Если фобические переживания распространяются на все ситуации вне семейного круга, говорят о диффузном характере социальной фобии. Больные жалуются на покраснение лица, чувство кома в горле, сердцебиение, сухость во рту, слабость в ногах, невозможность сосредоточиться на действии. Формирующееся избегание критических ситуаций приводит к частичной или полной социальной изоляции.
\*Специфические (изолированные) фобии. Данные фобии ограничены строго определенными ситуациями и не возникают вне таковых. Развиваются в детстве или подростковом возрасте. Сюда относят: боязнь животных, высоты, замкнутых пространств, экзаменов, грозы, темноты, полетов в самолетах, мочеиспускания и дефекации в общественных туалетах, приема определенной пищи, лечения у зубного врача, вида крови или повреждений, страх заболеть определенным заболеванием и другие изолированные страхи.

.Другие тревожные расстройства. Отличаются тем, что при данных расстройствах проявления тревоги сочетаются с другими симптомами и не ограничиваются особой ситуацией. Фобические элементы могут присутствовать, но они являются вторичными и менее тяжелыми.
\*Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога).Расстройство проявляется в виде приступов, обычно возникающих без видимого повода, в том числе во время сна (больной внезапно просыпается). Интенсивная тревога-недомогание достигает максимума в течение нескольких минут и может длиться до получаса. Больные опасаются остановки сердца, удушья, потери сознания, сумасшествия, смерти. Иногда они мечутся, пытаются быстро покинуть место, где находятся, а иногда просят о помощи, вызывают неотложку либо обращаются в поликлинику. Приступ может заканчиваться обильным мочеиспусканием, рвотой или поносом, затем больной засыпает. Впоследствии пациенты оценивают свое поведение, как нерациональное и неадекватное, и между приступами их гнетет тревожное ожидание повторения.
Паническое расстройство диагностируют, когда четыре или более из нижеследующих четырнадцати симптомов возникают внезапно и достигают своего пика в течение 10 минут:
1.ощущение нехватки воздуха, одышка;
2.пульсации, сердцебиение;
3.дискомфорт в левой половине грудной клетки;
4.головокружение, неустойчивость;
5.затруднение дыхания, удушье;
6.слабость, дурнота, предобморочное состояние;
7.озноб, тремор;
8.волны жара и холода;
9.потливость;
10.ощущение дереализации, деперсонализации;
11.сухость во рту, тошнота или абдоминальный дискомфорт;
12.ощущение онемения или покалывания (парестезии);
13.страх смерти;
14.страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.
При этом на протяжении четырех недель происходит, по крайней мере, четыре приступа. И, наконец, появление приступов не зависит от какого-либо органического фактора (например, кофеиновой интоксикации или гипертиреоза).
В атипичных случаях приступы более длительные, эмоциональный компонент тревоги в них выражен мало, преобладают локальные боли (головная боль, боли в животе), рвота, сенестопатии, мышечное напряжение. Такие состояния диагностируются как алекситимические панические атаки.
Когда вегетативные проявления преобладают над тревогой, расстройство обозначается как вегетативный криз. У женщин вегетативные кризы чаще появляются после аборта, на фоне токсикоза беременности. У 90% из них отмечается сексуальная дисгармония с партнером. У мужчин на первом месте стоят алкогольные эксцессы и физическое переутомление.
\* Генерализованное тревожное расстройство (ГТР).
Является результатом хронического стресса, чаще встречается у женщин. Возникают жалобы на нервозность, страх, что больной или его родственники скоро заболеют или с ними произойдет несчастный случай, а также другие волнения и дурные предчувствия. Основной чертой ГТР (самого частого из психических расстройств) является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими-либо определенными обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах, т.е. является нефиксированной. В качестве клиники выступают:
опасения: беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и д.р.

моторное напряжение: суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться
вегетативная гиперактивность: потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.
Исследования показали высокую сопряженность ГТР с такими соматическими заболеваниями, как аллергия,  люмбалгия, мигрень, болезни обмена веществ, желудочно-кишечного тракта.
\* Обсессивно - компульсивное расстройство. Развиваются на такой конституциональной почве как педантичность, застреваемость, порядочность, ригидность. Играют роль биологические (травма в родах, изменения при ЭЭГ), генетические (частота патологии у ближайших родственников 3-7%), психогенные факторы (нарушение нормального роста и развития, связанное с анально-садистской фазой).
Возникают жалобы на повторяющиеся, тягостные для больного, абсурдные и иррациональные мысли (обсессии), образы или влечения, воспринимающиеся как бессмысленные, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум и вызывают безуспешную попытку сопротивления.
Смысл ритуалов и компульсивных действий заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий. Наиболее часто встречается навязчивый страх загрязнения (мизофобия), навязчивые сомнения, сопровождающиеся компульсивными проверками, и навязчивая медлительность, при которой обсессии и компульсии объединены и пациент очень медленно выполняет повседневные дела.
\* Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Важным моментом является относительный характер психотравмы, то есть индивидуальная, часто особая уязвимость. Расстройства препятствуют социальному функционированию и продуктивности. Сюда относятся: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и нарушение адаптации.

3. Предрасполагающие факторы и причины возникновения ТР

Выделяют биологические и психологические предпосылки формирования тревожных расстройств.
Психологические аспекты представлены в рамках различных психологических теорий. В частности, психоаналитическая теория рассматривает тревогу как сигнал появления неприемлемой, запретной потребности или импульса, которые побуждают индивида бессознательно предотвращать их выражение. С позиций бихевиоризма тревога и, в частности, фобии первоначально возникают как условно-рефлекторная реакция на болезненные или устрашающие стимулы. Когнитивная психология делает акцент на ошибочных и искаженных мыслительных образах, предшествующих появлению тревоги.

Биологические теории берут в основу специфическое состояние мозгового субстрата. Любые расстройства рассматриваются как следствие церебральных патологических изменений. В частности, исследования биоэлектрической активности мозга пациентов показывают различия пространственно-частотных характеристик электроэнцефалограммы у лиц с повышенным уровнем тревожности[3]. Исследование уровня церебрального метаболизма позволяет предполагать, что реактивную тревожность обеспечивают такие структуры, как верхнетеменная ассоциативная кора, парагиппокампальная извилина, таламус и хвостатое ядро, амигдалярный отдел мозга.
Отдельная роль отводится психотравмирующим раздражителям: информации о семейных или любовных неприятностях, потере близких, крахе надежд, неприятностях по месту работы, предстоящем наказании за правонарушение, угрозе жизни, здоровью или благополучию. Раздражитель может быть однократный сверхсильный - соответствует острой психической травме, или многократно действующий слабый раздражитель - тогда речь идет о хронической психической травме или психотравмирующей ситуации. Значимость информации для данного конкретного индивидуума определяет степень ее патогенности.
К возникновению психогенных заболеваний предрасполагают такие факторы как: ослабляющие нервную систему заболевания (черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции), а также длительное недосыпание, переутомление, нарушение питания и длительное эмоциональное напряжение.
Особенность современного подхода состоит в представлении о многофакторной природе тревоги, признании единства биологических, психологических и социальных составляющих.

4. Этапы диагностики тревожных расстройств

При диагностике ТР необходимо соблюдение определенной последовательности (этапности).
Этап I - сбор информации:
Вопросы врача в начале интервью должны быть только открытыми, важно сразу побудить пациента как можно свободнее сформулировать причины обращения за помощью и поддержать любые его попытки обсудить психологические или межличностные проблемы. Первые 2-3 минуты пациента нельзя перебивать, останавливать. Наличие тревожного расстройства следует предположить уже тогда, когда пациент описывает симптоматику функционирования нескольких органов и систем, которая не укладывается в ясную картину какого-либо распространенного соматического заболевания, а среди жалоб пациента есть хотя бы 3-4 симптома из числа описанных ранее проявлений тревоги. После такого, предположения следует целенаправленно ставить полуоткрытые и закрытые вопросы для проверки наличия остальных симптомов.
Этап II - оценка психического состояния:
Необходимо обратить внимание на различные внешние проявления тревоги - неусидчивость, сидение на краешке стула, потребность менять положение тела, беспокойные руки и ноги, стремление увеличить дистанцию с собеседником или спрятаться за физическим барьером (закрытая поза, скрещенные руки, сумка на коленях), избегание взгляда, учащенное дыхание, отрывистая речь, вздрагивание при посторонних звуках, потные ладони и т.д.
Этап III - соматическое обследование:
При первой встрече с пациентом соматическое обследование должно быть проведено обязательно, даже если врач убежден, что перед ним пациент с диагнозом патологической тревоги.
Этап IV - постановка диагноза и информирование пациента:
После того как диагноз тревожного расстройства поставлен, очень важно достаточно полно проинформировать пациента о его заболевании. Это имеет большой психотерапевтический смысл.

2. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

1. Отличия когнитивного подхода к проблемам клиентов

Когнитивная терапия предполагает, что проблемы пациента вытекают из субъективных искажений реальности, основанных на ошибочных предубеждениях и предположениях. Эти искаженные представления возникают в результате неправильного научения в процессе познавательного (или когнитивного) развития личности. Исходя из этого, когнитивный терапевт помогает пациенту отыскать неполадки в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим, способам восприятия своего опыта.
Джеймс Прохазка и Джон Норкрос сформулировали основные черты когнитивной терапии [4, с. 269]:
-неудовлетворенность клинической теорией и результатами психоанализа;
- когнитивная ориентация - помощь клиентам состоит в том, чтобы научить их правильно мыслить, так как все проблемы проистекают из нарушений мышления;
- эмпиризм - теория должна отвечать принципам объективной науки, никакие мифы о природе человека недопустимы;
- проблемная ориентация - направленность на решение конкретных проблем взаимоотношений, а не на проработку глубинных личностных травм;
- психотерапия является разновидностью обучения, а психотерапевт выполняет роли учителя и ученого;
- обязательным элементом лечения является домашняя работа клиента.
Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет отношение человека к самому себе и своим проблемам. Отказавшись от представлений о себе как о беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рождать ошибочные идеи, но и, самое главное - способное отучиться от них или исправить их. Определив и исправив ошибки мышления, клиент уже может моделировать реальность с более высоким уровнем самоосуществления. Таким образом, мишенью когнитивной терапии служат неправильные когнитивные образования - неадаптивные мысли, убеждения и образы [4, с. 269].
Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. Для человека жизненно необходимо наличие функционального аппарата для приема информации из окружающей среды, синтезирования ее и планирования действий на основе этого синтеза.
При различных психопатологических состояниях по Аарону Беку на переработку информации оказывает влияние «систематическое предубеждение», проистекающее из болезненного внимания к неадаптивным автоматическим мыслям. Тревожный клиент из информации, предоставляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы опасности. Например, человек, для которого идея возможности внезапной смерти имеет особое значение, может начать интерпретировать нормальные телесные ощущения как сигналы наступающей смерти, и тогда у него разовьются приступы паники.
Когнитивный сдвиг можно сравнить с компьютерной программой. При чем для каждого расстройства она специфична. Программа диктует вид вводимой информации и определяет результирующее поведение. При тревожных расстройствах активируется «программа выживания»: индивид из потока информации выбирает сигналы опасности и блокирует сигналы безопасности. Результирующее поведение будет состоять в том, что он будет чрезмерно реагировать на относительно незначительные стимулы, как на сильную угрозу и будет отвечать избеганием.
Активированная программа напрямую ответственна за когнитивный сдвиг в переработке информации. Когда нормальная программа реагирования заменяется дезадаптивной, индивид испытывает симптомы тревоги, фобии или паники. Стратегии и техники когнитивной терапии предназначены для дезактивации таких программ и сдвига когнитивного аппарата переработки информации в более нейтральное положение.
Чтобы устранить нежелательную программу, необходимо знать каким же образом она формируются и закрепляются.
У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место, так называемая «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти уязвимости относятся к структуре личности. Личность, в свою очередь, формируется схемами, или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения или позиции. Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Например, за убеждением: «Я ответствен за счастье других» может скрываться другое, более ранящее убеждение - «Я ничего из себя не представляю, я не нужен другим людям» [4, с. 270].Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и уже влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций.
Из сказанного выше понятно, что схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами и включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами. У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются ранние негативные схемы или ядерные убеждения. Например, «со мной происходит что-то неладное», «люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, не соглашаться со мной или неправильно понимать меня». При наличии таких убеждений у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства.
На переработку информации по Аарону Беку также влияют «условные предположения», которые обычно начинаются с «если»:
«Если есть что-то опасное (или может стать таковым), человек должен быть очень этим обеспокоен и обязан концентрировать внимание на возможности его появления».
«Если человек хочет считать себя стоящим, он должен быть абсолютно компетентным, адекватным и успешным во всех отношениях».
Данные «если» прекрасно иллюстрируют философию долженствования, присущую людям с психологическими проблемами.
Подводя итог, хочу еще раз подчеркнуть, что основной чертой когнитивного подхода является работа по выявлению и адаптации, насколько это возможно, дисфункциональных когнитивных схем.

.2 Когнитивные модели эмоциональных и личностных расстройств

Отталкиваясь от основных положений, теоретических концепций и эмпирических данных когнитивной психотерапии известные когнитивисты достаточно глубоко проработали модели различных психических расстройств. Более того, наибольшее внимание в многочисленных работах исследователей отдается когнитивным моделям депрессии и разновидностям тревожных расстройств.
1. Когнитивная модель депрессии.
А. Бек описывает когнитивную триаду при депрессии следующим образом:
I. Негативное представление о себе (депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного).
II. Негативный взгляд на мир (депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей; мир лишен удовольствия и удовлетворения).
III. Нигилистический взгляд на будущее (депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы и эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслям).
Таким образом, у пациентов, склонных к депрессии имеются следующие условные предположения: «Если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня»; «Если человек не любит меня, значит, я недостоин любви». Такие люди могут функционировать относительно хорошо до тех пор, пока не испытают поражения или отвержения. После этого они начинают считать, что никто не уважает их или что они недостойны любви. В большинстве случаев такие убеждения можно рассеять в краткосрочной когнитивной терапии, однако если они составляют ядро убеждений, то требуется более длительное лечение.
2. Когнитивная модель тревожных расстройств.
Наиболее важной отличительной чертой мышления тревожного пациента является доминирование темы опасности. Такой человек постоянно предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи или для его имущества и других ценностей. Чтобы избежать неожиданного удара, он пытается предсказать непредвиденные негативные события и с большим усердием ищет новые знаки опасности. В результате, невольно читая такие знаки во вполне обычных ситуациях, раб собственной тревоги еще больше тревожится и попадает в замкнутый круг.
Второй важной чертой является совершенная нечувствительность к сигналам, свидетельствующим о снижении угрозы. Если нормальные индивиды могут контролировать свое неправильное восприятие, используя логику и очевидность, то тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других признаков стабилизации.
По мнению когнитивистов, восприятие опасности тревожным пациентом основано на определенном наборе ложных предположений. К наиболее частым базовым иррациональным убеждениям людей с ТР Альберт Эллис относит следующее:
«Для взрослого человека совершенно необходимо иметь любовь или одобрение практически каждого значительного человека в его окружении».
«Это ужасно и катастрофично, когда что-то идет не так, как очень бы хотелось».
«Если есть что-то опасное или страшное (или может стать таковым), человек должен быть очень этим обеспокоен и обязан концентрировать внимание на возможности его появления».
«Если человек хочет считать себя стоящим, он должен быть абсолютно компетентным, адекватным и успешным во всех отношениях».
Когда люди с подобными базовыми установками сталкиваются со стрессовым событием, таким как экзамен или встреча с незнакомым человеком, они склонны считать его опасным и угрожающим, принимать близко к сердцу и чувствовать страх. Если влияние этих посылок распространяется на все большее количество событий в жизни, у человека может развиться генерализованное тревожное расстройство.
Подобным образом и Аарон Бек считает, что люди с генерализованным тревожным расстройством постоянно основываются на нереальных неосознаваемых посылках, которые предполагают постоянное нахождение этих людей в непосредственной опасности:
«Любая странная ситуация должна считаться опасной».
«Ситуация или человек являются опасными, пока не доказано обратное».
«Лучше всегда предполагать худшее».
«Моя сохранность и безопасность зависят от моего предвидения и моей ежеминутной готовности к любой возможной опасности».
Таким образом, при тревожных расстройствах нормальный эволюционный механизм выживания, связанный с тревогой, становится преувеличенным и начинает работать со сбоями. Нельсон-Джоунс Р. В своей книге «Теория и практика консультирования» конспективно приводит вышеперечисленные когнитивные ошибки, отражающие дисфункциональную схему:
переоценка вероятности и серьезности угрозы
преувеличение значения отрицательных последствий (предсказание катастрофы)
недооценку ресурсов, необходимых для того, чтобы справиться с угрозой
недостаточное внимание к факторам поддержки
преуменьшение своей способности справляться с трудностями
Профессор кафедры психологии Принстонского университета Рональд Дж. Комер в книге «Нарушения и патология психики» ссылается на многочисленные исследования доказавшие, что:
пациенты с ТР действительно имеют неадекватные убеждения, как утверждают Эллис и Бек
человек с симптомами генерализованного тревожного расстройства уделяют большую часть своего внимания беспокоящим сигналам
ТР более свойственны индивидам с различными психологическими проблемами
группу риска составляют люди, в жизни которых часто происходили непредсказуемые негативные события
Завершая характеристику когнитивной модели тревожного расстройства, хочется особо выделить склонность пациента преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию.
3. Когнитивная модель панического расстройства.
Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы - кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная - потерпят крах. Из-за своего страха они постоянно прислушиваются к внутренним ощущениям и поэтому замечают и преувеличивают ощущения, которые проходят незамеченными у других людей.
Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит: они не способны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.
Пациенты, у которых был один или несколько приступов паники в конкретной ситуации, начинают избегать этих ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые затем неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья (сердечного приступа, потери сознания, удушья), что может привести к полному разворачиванию панического приступа. Благодаря искаженным когнитивным схемам пациенты так ограничивают свою деятельность, что не могут отходить далеко от дома и нуждаются в сопровождающем.
4. 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. Так, пациент с фобией тоннелей испытывает страх перед крушением в тоннеле и собственной смертью от удушья; другого пациента будет ужасать возможность наступления острого, смертельно опасного заболевания, если ему вовремя не окажут помощь. При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях.
Интересно, что поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что способны вызывать как раз то, чего боится пациент.
5. Когнитивная модель обсессий и компульсий.
Пациенты с обсессиями подвергают сомнению ситуации, которые большинством людей считаются безопасными. Сомнение обычно касается ситуаций, которые являются лишь потенциально опасными.
Обсессивные пациенты постоянно сомневаются, совершили ли они действие, необходимое для безопасности (например, выключили ли газовую плиту, заперли ли на ночь дверь, они могут бояться микробов). Никакое разубеждение не устраняет страха. Главная их черта - чувство ответственности и убеждение, что они ответственны за совершение действия, которое может повредить им и их близким.
Компульсивные пациенты предпринимают попытки уменьшить чрезмерные сомнения, выполняя своеобразные ритуалы, предназначенные для нейтрализации и предупреждения несчастья. Так компульсивное мытье рук основывается на убеждении пациента, что он не устранил всю грязь со своего тела.
Рассмотрев более подробно когнитивные модели ряда психопатологических расстройств, хочется подчеркнуть, что когнитивные профили тревоги, депрессии и других расстройств весьма различны, а потому требуют совершенно разных терапевтических подходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хочу изложить ряд выводов, возникших в процессе изучения материала по избранной теме:
. Несмотря на множество особенностей, когнитивные модели различных видов тревожных расстройств объединены одним общим признаком - высоким уровнем тревоги.
. Тревожные расстройства имеют сложную биопсихосоциальную детерминацию. Однако в системе психологических факторов когнитивная модель психических расстройств отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет, что они чувствуют и как они действуют [2, с. 104].
. По принципам когнитивная терапия наиболее близка бихевиоральной и их общими чертами являются эмпиричность, центрированность на настоящем, ориентация на проблему. В отличие от психоаналитиков когнитивные терапевты работают с сознательным содержанием, а не с подсознанием.
. Максимальной эффективности в работе с тревожными пациентами можно достичь благодаря комплексному подходу, сочетающему когнитивную психотерапию, психофармакотерапию и социально-средовое воздействие.
Учитывая повсеместный рост психических расстройств в современном обществе и социальный аспект данной патологии, мне представляется важным повышение информированности специалистов широкого профиля (социальных работников, педагогов, психологов работников поликлинических учреждений) об особенностях диагностики и терапии тревожных расстройств и когнитивного подхода к проблемам клиента.
В силу различных причин когнитивная психотерапия не способна в одно мгновение в корне изменить основную структуру личности, тем не менее, она достаточно эффективно помогает пациентам становиться более гибкими в удовлетворении своих потребностей и использовании способностей, а значит, налаживает их социальное функционирование.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бек, А. Техники когнитивной психотерапии / Московский психиатрич. журнал. Спецвыпуск по когнитивной терапии. - 1996. - №3, с.40 - 49.
2. Боковикова, А.М., Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. // Основные направления современной психотерапии. М.: «Когито-центр», 2000. - 379 с.
3. Будик, А.М., Корабельникова Е.А. Тревога как клинико-психофизиологический феномен // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2009, № 4, с. 73-75.
4. Бурлачук, Л., Кочарян А., Жидко М,. // Психотерапия. Учебник для ВУЗов. - Издательство «СамИздат» - 2010. - 324 с.
5. Доморацкий, В.А. Современная психотерапия (краткосрочные подходы): пособие для студентов. - Минск: БГУ, 2008. - 219 с.
6. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2011 г. - Минск: ГУ РНМБ, 2012. - 304 с.: табл.
7. Комер, Р. / Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-е изд. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2012. - 608 с.