

УДК159.9.07:616-89-008.454

*Л. М. Ширяєва,*  
*кандидат психологічних наук, професор,*  
*професор кафедри загальної і соціальної психології;*  
*НПУ імені М. П. Драгоманова*  
*Г. І. Ревуцька,*  
*аспірантка кафедри психології*  
*НПУ імені М. П. Драгоманова*

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА МОДЕЛЬ ТА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЇ

***Анотація.** Акцентуючи увагу на різних підходах до проблеми депресії та її терапії в статті детально розглянуто когнітивно-поведінкову модель та схему лікування депресії на базі цієї моделі.*

***Ключові слова:** депресія, когнітивно-поведінкова модель, патерн, когнітивна триада, схеми, когнітивні помилки.*

***Abstract.** The article focus attention on different approaches to the problem of depression and It's therapy, reviewed in details cognitive-behavioral model and treatment regimen for depression based on this model .*

***Keywords:** depression, cognitive-behavioral model, pattern, cognitive triad, schemas, cognitive errors.*

Проблема депресії у дорослому віці як особистісного психічного стану у загальній сукупності явищ індивідуального розвитку є актуальною та своєчасною. Підвищений інтерес сучасної науки до проблеми депресії зумовлений її негативним впливом на всі сфери життєдіяльності.

Детальне вивчення депресивних станів у пацієнтів дало змогу визначити такі психологічні підходи її подолання: психоаналітичний, когнітивно-поведінковий та багатофакторна модель афективних розладів А.Б.Холмогорової та Н.Г.Гаранян.

У класичному психоаналітичному підході Зигмунд Фрейд пов'язував виникнення депресії з втратою улюбленого об'єкта, і, на відміну від печалі – меланхолія викликана "несвідомою втратою" і інтроекцією властивостей об'єкта любові [2].

У вітчизняній клінічній психології А.Б Холмогорова і Н.Г. Гаранян [3] запропонували гіпотетичну багатофакторну модель депресивних розладів. В основі підходу лежить твердження про те, що хвороба утворюється через

біологічну вразливість лише за умови несприятливих як соціальних, так і психологічних факторів.

*Когнітивно-поведінкова модель* депресії є результатом систематичних клінічних спостережень і експериментів [1]. Дана модель поєднує клінічний та експериментальний підходи та включає такі три складові: когнітивна тріада, схеми та когнітивні помилки (неправильна обробка інформації)

*Когнітивна тріада* складається з поєднання трьох ставлень (патернів) пацієнта: до самого себе, до власного майбутнього і свого теперішнього досвіду [1].

Перший патерн пов'язаний з негативним ставленням пацієнта до себе, а саме, він вважає себе неадекватним, невиліковно хворим або обділеним. А його нібито психологічні, фізичні чи моральні дефекти – це причини його усіх невдач, і, звичайно, саме вони його зробили такою нікчемою, з яким ніхто не хоче спілкуватися. Саме тому пацієнт постійно себе звинувачує і лає через ці дефекти. Ще одним результатом цих дефектів є позбавлення пацієнта всього, що може принести людині щастя і почуття задоволеності.

Другий патерн - це негативне розуміння і інтерпретація свого теперішнього досвіду. Звичайно, саме йому навколишній світ будує непереборні перешкоди на шляху досягнення життєвих цілей і висуває до нього непомірні вимоги. Будь-який його досвід – це досвід поразок і втрат. Якщо пацієнта переконати і вигадати позитивні тлумачення ситуації, то є вірогідність, що він визнає свою необ'єктивність щодо оцінки ситуації. З цього можна зробити висновок, що є можливість підвести пацієнта до усвідомлення перекручування ним фактів, підганяючи їх під заздалегідь сформовані негативні висновки.

Третій патерн – негативне ставлення до власного майбутнього. Пацієнт в своєму майбутньому бачить лише нескінченну низку тяжких випробувань і страждань. Звичайно, він впевнений, що справи, які він хоче зробити найближчим часом будуть провалені, оскільки його в майбутньому чекають лише труднощі, розчарування і втрати [1].

Всі інші симптоми, які виникають під час депресії, розглядаються як наслідки вищезазначених в ставлень. Порушення мотивації – спотворення когнітивних процесів. Очікування завжди негативного результату у будь-якій справі паралізує бажання ставити перед собою цілі. Підвищена залежність – результат переконаності пацієнта у своїй безпорадності. Він шукає постійну підтримку і допомогу з боку інших людей. Окрім цього когнітивна модель

дозволяє пояснити фізичні симптоми депресії: апатія і занепад сил – результат переконаності пацієнта у безплідності, марності своїх починань.

*Схеми* – поняття, що дозволяє пояснити причину фіксації пацієнта на своїх негативних, хворобливих, руйнівних ідеях всупереч очевидній наявності в його житті позитивних факторів. Будь-яка ситуація має безліч різноманітних стимулів. Пацієнт реагує на деякі стимули, комбінуючи їх в патерни (ставлення) і таким чином концептуалізує ситуацію. Здорові люди по різному пояснюють одну й ту ж ситуацію, а пацієнт в депресивному стані послідовний у своїх реакціях на однотипні ситуації, тим самим створюючи «схему» для однакового тлумачення однотипних ситуацій.

Таким чином, при взаємодії пацієнта з якоюсь подією, активізується схема, що пов'язана з цією подією. Схема – це свого роду форма для відливання інформації в когнітивне знання (вербальне або образне уявлення). Відповідно до активованої схеми індивід відсіває, диференціює і кодує інформацію.

При формах депресії пацієнт, як правило, здатний більш-менш об'єктивно оцінити свої негативні думки. З посиленням депресії – негативні ідеї збільшуються, незважаючи на недостатність підтвердження їх правомірності. У найважчих випадках ідіосинкразична схема безроздільно панує в мисленні пацієнта.

*Когнітивні помилки* (або неправильна обробка інформації) пояснює особливості примітивного структурування власного досвіду людиною у депресії. Так неприємні події носять глобальний характер. Значення і сенс мають лише негативне забарвлення, вони є категоричними і оціночними за змістом. Все це породжує вкрай негативну емоційну реакцію. На противагу цьому примітивному типу мислення, зріле мислення легко інтегрує життєві ситуації в багатовимірну структуру (а не в якусь одну категорію) і оцінює їх швидше в кількісних, ніж якісних термінах, співвідносячи їх один з одним, а не з абсолютними стандартами.

*Когнітивна психотерапія* – це структуроване навчання, експеримент, тренування в ментальному і поведінковому планах, спрямоване допомогти пацієнтові оволодіти наступними операціями [1]: виявляти свої негативні автоматичні думки; знаходити зв'язок між знаннями, афектами і поведінкою; знаходити факти «за» і «проти» цих автоматичних думок; підшукувати більш реалістичні інтерпретації для них; навчитися визначати і змінювати дезорганізуючі переконання, що ведуть до спотворення навичок і досвіду.

Під час когнітивно-поведінкової терапії використовують емпіричну перевірку («експеримент») для виявлення автоматичних думок за допомогою наступних способів: 1. Методика переоцінки. Перевірка вірогідності дії альтернативних причин тієї чи іншої події; 2. Децентрація. При соціофобії пацієнти відчують себе в центрі загальної уваги і страждають від цього. Тут також необхідна емпірична перевірка цих автоматичних думок; 3. Самовираження. Депресивні, тривожні пацієнти вважають, що їх нездужання контролюється вищими рівнями свідомості. Постійно спостерігаючи за собою, вони розуміють, що симптоми ні від чого не залежать, а напади мають початок і кінець. Свідоме самоспостереження. 4. Декатастрофікація. При тривожних розладах; 5. Цілеспрямоване повторення. Програвання бажаної поведінки, багаторазове опробування різних позитивних інструкцій на практиці, що веде до посилення самоефективності. 6. Використання уяви. У тривожних пацієнтів переважають не стільки «автоматичні думки», скільки «нав'язливі образи», тобто дезадаптирует скоріше не мислення, а уяву (фантазію).

#### **Список використаної літератури:**

1. Бек А. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
2. Прстаг Х. М. Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза. Москва, 1994. 237 с.
3. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. Москва : «МЕДПРАКТИКАМ», 2011. 480 с.