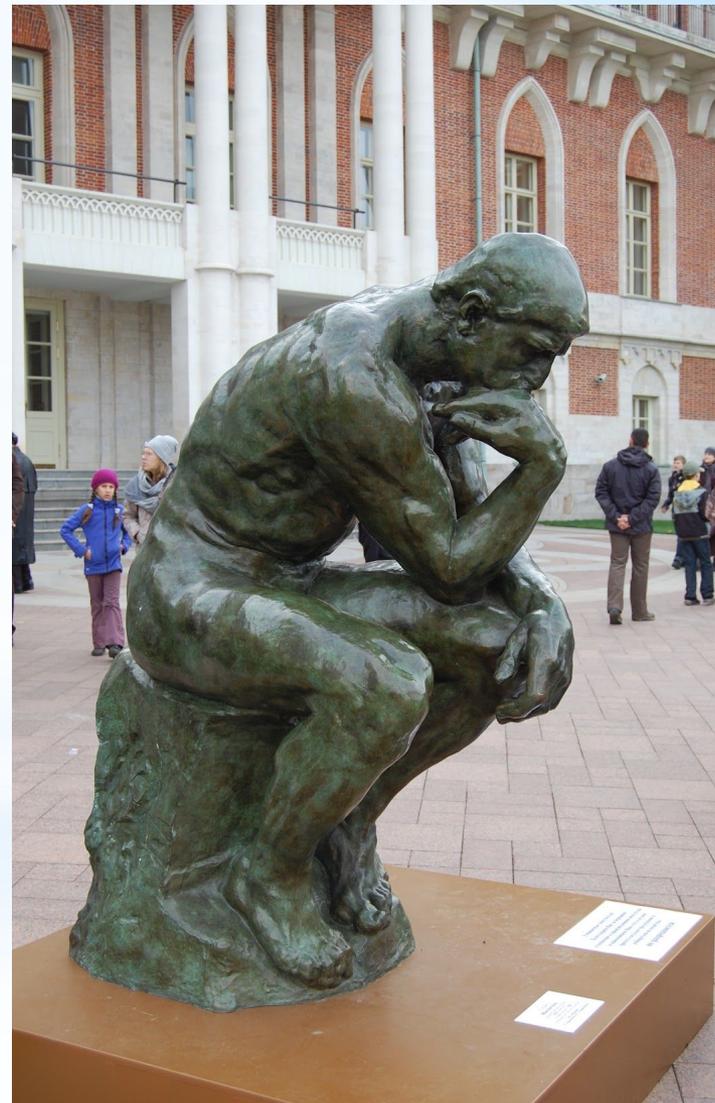


КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ОСНОВЫ
Часть 2

«Нас беспокоят не сами вещи, а наше представление о вещах»

Эпиктет



КОГНИТИВНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

Когнитивная концептуализация обеспечивает терапевту точку отсчета для последующего глубокого понимания пациента. Уже в начале лечения терапевт размышляет над следующими вопросами.

- Каков диагноз пациента?
- Каковы его текущие проблемы; как они возникли и за счет чего существуют?
- Какие дисфункциональные мысли и убеждения пациента поддерживают эти проблемы; какие реакции (эмоциональные, физические и поведенческие) возникли в результате такого искаженного мышления?

Затем терапевт формулирует гипотезу о причинах возникновения у пациента данного расстройства.

- Какие установки, усвоенные в раннем возрасте, пережитый опыт и, возможно, генетические факторы способствовали возникновению проблем?
- Каковы глубинные убеждения пациента (включая отношения, ожидания и правила), а также каковы его типичные мысли?
- За счет каких когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов, позитивных и негативных, пациент уравнивает свои дисфункциональные убеждения? Как он воспринимал (и воспринимает) себя, окружающих людей, свой внутренний мир и свое будущее?
- Какие стрессовые факторы могли способствовать возникновению его психологических проблем или нарушить его способность разрешить эти проблемы?



Произвольное мышление

Автоматические мысли

Промежуточные убеждения/установки

Глубинные убеждения/схемы

ДИАГРАММА КОГНИТИВНОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЯ

Значимый детский опыт

Какой опыт привёл к развитию глубинного убеждения?

Глубинные убеждения

Каково ключевое убеждение пациента о себе?

Промежуточные убеждения, условные правила

Какое позитивное предположение помогает справиться с ГУ?
Каково негативное предположение?

Компенсаторные стратегии

Какое поведение пациента помогает ему справляться с убеждением?

Базовые эмоциональные потребности (по Джеффри Янгу)

Безопасная привязанность и любовь (включая защиту, стабильность, заботу и принятие)

Автономия, компетентность, чувство идентичности

Свобода выражения потребностей и эмоций

Спонтанность и игра

Реалистические границы и самоконтроль

(Основаны на теории привязанностей Дж. Боулби и концепции стадий развития человеческой личности Эрика Эриксона)

Теория привязанности Дж. Боулби

Четыре типа привязанностей у младенцев
(по М. Эйнсворт)

A - надежная безопасная привязанность

B - привязанность тревожно-сопротивляющегося типа (амбивалентная)

C - небезопасная привязанность избегающего типа

D - небезопасная привязанность дезорганизованного типа

Глубинные убеждения

Глубинные убеждения/схемы - устойчивые паттерны представлений о себе, окружающем мире, других людях и отношениях.

Формируются в раннем детстве и подростковом возрасте

Категории глубинных убеждений: (по Дж.Бек)

<u>Глубинные убеждения о беспомощности</u>	
Я неспособный	Я живу в нужде
Я неэффективен	Я попал в ловушку
Я ничего не могу сделать правильно	Я не контролирую ситуацию
Я беспомощен	Я неудачник
Я бессилён	Я неполноценный (не дотягиваю до других)
Я слаб	Я ни на что не гожусь
Я уязвим	Я недостаточно хорош (в плане достижений)
Я жертва	
<u>Глубинные убеждения о непривлекательности</u>	
Меня невозможно любить	Я не такой, как остальные
Я не могу никому нравиться	Я плохой (поэтому меня не любят)
Я неприятен другим	Я недостаточно хорош (чтобы другие меня любили)
Я непривлекателен	Я неполноценный (поэтому меня не любят)
Меня не хотят видеть	Меня всегда будут отвергать
До меня никому нет дела	Меня всегда будут бросать
	Я всегда буду один

Категории глубинных убеждений: (по Дж.Бек)

<u>Глубинные убеждения о никчемности</u>	
Я никчемный	Я аморален
Я невыносимый	Я опасен
Я плохой	Я отравляю жизнь другим
Я зря живу	Я воплощение зла
	Я не заслуживаю того, чтобы жить

Промежуточные убеждения

Отношение к глубинному убеждению

Предположения (допущения)

Условные правила - условия, при которых негативное глубинное убеждение не действует или ослабевает.

«Противоядия»

Отношение: "Как ужасно быть ни на что не способным!»»

Условные правила/ожидания: "Я должен постоянно упорно трудиться".

Предположение: "Если я буду упорно трудиться, я, возможно, смогу достичь того, чего другие люди добиваются без особых усилий".

ДИАГРАММА КОГНИТИВНОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЯ

Систематическое унижение,
отвержение

Какой опыт привёл к
развитию
глубинного убеждения?

Глубинные убеждения:
«Я слаб, я беспомощен,
неполноценен»

Каково ключевое
убеждение
пациента о себе?

Отношение: Быть слабым опасно
Правило: Если буду сильным,
Скрою свою слабость -
не буду беспомощным

Какое позитивное предположение
помогает справиться с ГУ?
Каково негативное предположение?

Компенсаторные стратегии:
Демонстрация мужественности

Какое поведение пациента
помогает
ему справляться с убеждением?

Когнитивные схемы пациентов с ПА

АМ - «Я могу умереть», «Я могу сойти с ума», «Я могу упасть в обморок», «Я могу потерять контроль»

Компенсаторные стратегии - избегание, сверхконтроль

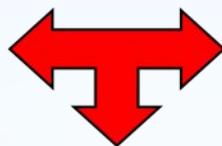
Условные правила - «Если я буду контролировать свое состояние, я спасусь» «Если буду избегать опасных ситуаций, спасусь»

Глубинные убеждения - Я беспомощен, не могу себя контролировать. Мир опасное место.

Когнитивная карта панического расстройства

Мир – опасное место

Я слабый и беспомощный



Опасна любая ситуация, не поддающаяся контролю
(незнакомые ситуации, места, из которых
нельзя выбраться, сильные эмоции)



Мне необходимо все держать под контролем,
чтобы быть в безопасности



Мне нужно контролировать
окружающую среду



Мне нужно контролировать
внутреннюю среду

Факторы склонности:

Биологические:

Негативный опыт в прошлом:

Глубинные убеждения (схемы):

Промежуточные убеждения (правила жизни):

Критический случай:

Триггеры и негативные
модифицирующие факторы:

Защитные факторы, ресурсы:

Проблемы:

Цели:

Способы выявления глубинных и промежуточных убеждений

1. Поиск убеждения в высказанной пациентом автоматической мысли.
2. Предложение пациенту условной части (Если...) предположения и просьба закончить его.
3. Прямой вопрос о наличии у пациента правила (или отношения).
4. Выявление общих тем в автоматических мыслях пациента.
5. Прямой вопрос пациенту: что, по его мнению, представляет собой его убеждение?
6. Применение техники «падающей стрелы».

1.

Прежде всего, пациент может сообщить о своем убеждении как об автоматической мысли, особенно если он страдает депрессией.

Терапевт: Салли, о чем вы подумали, когда получили результаты контрольной работы?

Пациент: Я должна была написать ее лучше. У меня ничего не получается так, как надо. Я абсолютно никчемна (*глубинное убеждение*).

2.

Терапевт может выявить полное предположение, предлагая пациенту первую часть предложения.

Т: Значит у вас появилась мысль: "Мне придется готовиться к занятиям всю ночь".

П: Да.

Т: И если вы не сделаете все от вас зависящее...

П: Это будет катастрофа.

Т: Кажется, мы уже касались этой темы еще в начале терапии. Не свойственно ли вам *во многих ситуациях* стремиться к абсолютному успеху и бояться неудачи?

П: Наверное, да.

Т: Тогда приведите, пожалуйста, еще несколько подобных примеров, чтобы мы увидели, насколько широко распространяется ваше убеждение.

3.

Терапевт может напрямую выявить существующее у пациента правило или отношение.

Т: Значит, для вас очень важно добиться успеха в волонтерской работ! (в репетиторстве)?

П: Конечно.

Т: Помните, мы уже как-то говорили об этом: о стремлении добиваться успеха? Есть ли у вас правило на этот счет?

П: Гм... Я как-то не думала об этом... Но наверное, если я берусь за какое дело или мне поручают работу, я должна с ней справиться.

4.

Следующий способ выявления промежуточных и глубинных убеждений - поиск общих тем в автоматических мыслях пациента, возникающих в различных ситуациях. Терапевт может спросить пациента, может ли он сам обнаружить повторяющуюся тему, или же высказать собственное предположение и предложить пациенту оценить его достоверность.

Т: Салли, во многих ситуациях у вас возникают мысли: "Я не смогу", "Это очень сложно", "У меня не получится". Как вы думаете, нет ли у вас убеждения, что вы неспособная или даже никчемная?

П: Да, наверное, я считаю себя никчемной.

5.

Иногда достаточно задать пациенту прямой вопрос, чтобы он выявил свое убеждение и сообщил о нем.

Т: Салли, есть ли у вас убеждение, которое касается просьб о помощи?

П: Да, просить о помощи - это показывать свою слабость.

6.

Когнитивный терапевт широко применяет технику выявления промежуточных и глубинных убеждений: *технику падающей стрелы* (Burns, 1980).

- Сначала терапевт выявляет типичные автоматические мысли пациента, которые возникают на основе его дисфункционального убеждения.
- Затем терапевт просит пациента предположить, что автоматическая мысль отражает истинное положение дел, и спрашивает, что *означает* такой расклад. Обратите внимание: вопрос о том, что для пациента означает автоматическая мысль, часто помогает выявить промежуточное убеждение; вопрос о том, что эта мысль означает по отношению к самому пациенту, обычно помогает выявить глубинное убеждение.
- Эти вопросы терапевт задает пациенту до тех пор, пока не выявит одно или несколько важных убеждений.

Т: Мне очень важно понять, что огорчает вас больше всего. Если вы будете учиться хуже вашей соседки по комнате и друзей, что это будет означать для вас?

П: Это будет невыносимо...

Т: Значит, вы будете очень огорчены, но что в этом самое плохое?

П: Все будут меня презирать...

Т: Что это означало бы для вас?

П: Я не вынесла бы такого!

Т: Да, это было бы очень неприятно. Но все-таки, что это означало бы для вас, если бы все они вас презирали?

П: Я не знаю. Но это было бы ужасно.

Т: Говорило бы это что-нибудь *о вас*, если бы они все презирали вас?

П: Конечно. Это означало бы, что я хуже всех, ни на что не годная...

Т: Что это означало бы, если бы вы были хуже всех?

П: Только то, что я на самом деле хуже всех и никчемная (*глубинное убеждение*).

Примеры возможных вопросов метода «падающей стрелы»

Что эта ситуация значит для Вас?

К чему она может привести?

Что это говорит о вас?

Как это характеризует Вас?

Если это правда, что тогда?

Что плохого в том, что...?

Какова наихудшая часть того, что...?

Обнаружение следствий промежуточных убеждений - компенсаторных стратегий

Что делает пациент, чтобы ослабить действие глубинного убеждения?

Какое правило может стоять за этим?

«Что Вы делаете, чтобы не чувствовать себя брошенной?»

Виды компенсаторных стратегий

Капитуляция - «Я никому не нужна и не буду пытаться что-то с этим делать»

Гиперкомпенсация - «Надо быть все время в отношениях и не дать ему уйти»

Избегание - «Я должна уйти первой, если чувствую что меня бросают»

Компенсаторные стратегии

Отказ от негативных эмоций	Демонстрация ярких эмоций (для привлечения внимания)
Стремление к совершенству	Намеренное представление себя некомпетентным или беспомощным
Принятие на себя чрезмерной ответственности	Отказ от ответственности
Уход от близких отношений	Стремление к неподходящим близким отношениям
Поиск признания	Избегание внимания посторонних
Уход от конфронтации	Провоцирование других людей
Желание полностью подчиняться	Противодействие контролю со стороны окружающих контролировать ситуацию
Инфантильное поведение	Авторитарное поведение
Желание угодить другим людям	Дистанцирование от окружающих или желание угодить лишь самому себе

РАЗЪЯСНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ПРИРОДЫ И ВЛИЯНИЯ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Пациенту необходимо предоставить следующую информацию.

- Глубинное убеждение - это всего лишь идея (которую можно исследовать и оценивать), а не непреложная истина.
- Несмотря на то, что пациент может твердо верить в свое убеждение и даже якобы "чувствовать", что оно соответствует действительности, эта идея может быть полностью или в значительной степени искаженной.
- Корни глубинных убеждений уходят в детство; в момент своего возникновения убеждение могло отражать правду, а могло и не отражать.
- Глубинные убеждения сохраняются и существуют благодаря схемам мышления пациента, когда он охотно принимает данные, подтверждающие глубинное убеждение, и в то же время не принимает в расчет доводы, противоречащие глубинному убеждению (или преуменьшает их значимость).
- Когнитивная терапия предлагает множество стратегий, позволяющих изменять негативные глубинные убеждения и формировать иной, более реалистичный взгляд на себя, окружающих и на мир в целом.

Методы изменения схем/убеждений

- Отношения в терапии
- Когнитивные
- Поведенческие
- Экспериенциальные (основанные на проживании, работа с воображением)

ИЗМЕНЕНИЕ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ НОВЫХ ИДЕЙ

<i>Старое глубинное убеждение</i>	<i>Новая идея</i>
Меня никто не любит.	Я довольно привлекательный человек.
Я плохой человек.	Я достойный человек, имеющий как достоинства, так и недостатки.
Я бессилён.	Есть то, что зависит только от меня.
Я полное ничтожество.	Я вполне нормальный, и у меня есть как сильные, так и слабые стороны

<i>Основные техники</i>	<i>Дополнительные техники</i>
Техника сократовского диалога	Исследование глубинного убеждения в контрасте жизненного опыта пациента
Использование окружающих в качестве ориентира	Истории и метафоры
Самораскрытие терапевта	Рабочий бланк для работы с глубинными убеждениями
Когнитивный континуум	Копинг-карточки
Действия "как если бы..." Поведенческие эксперименты	Реструктурирование ранних воспоминаний
Рационально-эмотивная ролевая игра	

Бланк тестирований глубинных убеждений

Старое ГУ _____ %
Новое ГУ _____ %

Доказательства старого ГУ	Пересмотр этих доказательств	Доказательства нового ГУ

Рационально-эмотивная игра (в классической КБТ)

- Ролевой диалог между эмоциональной частью, представляющей старое убеждение и рациональной частью, представляющей новую точку зрения.
- Пациент (и терапевт) пересаживаются со стула на стул
- Пациент высказывает точку зрения старого убеждения, затем с новой точки зрения конфронтирует с этим взглядом. Терапевт играет противоположную роль. Говорит сначала за рациональную часть, потом за эмоциональную.
- Техника предполагает некоторый элемент спора, поэтому важно следить за невербальными реакциями пациента. Важно, чтобы пациенту не казалось, будто его критикуют или принижают, считая рациональную часть выше эмоциональной.

Поддерживающие циклы

- Психологические проблемы поддерживают сами себя (порочные круги)
- Поддерживающие циклы индивидуальны
- Составляйте поддерживающий цикл
- вместе с пациентом

Порочный круг паники (Д.Кларк)



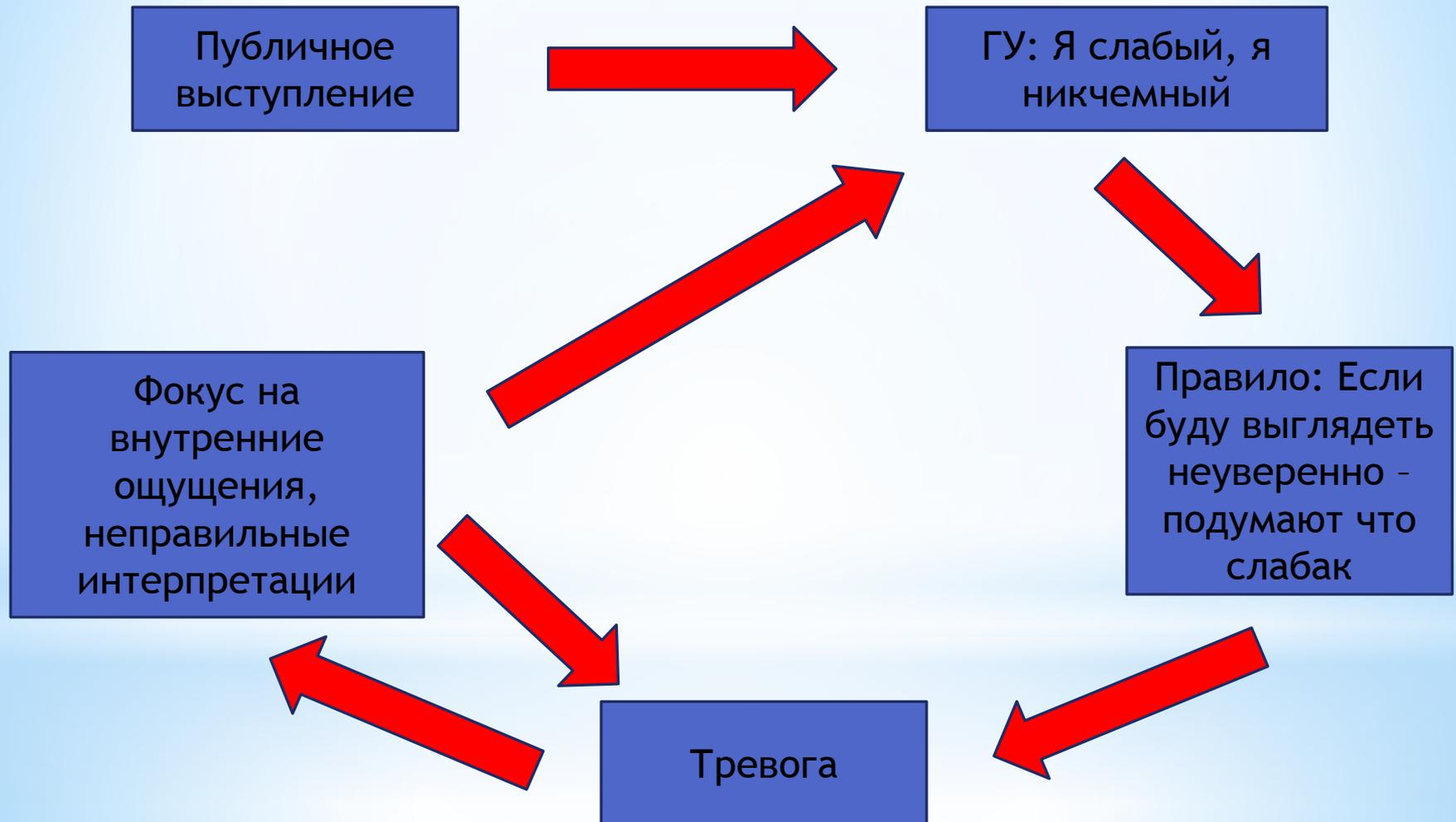
Паника и гипервентиляция



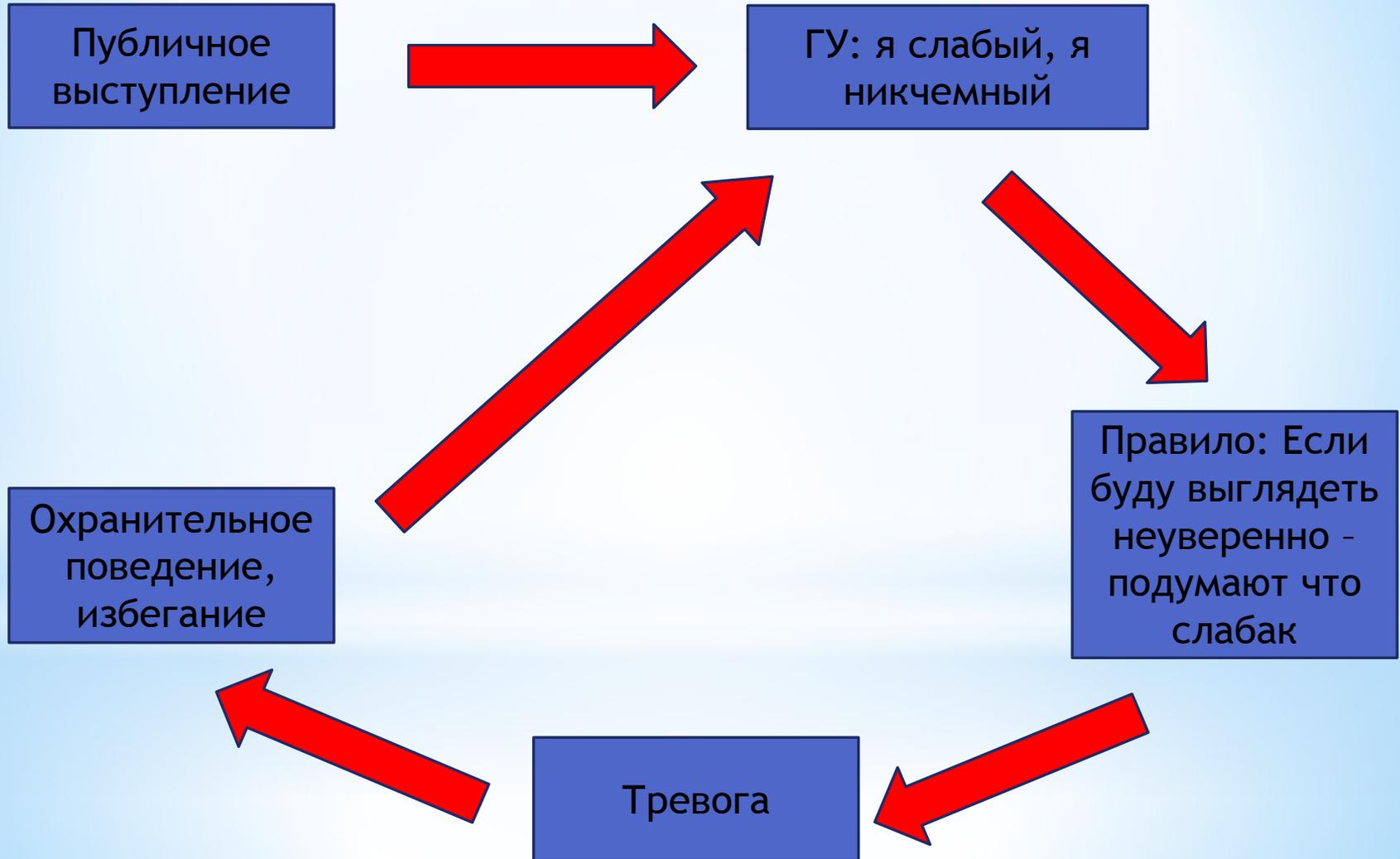
Как паническая атака становится расстройством?



Поддерживающий цикл при социальной тревожности



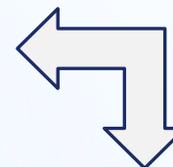
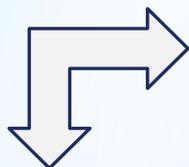
Поддерживающий цикл охранительного поведения



Признаки депрессии

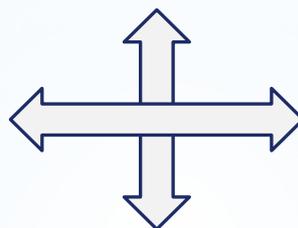
Физические

*(отсутствие аппетита,
бессонница, усталость, боли)*



Аффективные

*(депрессивное настроение,
апатия, ангедония)*



Когнитивные

*(депрессивные мысли,
логические ошибки в
мышлении)*



Бихевиоральные
*(понижение активности,
избегание какой-либо
деятельности)*



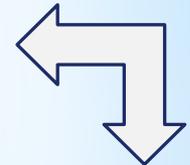
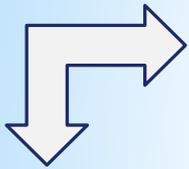
Триггер

(Я не смогла себя заставить помыть посуду)



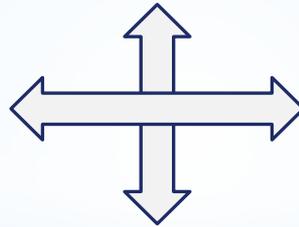
АНМ депрессивного характера

(Это ужасно. Я не могу справиться даже с самой легкой работой. Муж это не выдержит и бросит меня. Я это заслуживаю. Ситуация уже никогда не будет лучше)



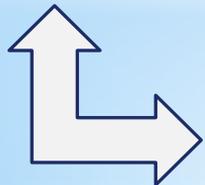
Эмоции

(гнев на себя, беспомощность, страх, тоска, безысходность)



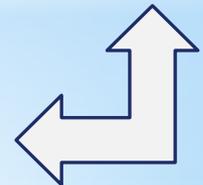
Поведение

(Остаюсь лежать в постели. Плачу. Ничего не делаю. Иду курить)



Физические реакции

(стеснение в груди, головная боль, тяжесть во всем теле, мышечная слабость, усталость)



Поддерживающий цикл депрессии

Критическое событие
«Защита диплома»

Дезадаптивные стратегии:
Избегание, прокрастинация,
самокритика, обесценивание

Активация глубинных
убеждений

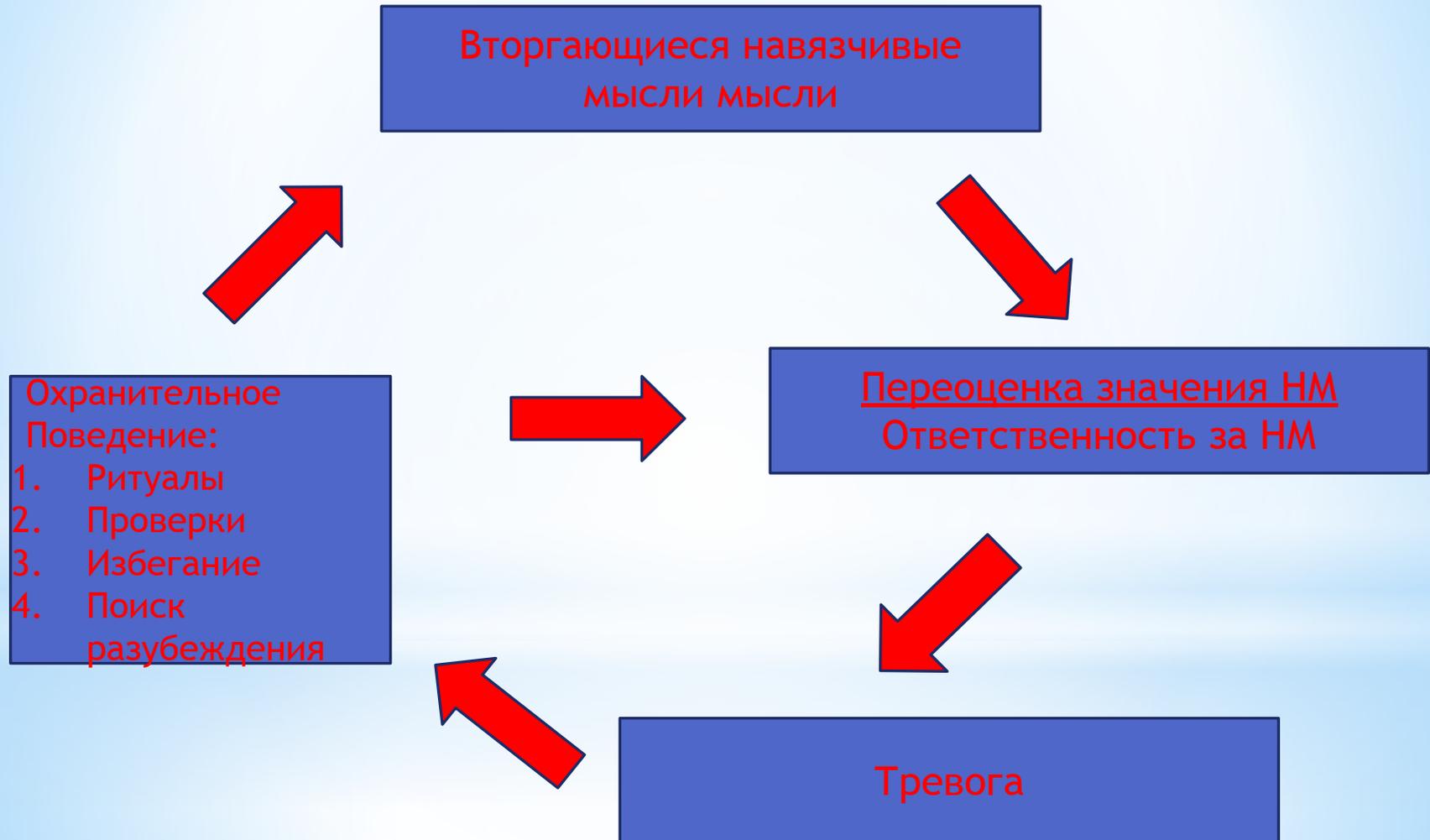
«У меня никогда ничего не
получается»

Депрессия

Условные правила
Нереалистичные ожидания от
себя
«Должен сделать все на 100%»

Негативный прогноз,
Автоматические
Мысли «У меня не получится
сделать это в соответствии с
моими стандартами»

Поддерживающий цикл при ОКР



Метакогнитивные процессы (мысли о мыслях)

- Если у меня скачут мысли – я сумасшедший
- Если я буду думать о тревоге – сойду с ума (начнется паника) – часто препятствует выполнению домашнего задания.

A → B → C



A → B → C

КТ Терапевтический Стиль

- **Коллаборативный эмпиризм** - клиент и терапевт действуют как “участники совместного исследования”.
- **Сократический диалог**- терапевт устанавливает формат вопросов
- **Направляемое открытие**- клиенту предлагается идентифицировать малоадаптивные мысли и ошибки в умозаключениях .

Характеристика плохого КЭ:

- Дает наставления пациенту
- Расположен к спорам
- Не слушает
- Не в состоянии понять
- Не проявляет эмпатии; не может принять переживания пациента

Характеристика хорошего КЭ:

- Ведет сократический расспрос
- Использует эмпирический, исследовательский подход
- Активное слушает
- Побуждает к открытию альтернативной точки зрения
- Принимает страдания пациента

Базовая структура КТ сессий

- Получите краткий обзор событий недели
- Осуществите оценку настроения
- Установите повестку дня на сессии
- Обсудите домашнее задание, заданное на последней сессии
- Обсудите отдельные вопросы повестки дня
- Задайте новое домашнее задание
- Предоставьте резюме сеанса
- Получите обратную связь от пациента

Характеристики хороших терапевтов

Хорошее знание протоколов лечения

Согласование протокола с эмоциональными потребностями пациента

Противодействие терапевтическому дрейфу

Способность извлекать пользу из обратной связи пациента о достигнутом прогрессе

Умеренная личностная устойчивость (способность справляться с проблемами, превратностями судьбы, etc)

Открытость к обучению

Избегание использования основанной на опыте интуиции

Больше уверенности в своей компетенции

Более эффективное использование клинических наблюдений

ЛИТЕРАТУРА:

Бек Дж. Когнитивная терапия

Бернс Д. Хорошее самочувствие

Гринбергер Д. Падески К. Управление настроением

Маккей М. Как победить стресс и депрессию

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии

Эллис А. Ландж А. Не давите мне на психику

Эллис А. Психотренинг по методу А. Эллиса

Прашко Я. Можны П. Шлепецки М. и др. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств

Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям