

Когнітивно-поведінкова терапія депресії

Олег Романчук

лікар-психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр (Львів)

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найпоширеніших форм психотерапевтичної допомоги людям з різними психіатричними розладами. Вона є також одним із найбільш науково-досліджених психотерапевтичних методів, щодо ефективності якої існує велика доказова база. На даний момент КПТ є включена в протоколи лікування більшості психіатричних розладів і займає важливе місце в терапії депресії, тривожних розладів, розладів харчування, посттравматичного стресового розладу, розладів особистості та багатьох інших. Вона застосовується з дітьми, дорослими та людьми похилого віку, в індивідуальному, груповому, сімейному форматі, на основі КПТ написані чисельні книжки з самопомоги та розроблено відповідні онлайн програми. Втім в Україні, на жаль, КПТ є мало розповсюджена, фахової літератури на цю тему є обмаль, як і немає ґрунтовних навчальних програм, які б готували фахівців з КПТ. У цьому відношенні віховою подією став вступний курс з КПТ проведений британськими фахівцями з Королівського Коледжу Психіатрії у жовтні 2008 року у Києві, яким започатковано навчальний проект з КПТ для українських фахівців. Під час вступного курсу британськими фахівцями було представлено основи КПТ як психотерапевтичного методу, а також принципи застосування КПТ при лікуванні депресії та обсесивно-компульсивного розладу у дітей та дорослих. Дана стаття стисло представляє основи застосування КПТ при депресії, детальнішу інформацію можна знайти у базових посібниках, які подаються у бібліографії.

Місце КПТ у терапії депресії – покази та ефективність

Згідно сучасних протоколів терапії депресії (для прикладу див. Британський протокол та огляд досліджень щодо ефективності КПТ депресії у NICE (2004) с. 119-131) когнітивно-поведінкова терапія та фармакотерапія антидепресантами є двома основними методами терапії. При депресивному епізоді легкого або помірного ступеню ці два методи є рівно ефективні (при чому при КПТ редукуються усі симптоми депресії, включаючи біологічні) – хоча переносимість КПТ є кращою у порівнянні до фармакотерапії з огляду на можливі симптоми побічної дії антидепресантів; при депресіях важкого ступеню фармакотерапія є більш ефективною як ізольований метод лікування, втім поєднання фармакотерапії та КПТ є більш ефективне, ніж застосування ізольованої терапії антидепресантами. Так само поєднання фармакотерапії та КПТ є більш ефективне при хронічній депресії – дослідження показали також, що доєднання КПТ до фармакотерапії суттєво зменшує частоту рецидивів. Порівняння ізольованого застосування КПТ або фармакотерапії показує також те, що є певна перевага КПТ щодо досягнення тривалої ремісії та попередження рецидивів. Таким чином на основі порівнянь та досліджень ефективності терапії депресії протокол NICE (2004) рекомендує:

- При депресії легкого ступеню – методом вибору вважати КПТ
- При депресії помірного ступеню – методом вибору є фармакотерапія антидепресантами (SSRI) або на вибір клієнтів - КПТ
- При депресії вираженого ступеню важкості – поєднання терапії антидепресантами та КПТ
- При фармакорезистентній депресії – поруч з різними можливостями аугментації/зміни фармакотерапевтичних середників пропонується як варіант додати КПТ до фармакотерапії
- При хронічній та рекурентній депресії - поєднання терапії антидепресантами та КПТ
- При депресії у дітей та підлітків – методом вибору завжди є КПТ (поряд з інтерперсональною та короткотривалою сімейною психотерапією), і лише при недостатньому ефекті психотерапевтичних методів допомоги чи недоступності останньої – додати фармакотерапію антидепресантами (SSRI)

Когнітивна модель депресії

Когнітивна модель депресії була детально розроблена (Beck A., 1979) і представлена у його класичній праці «Когнітивна терапія депресії». Згідно цієї моделі фактором схильності до депресії є наявність в особистості людини негативних «схем», які пов'язані з негативним досвідом з дитинства чи пережитими травматичними подіями – свого роду негативних переконань (наприклад, «я нічого не вартий; я - невдаха, ні на що не

здатен»). З цими «корінними» переконаннями можуть бути пов'язані вторинні припущення (наприклад, «я чогось вартий лише тоді, коли здобуваю успіх / є першим / роблю усе досконало і т.п.»). Ці схеми можуть бути «дрімаючими», латентними і бути активованими якимось життєвими подіями – і ці події не обов'язково мають бути в загальному розумінні особливо травматичними – суть у їх значенні для пацієнта та в їх здатності активізувати схему (наприклад, втрата роботи, низька оцінка за екзамен чи критичне зауваження керівника можуть в однаковій мірі активізувати схему «я ні на що не здатен») – і тоді ці схеми починають визначати спосіб сприйняття людиною себе, своєї теперішньої життєвої ситуації, свого майбутнього – і негативна схема веде до перцептивних порушень, а відповідно породжує потік негативних думок (наприклад, «мене звільнили, бо я невдаха, нічого не можу, з мене усі сміються, мене ніхто не поважає, я ніколи не знайду більше роботи, я не зможу забезпечити свою сім'ю, я приношу усім одні нещастя, їм усім стане лиш легше, як я помру» і т.д.). При депресії, коли активована схема, людина починає сприймати ці думки як дійсність, а відповідно це породжує типові симптоми депресії – афективні, когнітивні, мотиваційні, поведінкові (пригнічений настрій, ангедонія, апатія, втрата енергії, порушення пам'яті, уваги, сну, апетиту, пасивність, зменшення активності, занедбання виконання своїх обов'язків і т.д.). При цьому когнітивна модель депресії визнає, що у походженні депресії не менш важливу роль відіграють і біологічні фактори - генетичні чинники та біохімічні порушення в нейротрансмітерних системах мозку – депресивне мислення не є обов'язково причиною депресії, але воно завжди є частиною депресії – чи вона більш ендогенна чи екзогенна по походженню. Наявність самих симптомів депресії вторинно піддається когнітивно-перцептивним помилкам і породжує нове коло негативних думок («я ніколи не вилікуюся, закінчу життя у психіатричній лікарні, усі тільки мучаться через мене і т.п.»). Думки ж у свою чергу призводять до погіршення емоційного стану – а це до неадекватних поведінкових реакцій (наприклад, уникнення соціальних контактів, перестати ходити на заняття чи роботу і т.п.). Це в свою чергу породжує нові життєві проблеми і нове коло депресивного мислення («мене виженуть з університету, мною ніхто не цікавиться, у мене нема друзів і т.п.»). Таким чином, по мірі поглиблення депресії в людині починає усе більше домінувати негативне, песимістичне мислення і паралельно цьому відбувається погіршення емоційного стану та соціального функціонування. У такий спосіб формується злякисне «замкнене коло» депресії.

Загальні характеристики КПТ як методу в цілому та при терапії депресії зокрема

Відповідно до такої моделі депресії і у відповідності до загальної концепції когнітивної терапії КПТ зосереджена насамперед на тому, що критичним фокусом психотерапевтичних втручань є зміна мислення пацієнта, його способу сприйняття себе та своєї життєвої ситуації. Критичним місцем дій з метою «вирватися» із злякисного лабіринту депресії є власне звільнення від тенденції до негативного сприйняття дійсності та потоку негативного мислення, яке обумовлює/підтримує афективні симптоми та поведінкові зміни. Це відбувається поруч з роботою із схемами та переконаннями пацієнта, а також із втручаннями щодо змін у сфері поведінки.

Загалом як метод КПТ характеризується насамперед тим, що терапевтична робота відбувається відповідно до формулювання кожного випадку у рамках когнітивної теорії; КПТ побудована на ефективному партнерстві та співпраці між терапевтом і пацієнтом, якому відводиться активна роль у вирішенні своїх проблем та досягненні поставлених цілей. КПТ є відповідно орієнтована на вирішення цих проблем і досягнення цілей, відповідно вона є структурована і намагається бути також чітко окресленою в часі. КПТ базується на методі спільного емпіричного дослідження, пошуку шляхів досягнення цілей, а не «читанні лекцій», спробах переконати пацієнта і т.п. Вона є едукативною по своїй суті і допомагає пацієнту у розвитку необхідних вмінь та виробленні необхідних стратегій для досягнення усе більшої самостійності та незалежності від психотерапевта. КПТ вчить пацієнта стати собі самому психотерапевтом, вона націлена не лише на редукцію симптомів, але при потребі і на звільнення від тих «схем» та особистісних порушень, які їх спричинили – а тому одним з основних завдань КПТ є попередження рецидивів і відповідно підтримка особистісного розвитку пацієнта, сприяння його якнайбільш повній самореалізації. КПТ є інтегративним підходом по своїй суті і використовує техніки інших психотерапевтичних напрямків з метою досягнення змін у мисленні, емоційному стані та поведінці пацієнтів. Детальніше основи КПТ див. Beck J. (1995)

Від обстеження до формулювання випадку та планування терапії

Ретельне обстеження є надзвичайно важливою передумовою ефективної психотерапії. Психіатричне обстеження є первинним до власне психотерапевтичного і є основою для визначення переліку необхідних

фармакотерапевтичних та психотерапевтичних втручань, визначення показів до психотерапії. Базове психіатричне обстеження включає в себе також і замір «інтенсивності» депресії за допомогою відповідних опитувальників та шкал півструктурованих клінічних інтерв'ю – їх дані будуть важливі для порівняння та подальшого моніторингу ефективності терапії. Так само надзвичайно важливим компонентом при обстеженні пацієнтів з депресією є дослідження присутності і ступеню суїцидальності, що також ставить свої певні наголоси як у загальному веденні пацієнта, так і в психотерапії.

Власне ж психотерапевтичне обстеження передбачає не лише встановлення точного діагнозу депресії, але насамперед це є комунікативний процес між пацієнтом та психотерапевтом, під час якого будується терапевтичний альянс, досягається розуміння терапевтом життєвої ситуації пацієнта, формулюються цілі терапії, список проблем, з якими доведеться спільно працювати. В процесі обстеження терапевт будує формулювання випадку в рамках когнітивної моделі, яке передбачає окреслення життєвої ситуації пацієнта, його особистості та тих негативних схем, переконань, які були активовані критичними подіями, а також характеру перцептивних порушень, негативних думок, змін в соматичному самопочутті, емоційному стані та в поведінці. Когнітивне формулювання у відповідний момент представляється пацієнту. Воно служить свого роду «картою» як для окреслення теперішнього стану, так і для планування «дороги» терапії. По мірі просування в терапії і отриманні нової інформації/досвіду самопізнання пацієнт спільно з психотерапевтом можуть далі розвивати це формулювання, при потребі міняти/доповнювати його, а відповідно і впроваджувати зміни в напрямку та стратегії терапії.

Зазвичай у КПТ в процесі перших двох зустрічей відбувається власне дослідження ситуації, побудова формулювання і психоедукація пацієнта як щодо депресії, так і загалом щодо того, що буде відбуватися у процесі психотерапії. Це свого роду «підготовка до подорожі». Ціллю цих перших зустрічей є побудова терапевтичного стосунку, подання інформації про депресію та сприяння розвитку надії щодо одужання, досягнення певного «базового» розуміння пацієнтом когнітивної моделі депресії та стратегії виходу з неї. Зазвичай встановлюються і певні очікувані часові рамки. В середньому КПТ депресії неускладненої іншими коморбідними розладами (зокрема розладами особистості) є в межах 20 сесій – по дві сесії в тиждень протягом перших 3-4 тижнів, тоді далі раз у тиждень. Останні сесії, орієнтовані на попередження рецидивів можуть бути раз у два тижні, а тоді раз у місяць/ три місяці/ півроку. В легших випадках може мати місце більш коротка психотерапія в 4-6 сесій. Звичайно тривалість сесії до години, при важких формах депресії на початках може мати місце більш коротка тривалість сесій (по 20 хв.), але більша їх частота (3-5 разів у тиждень), обґрунтуванням такого розкладу є протидія почуттям відчаю та зневіри та поведінкова активація пацієнтів. Вік пацієнта, наявність коморбідних розладів, виражених медичних, соціальних, інших проблем можуть вносити свої суттєві корективи у планування і структурування терапії – зокрема потребувати супутніх/додаткових інших фармакотерапевтичних та психосоціальних втручань (для прикладу, сімейна психотерапія, групова, соціальні втручання і т.п.).

Роль психоедукації

Психоедукація, тобто представлення пацієнту інформації про хворобу, є надзвичайно важливим компонентом КПТ. Як метод, в основі якого є партнерство та співпраця між пацієнтом та терапевтом, КПТ передбачає, що важливим завданням терапевта є допомогти пацієнту розуміти, що з ним відбувається, яке є пояснення його симптомів і якою є дорога зцілення, а відповідно як розділяються ролі між пацієнтом і терапевтом на цій дорозі. Психоедукація представляє пацієнту не лише у лаконічній, доступній формі сучасні знання про депресію, її причини і т.п., але і є водночас представленням когнітивною моделі депресії на прикладах саме випадку пацієнта (діагностичне формулювання, концептуалізація даного випадку) – це стає свого роду соціалізацією пацієнта, його впровадженням у модель когнітивної терапії, представленням її основних понять та компонентів дороги до зцілення.

Початкові тактики

На початках терапії важливим є вибір тих тактик, що є достатньо прості і можливі до реалізації пацієнтом, а відповідно можуть дати певне відчуття успіху, надії та певне початкове покращення у емоційному стані. Для пацієнтів з важкими формами депресії це є насамперед техніки поведінкової активізації, для пацієнтів з легшими формами – когнітивного дистанціювання та відволікання від депресивних думок.

Техніки дистанціювання/відволікання від депресивних думок. Їх застосування може бути другим кроком після проведення базової психоедукації щодо моделі депресії і пояснення взаємозв'язку між негативними думками та емоційним самопочуттям, а відповідно і поведінкою.

Пацієнтам представляється, для прикладу, у вигляді метафори про радіо, що при депресії в голові постійно ідуть негативні думки – і тут пробується разом з пацієнтом зробити маленький перелік його власних найбільш типових негативних думок – свого роду «хіт-параду». Тоді нагадується, що при депресії ці думки часто є помилковими, упередженими і не відповідають дійсності – а відображають тенденційно-негативне ставлення до себе і своєї життєвої ситуації. При цьому, пояснюється, ми можемо вірити цим думкам – і власне тому у нас може бути пригнічений настрій і т.д. На пізніших етапах терапії ми зможемо разом детально перевірити, чи те, що «трансляється» по радіо (тут важливо може бути уточнити, що не йдеться про галюцинації, а це лиш метафора щодо власних думок) є фактами чи лише перекрученням фактів, на разі ж важливо застановитися, що не можна беззастережно вірити думкам при депресії, бо власне і суть хвороби у тому, що оте «депресивне радіо» постійно транслює негативні «коментарі, прогнози» і т.п. Пацієнту пропонується подумати, які наслідки того, що отак «сидіти перед радіо і безперервно слухати, що там транслюється і вірити тому». Зазвичай пацієнти з легкими та помірними депресіями можуть критично визнати, що це лише погіршує настрій і забирає багато часу. Отож, їм пропонується вибудувати першу лінію захисту від потоку депресивних думок – дистанціювання. Це можна порівняти метафорично так, як би радіо грає, а ти його ігноруєш – тобто чуєш, але нагадуєш собі «це депресивне радіо, я не можу сліпо вірити усьому, що воно каже і т.п.». Тобто метафорично пропонується навчитися «селективно» слухати «радіо», не вірити сліпо усьому, навчитися вибирати, які думки корисні, а які наразі швидше хворобливі, депресивні і є сенс «вимкнути чи ігнорувати цю передачу».

Отож, на цьому етапі пацієнтів навчають техніки, яку КПТ запозичила з традиції медитації – спостереження за думками, їх усвідомлення без ідентифікації себе з ними (відповідно цей напрямок КПТ носить назву mindfulness based CBT). Отож, пацієнту пропонується зайняти позицію спостерігача своїх думок і замість того, щоб іти за ними, реагувати на них, спробувати сприймати їх більш критично і спокійно з певної внутрішньої дистанції. Як додаткові техніки, які можуть допомогти утримуватися від постійного слухання потоку депресивних думок, можуть бути запропоновані техніки поведінкової активації (знайдіть/заплануйте якісь позитивні заняття – від них більше користі і коли ви зайняті чимось легше відволіктися від потоку негативного мислення), а так само техніки перенесення уваги на «тут і тепер» (схожі з медитативними техніками фокусування уваги/присутності), чи ж техніка «зупинки» негативних думок і їх заміни на певну «позитивну» думку, ресурсні думки/образи (для релігійних людей це може бути також коротка повторювана молитовна фраза) або ж якась когнітивне заняття (наприклад, ментальна арифметика, наспівування про себе пісні і т.п.).

Техніки поведінкової активації. До них відноситься моніторинг власної активності, планування/організація часу та призначення градуйованих завдань. Метою цих технік є насамперед сприяти виходу пацієнта з злякисного кола депресії, при якому типовим є пасивність, уникання вирішення важливих завдань та проблем – і це в свою чергу призводить до накопичення проблем та нового кола негативного мислення та афекту. Поведінкова активація сприяє підвищенню загального тону, зменшенню кількості часу, що пацієнт проводить у депресивних «роздумах», вона також сприяє виявленню негативних думок, які стають на перешкоді до поведінкових змін – ці думки стануть фокусом наступної стадії когнітивних втручань. Організація власного часу, встановлення списку справ, їх організація в часі, «розбивання» їх на маленькі фрагменти сприяє також тому, що є більше шансів, що пацієнт зможе поступово вирішувати важливі справи, а відповідно це формує відчуття контролю над власною життєвою ситуацією, зменшує пригніченість та відчуття безпомічності. Техніки поведінкової активації подаються у формі домашніх завдань. Спосіб їх подачі є такий, що немає можливості невдачі у процесі їх виконання. Пацієнта наперед готується, що неспроможність виконати певні завдання є також терапевтично цінною, оскільки дозволяє виявити ті думки/переконання, які блокують важливі поведінкові зміни. Важливою ціллю технік поведінкової активації є теж збільшення позитивних активностей, що сприяють позитивному настрою і є ресурсними для пацієнта. Детальніше про застосування цих технік див. Beck J. (1995), Beck A. (1979).

Робота з перцептивними спотвореннями

Наступним етапом у КПТ звичайно є робота з когнітивними порушеннями. «Соціалізацією» пацієнта у роботу з негативними думками є типово представлення основних перцептивних спотворень характерних для осіб з депресією. Вони подаються як частина психоедукації і тоді пацієнту пропонується застановитися чи помічає він у себе ці характеристики депресивного сприйняття реальності – і як варіант, це може датися також і на домашнє завдання спостерігати за собою і протоколювати епізоди перцептивних порушень з визначенням їх типу.

Для прикладу, нижче подаються деякі типи перцептивних порушень при депресії:

- *Фокус на негативному/ тунельне бачення – помічати лише негативне і не бачити усього того, що є позитивне – в собі, в життєвій ситуації і т.п. Автор для представлення цієї характеристики депресивного сприйняття малює часом пацієнтам на білому аркуші чорну крапку і питає, що вони бачать, а тоді пояснює, як при депресії людина має схильність дивитися «тунельно», немов через телескоп на усе те, що в житті є негативне («бачити тільки крапку, а не увесь аркуш») – а відповідно як це веде до поганого настрою, зневіри і т.п. Тоді супутнім питанням (і можливим домашнім завданням) може бути як «ловити себе» на тунельному баченні, так і перерахувати усе позитивне, що зараз є у житті і т.п.*
- *Знецінення позитивного – воно іде звичайно паралельно фокусу на негативному – «те, що я успішно здав екзамен, то просто мені пощастило».*
- *Катастрофічне, фаталістичне мислення – схильність будувати негативні прогнози і вбачати катастрофічні наслідки усіх подій. Для прикладу, подивившись новини про економічну кризу, почати думати «мене звільнять з роботи і я не зможу знайти собі іншої, не буде грошей – чим заплачу на кредит ... аж до ...закінчу бездомним на вулиці».*
- *Емоційне мислення – висновок робиться не на основі фактів, а на основі суб'єктивних почуттів – наприклад, «я чуюсь невдахою, отже, так і є».*
- *Генералізація – схильність робити загальні висновки з окремих фактів. Наприклад, допустившись однієї помилки при виконанні якогось завдання на роботі, прийти до висновку «мені нічого не вдається, я завалюю усе, що мені довіряють зробити, я ні до чого не здатен».*
- *Персоналізація провини – схильність звинувачувати себе у тому, де немає твоєї провини.*
- *Чорно-біле мислення/ мислення по взірцю все або нічого – для прикладу, «я або зробив роботу бездоганно – і тоді я добрий працівник, а якщо зробив хоч одну помилку – це жахливо і я ні до чого».*
- *Ментальний фільтр/вибіркове абстрагування – висновки робляться лише на основі окремих, вибраних (звичайно негативних) фактів – для прикладу, «я не знав відповіді на одне питання викладача – я нічого не знаю». Те, що на усі інші питання знав відповіді – не враховується.*
- *Наклеювання етикеток – схильність приписувати собі або іншим «етикетки» - фіксовані, глобальні характеристики – «я зла, жахлива мама» (після епізоду, як понервувалася на дитину).*
- *Читання думок – впевненість у тому, що знаєш, що інші думають про тебе – наприклад, «вони всі думають, що я потвора».*

Робота з автоматичними думками

Центральним компонентом КПТ при терапії депресії є робота з негативними, автоматичними думками. Під ними маються на увазі ті думки, які виникають у відповідь на певну життєву ситуацію і ведуть до неадекватного, негативного її сприйняття, а відповідно до негативних емоцій та неадекватних дій. Ці думки часто є короткотривалі, напівсвідомлені, вони мало або зовсім не піддаються критичному аналізу – саме звідси їх назва «автоматичні».

Для прикладу, пацієнтка описує, що вдень у неї був дещо кращий, ніж звично настрої, але тоді увечір різко погіршився. При спробі детально «прокрутити» події, що передували погіршенню настрою, пацієнтка задала, що вона зробила дзвінок на мобільний телефон товаришці, але та не піднімала трубки. На питання терапевта, яка думка промайнула в цей час, пацієнтка каже, що «я уже усім набридла, ніхто не хоче зі мною спілкуватися». Після чого вона думала про те, що усі мають через неї лише проблеми, усім вона несе «негатив», що вона не хоче більше нікому набридати. Відповідно вона вимкнула свій мобільний телефон і удома не піднімала трубки, коли дзвонив стаціонарний. У даному випадку автоматичною думкою була «я усім набридла, ніхто не хоче зі мною спілкуватися», що викликало погіршення настрою і дії скеровані

на самоізоляцію та уникнення спілкування. Автоматична думка не піддавалася критичному аналізу – тобто пацієнтка не допускала, що той факт, що подруга не відповідає на дзвінок, може мати інші пояснення, більше того спостерігалася схильність до генералізації та вибіркового абстрагування (висновок «усі не хочуть спілкуватися» на основі того, що подруга не підняла трубки).

Робота з автоматичними, негативними думками має за мету навчити пацієнтів виявляти автоматичні думки і піддавати їх критичному аналізу, а відповідно виробити більш адекватне та об'єктивне сприйняття реальності – і у відповідь більш адекватні дії та коупінг-стратегії. Когнітивна терапія виробила великий арсенал технік для роботи з автоматичними думками (детальніше див. Beck J. 1993, 2005). Суттю цих технік є навчання пацієнтів (як під час сесій, так і у формі домашніх завдань) більшої внутрішньої чутливості та здатності до самоспостереження – а відповідно виявляти оті автоматичні думки та образи і тоді уміти критично проаналізувати їх достовірність та адекватність, «корисність» - і на основі цього більш адекватно діяти по відношенню до реальності.

Для прикладу, з пацієнткою, що згадувалося вище, таке дослідження автоматичної думки допомогло знайти інші можливі пояснення щодо того, чому товаришка не відповіла на дзвінок, як і факти того, що багато людей з неї продовжують спілкуватися, підтримують і цінують її як особу. А факт, що якщо часом хтось і уникає спілкування, пацієнтка могла реформулювати для себе як менш катастрофічний і такий, що «вона може це пережити», бо «це не говорить про те, що я погана людина, а в стані депресії я можу бути менш комфортна у спілкуванні і відповідно комусь може бути нелегко, але для виходу з депресії мені важливо продовжувати спілкуватися, а не уникати спілкування».

Робота з особистісними схемами та негативними переконаннями

Робота з автоматичними думками звичайно виявляє оті особистісні схеми та «корінні» переконання, які стоять за ними. Так, для прикладу, може виявитися, що більша частина автоматичних думок пов'язана зі схемою низької самооцінки («я ні на що не здатен») та компенсаційного переконання/стратегії («я мушу усе робити бездоганно, інакше я нікчема»), або ж схемою недовіри/відкинення/скривдження («мене будуть відкидати, кривдити»), а відповідно припущень і відповідних стратегій уникнення близьких стосунків («якщо я не буду мати близьких стосунків, то не зазнаю знову зради/відкинення»). У когнітивній терапії ідентифіковано цілий перелік основних патологічних схем (та відповідних стратегій компенсації/ уникнення), які пов'язані з основними завданнями вікового розвитку людини і які у різних комбінаціях можуть бути присутні в кожній людині (див. Young et al., 2003; Beck A., 2004). Як уже згадувалося вище у відносно здорових людей ці схеми можуть бути латентними, дрімаючими і бути активованими якимись критичними подіями. У людей з особистісними розладами ці схеми становлять структуру особистості і відповідно визначають їх спосіб життя та сценарій життєвої долі. Тому у випадку депресії важливо діагностувати наявність супутнього розладу особистості, оскільки терапія депресії та активованих «дрімаючих» схем є більш короткою в межах вищезгаданих двадцяти сесій (за рахунок присутності здорової, ресурсної «частини» особистості), а терапія депресій в осіб з супутнім розладом особистості є значно довшою і зосереджена в основному на терапії отих домінуючих патологічних схем в особистісній структурі - така терапія може тривати 1-2 роки і більше.

Робота зі схемами є багатогранною і включає в себе як використання когнітивних технік, так і поведінкових та експеріментальних, які були інтегровані в когнітивну психотерапію з інших напрямків, зокрема гештальт-терапії, психодрами та інших. У останнє десятиліття одним з напрямків розвитку КПТ було власне вироблення методів реструктуризації раннього досвіду та схем, пов'язаних з ним – так званого «перепису» схем (scheme rescripting) – на основі цього виокремився цілий окремий підвид інтегративної когнітивної терапії – «схема-терапія» (див. Young et al., 2003).

Менеджмент суїцидальності

У пацієнтів з депресією важливим і складним питанням є робота з суїцидальними мотивами та супутнім негативним мисленням щодо відчуття відчаю, безвиході, втрати сенсу життя і т.п. У моделі КПТ суїцид розглядається як спроба пошуку рішення існуючим життєвим проблемам - тому важливо не вставати в позицію опору та переконання пацієнта не робити цього, а супроводжувати пацієнта у тому, щоб шукати альтернативні та більш адекватні шляхи виходу з життєвої ситуації. При цьому фокус психотерапевтичної роботи є на відчутті безвихідності та аналізі проблем, думок і переконань з цим пов'язаних з одного боку, та зміцненні рішення «за

життя», підкріплення та розвиток тих мотивів, які утримують від суїциду з іншого боку. Важливий постійний моніторинг щодо ступеню суїцидальності, вироблення плану дій на випадок появи інтенсивних суїцидальних намірів, залучення родичів щодо гарантування безпеки, а у важких випадках може бути необхідною госпіталізація. Детально опис моделі роботи з суїцидальністю див. Beck A. (1979).

Орієнтація на розв'язок проблем та рух у напрямку поставлених цілей

Важливим акцентом КПТ є не лише робота з внутрішніми змінами в особі, але допомога терапевта пацієнтові вирішувати важливі життєві проблеми, досягати поставлених цілей, де, звичайно, вихід з депресії є лише одна з багатьох, хоч часто і одна з перших по пріоритетності. Відповідно ще в процесі перших зустрічей пацієнтам допомагається скласти перелік проблем та побудувати список цілей, над досягненнями яких буде працюватися в процесі терапії. По мірі подолання депресії і зменшення її симптомів надходить час працювати з наступними цілями – вони можуть бути дуже різними в залежності від випадку – покращення подружніх стосунків, зміна роботи, визначення з професією, розпочати творчий проект, вирішення конфліктних стосунків і т.п. Знову ж таки, завданням терапевта є не вирішити ці проблеми за пацієнта, а допомогти з усе більшою самостійністю будувати і втілювати ефективні плани по їх вирішенню. При цьому часто доводиться працювати з тими внутрішніми психологічними перешкодами (у формі негативних думок, переконань), які стоять на перешкоді до реалізації цих цілей. Часом може бути потрібна допомога у виробленні необхідних навичок – самоорганізації, вирішення конфліктів, спілкування і т.п. – і роль терапевта може полягати у асистуванні щодо розвитку цих навичок, чи ж у скеруванні до можливих інших форм допомоги (книжки з самодопомоги, тренінги соціальних навичок і т.п.).

Домашні завдання як частина КПТ

Нероздільною частиною КПТ є постановка, виконання та аналіз домашніх завдань. Власне такий підхід підкреслює важливість для пацієнта поступово стати собі самому психотерапевтом і розвинути усе більшу самостійність у вирішенні своїх проблем. КПТ підкреслює важливість активної ролі пацієнта у процесі психотерапії і власне остання концептуалізується як спільна подорож, де основні кроки робить сам пацієнт, а роль психотерапевта є бути швидше асистентом і помічником, при чому по мірі подорожі, його активність поступово зменшується, а роль усе більше стає готувати пацієнта до завершення терапії і самостійної дороги далі.

Попередження рецидивів

Одним з основних завдань перед завершенням терапії в моделі КПТ є приготування до того, що може чекати пацієнта по завершенню психотерапії і зокрема до здатності бути собі самому психотерапевтом, коли «доведеться іти самому» і коли можливо стануться якісь інші критичні події, повернуться певні симптоми депресії чи з'являться нові життєві проблеми. Відповідно останні сесії в моделі КПТ зосереджені на завданні попередження рецидивів та дій у випадку їх розвитку. Це передбачає вироблення свого роду «плану дій», який включає в себе арсенал когнітивних та поведінкових технік, освоєних пацієнтом в процесі терапії. Цей план може бути багаторівневим і, звичайно, він не виключає при потребі повторне звернення за психотерапевтичною допомогою. Останні сесії в моделі КПТ звичайно роблять також уже з більшими інтервалами – один раз у два тижні, місяць, три, півроку – що дозволяє пацієнту випробувати усе більший ступінь самостійності, не втрачаючи при цьому важливої підтримки та супроводу з боку психотерапевта.

Особливості КПТ депресії у дітей та підлітків

КПТ так само активно застосовується у психотерапевтичній допомозі дітям та підліткам з депресією. Попри дотримання загальних принципів КПТ, які характерні для терапії з дорослими, у дітей та підлітків КПТ має свої особливості. Насамперед важлива робота не ізольовано з дитиною чи підлітком, а з усією сімейною системою. Тому індивідуальні сесії КПТ для дитини/підлітка супроводжуються паралельними сесіями для батьків і час від часу спільними з усією сім'єю. Іншою особливістю є адаптація технік КПТ до віку розвитку дитини і зокрема її когнітивних здатностей. Відповідно чим молодший вік дитини, тим більшу роль відіграють техніки, що орієнтовані на поведінкові зміни, розвиток необхідних соціальних навичок, пошуку шляхів вирішення проблем, а когнітивні втручання спрощуються і подаються у більш простій та ігровій формі. Розроблено декілька

керівництв, які адаптували КПТ до роботи з дітьми та підлітками (для прикладу див. Friedberg et al., 2002; Graham, 2005; Kendall, 2000).

Бібліографія та рекомендована література

1. Beck A., Freeman A., Davis D. Cognitive therapy for personality disorders. Guilford Press, New York, 2004
2. Beck A., Rush A., Shaw B. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979 (є переклад на російську мову: Бек А. Когнитивная терапия депрессии. Санкт-Петербург, издательство «Питер», 2003)
3. Beck J. Cognitive therapy for challenging problems. Guilford Press, New York, 2005
4. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. Guilford Press, New York, 1995
5. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. Number 23. Developed by National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Clinical Excellence published by The British Psychological Society, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2004
6. Friedberg R.D., McClure J.M. Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts. New York: The Guilford Press; 2002
7. Graham P. Cognitive behaviour therapy for children and families. Cambridge: Cambridge University Press; 2005
8. Kendall P. Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. New York: The Guilford Press; 2000
9. Young J. Klosko J., Weishaar M., Schema therapy: a practitioners guide. N.Y. Guilford Press, 2003