



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И  
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
им. Б.Д. Карвасарского

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: теоретические и практические основы.

**Преподаватель:** Бубнова Ирина Викторовна,  
Клинический психолог, Руководитель отделения медицинской (клинической)  
психологии Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д.  
Карвасарского

**Содержание:** коллектив ИПМП им. Б.Д. Карвасарского под редакцией д.  
м.н. Р.К. Назырова

**САЙТ ИПМП:** [https:// ipmp-spb.ru](https://ipmp-spb.ru)

**НОВОСТИ ИПМП:** [https://vk.com/@institute\\_of\\_psychotherapy](https://vk.com/@institute_of_psychotherapy)

**САЙТ Вечернего института психотерапии:** <https://vip.spb-ipmp.ru>

### **3 направления психотерапии:** психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое.

Основные направления психотерапии – это группы психотерапевтических методов, объединенных **общей психотерапевтической концепцией**.

- 3 концепции психотерапии отличаются друг от друга разными представлениями
  - о личности (что это такое?),
  - о норме (здоровье),
  - о патологии (нездоровье) и
- теории психотерапевтического воздействия, которые предполагают изменение личности от патологии к норме на основе **БИО ПСИХО СОЦИОНОЭТИЧЕСКОЙ** концепции (функциональный диагноз).

Основной постулат нашего ИПМП-  
**клиническая психотерапия** – система  
лечебного воздействия на психику и  
через психику на организм человека (Б.Д.  
Карвасарский) – врачи-психотерапевты и  
клинические психологи.

Деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т.п.) – не клинические психологи.

- **Клиническая психотерапия**  
(симптомцентрированная, синдромцентрированная, патогенетическая)
- **Неклиническая (психологическая) психотерапия** –  
решение коммуникативных сложностей, проблем  
отношения, профессиональных сложностей,  
личностный рост и повышение качества жизни и т.д.

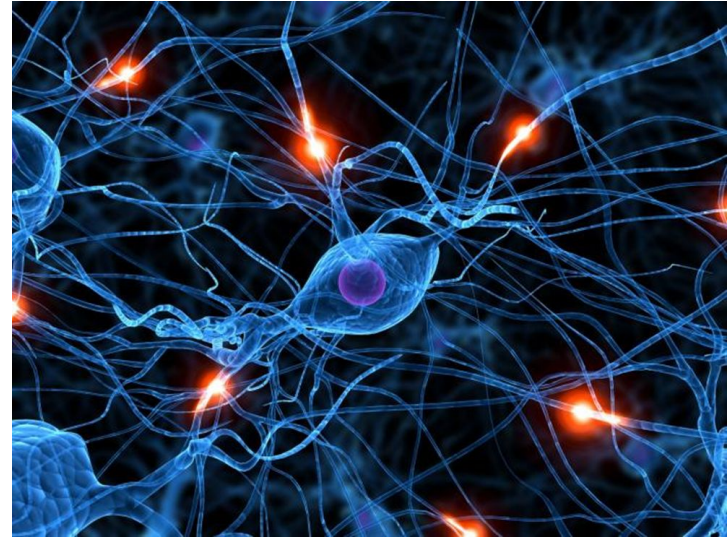
# Чем мы будем заниматься на 1 ступени?

- Теоретические основы КПТ как метод в рамках клинической психотерапии.
- Контакт и контракт в клинической КПТ.
- Этапы КПТ.
- Базовые техники КПТ (схема АВСДЕ, концептуализация, когнитивное прояснение, падающая стрела, работа с дисфункциональными когнициями,

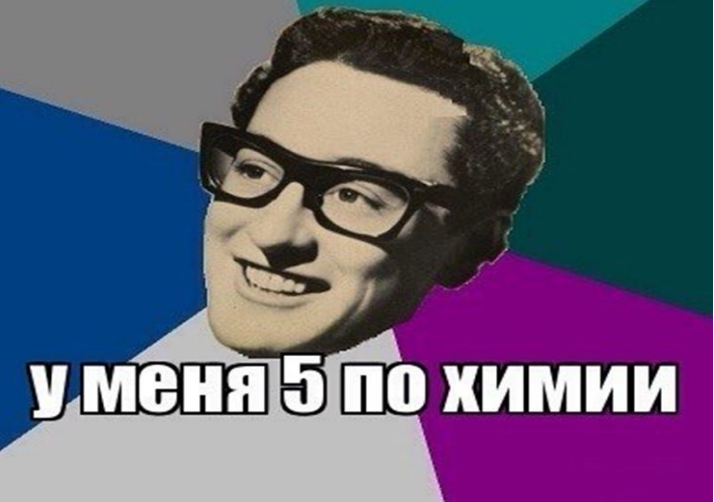
# ЧЕЛОВЕК?



# ЧЕЛОВЕК — КТО ОН?



**ЛЮБОВЬ ЭТО ХИМИЯ**



**У МЕНЯ 5 ПО ХИМИИ**

# Поведение как объект работы КПТ терапевта.

Поведение - психологическая реальность  
- единство внутреннего и внешнего,  
интегрирующего все составляющие  
человека в био-психо-социо-ноэтической  
(духовно-нравственной) модели его  
природы, развития, благополучия и  
нарушения здоровья (Г. В. Залевский,

психотерапевт и супервизор когнитивно-поведенческой психотерапии,  
автор монографии «Основы бихевиорально-когнитивной психотерапии и  
консультирования», доктор психологических наук, профессор, член-корр.  
РАО, Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и  
консультирования, Томск, 2006, стр. 22)

# Что важно делать психотерапевту в первые 2-3 сессии?

Прояснять/уточнять взаимодействие лидирующих подсистем человека для анализа функционального диагноза и понимания роли тех факторов, на которые можно повлиять:

- Телесно-эмоциональной (физиологические реакции, чувства и эмоции).
- Когнитивной (мысли, воспоминания, ожидания, принципы, установки, внутренние правила)
- Двигательной, речедвигательной (действия, реакции).
- Психосоциальной (проблемы межличностных отношений, социальные роли).
- Духовно-нравственной составляющей поведения (ценности и смыслы).

Из этого **ЗАПРОС (ЖАЛОБЫ/СТРАДАНИЕ) – ЗАКАЗ** на



# Поведение как система:

- **Восприятие:**
- **Оценка ситуации:** 80-120 м/с
- **Оценка себя в ситуации:**
- **Эмоция (реакция):** 23-25 сек
- **Эмоциональное отношение (метакогниции):** обуславливает снижение или увеличение интенсивности эмоции.
- **Действия:**
- **Последствия:**

# ЭЛЕМЕНТЫ ПОВЕДЕНИЯ. С

## вопросами

- **Восприятие:** Что ты увидел? Что услышал? Как этот стимул воспринял?
- **Оценка ситуации:** как оценил эту ситуацию? Что подумал?
- **Оценка себя в ситуации:** как оценил себя в этой ситуации? Что подумал про себя в этой ситуации?
- **Эмоция:** что почувствовал? Какое чувство возникло? Как это чувство проявляется в теле?
- **Эмоциональное отношение:** Что думаешь сейчас о своем восприятии ситуации? Что думаешь о том, как ты оценил ситуацию? Как относишься к своим мыслям в тот момент? Скажи свое мнение о том, как ты оценил себя в этой ситуации? Что думаешь сейчас о своем чувстве? Какие переживания возникают по этому поводу? Поделись своим мнением обо всем этом.
- **Действия:** Что сделал в той ситуации? Какой выбор осуществил?
- **Последствия:** Какие последствия получил? Какой результат

- Человек существует в мире стимулов.
- Человек адаптируется и **превращает все стимулы внешней реальности в свою внутреннюю – т.е. формирует ту действительность, которая ему привычна** (созвучная внутренним убеждениям, системе представлений о себе, о людях, о мире)!!!

## направление

- Признают наличие предсознательных когнитивных процессов – некоторые нейрохимические импульсы (оцениваются и классифицируются мозгом прежде, чем они поступят в сознание (в фокус внимания/сознания человека), НО!
- БИО (генетика, эпигенетика, темперамент) – ПСИХО (воспитание, паттерны и установки) – СОЦИО (влияние внешнего окружения) взгляд

# Основа современного КПТ:

- Эпигенетика: Елена Ивановна Николаева «Эпигенетика и переворот в мышлении психологов-практиков» (YouTube)
- Вячеслав Дубынин – нейробиолог МГУ (Физиология мозга, интервью Сережа и микрофон, подкаст – всё, что найдете 😊)
- Роберт Сапольски (Психосоциальный стресс: причины заболеваний; Биология поведения человека 25 лекций)

- **Здоровая личность характеризуется адаптивным (РАЗНООБРАЗНЫМ и ОСОЗНАННЫМ! РЕАЛИСТИЧНЫМ) восприятием, реагированием и поведением,**
- **а расстройство - результат неадаптивного (ОДНООБРАЗНОГО! ФИКСИРОВАННОГО! ПРИВЫЧНОГО! НЕОСОЗНАННОГО! НЕРЕАЛИСТИЧНОГО) поведения, появившееся в результате такого научения, которое сформировало искаженный опыт восприятия.**

# Развитие когнитивно-

## поведенческого направления:

- Клиника условно-рефлекторной терапии Андрэ Сальтера (1949 год) считается первым успешным психотерапевтическим проектом, взявшим за основу теорию классического обусловливания.

1 волна КПТ (30-40-е годы XX века) в фокусе исследования находилось **поведение как реакция на стимул и возможности его модификации (поведенческая терапия):**

- Классическое научение И.П. Павлова;
- Оперантное научение Б.Ф. Скиннера;

• Сензитивное методизирование А. Бенджамин

## 2 волна КПТ (60-е годы XX века)

- Стимул - мышление и возможности его модификации (!) – реакция.
- Когнитивная терапия Аарона Бека.
- Рационально-эмотивно-поведенческая терапия Альберта Эллиса (РЭПТ).



# 3 волна КПТ

- Начало развития 90-е годы XX века.
- С развитием нейробиологии и нейронаук в фокус исследования и модификации **ПОВЕДЕНИЕ** как **система (био-психо-социальная концепция)**, куда входят восприятие, оценки, эмоции, отношения, интеракции между людьми, темы ценностей и смыслов.

Важна системная оценка **БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫХ** факторов:

- В чем психо-социальная причина страдания?
- Уметь жалобы пациента перевести в заказ на психотерапию (чем мы будем заниматься? что будет результатом психотерапии?).

# **Классическая КПТ – фундаментальная основа всех современных методов КПТ:**

## **Современные методы КПТ направления:**

1. Безоценочное осознание: базовая когнитивная терапия (Сегал et al., 2002) и безоценочное осознание: снижение стресса (Кабат-Зин, 1990) – Майндфулнес.
2. Терапия принятия и ответственности – АСТ, ФАСТ (Хайес, Вилсон, 1999).
3. Диалектическая поведенческая терапия - ДБТ (Марша Линехан, 1996).
4. Функционально-аналитическая терапия (Кохленберг, 1991).
5. Схематерапия (Джеффри Янг, 1990).
6. Терапия эмоциональных схем (Роберт Лихи, 1990)
7. Терапия Реальностью и Терапия Выбора (У. Глассер).
8. Метакогнитивная терапия
9. Экспозиции и поведенческая активация.
10. Интегративная поведенческая парная терапия (Ф. Даттилио).
11. Терапия когнитивной обработки (СРТ).
12. Терапия, сфокусированная на сострадании (СФТ).

# Аарон Бек, Джудит Бек:

## КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ (1964)

- В течении жизни человека формируются когнитивные структуры – устойчивые и не всегда в фокусе внимания (убеждения, установки, представления).
- В процессе личностной переработки любая информация искажается – и это норма!
- Такое искажение становится проблемой, если в результате вызывает стойкие негативные переживания и приводит к нарушению процесса адаптации человека.

- **Расстройства** (когнитивные, эмоциональные и поведенческие) – это результат неправильно принятых решений (системы глубинных представлений, убеждений), закреплённых многократно, которые постоянно самоподтверждаются... (формируются фиксированные формы поведения, когнитивные

# Норма и патология...?!

**Дисфункциональная когниция** – любая мысль/когниция/образ, которая вызывает отрицательные, сверхинтенсивные, дезорганизирующие эмоции (реагирование, действия и т.д.): **3 вида**

- **Глубинные убеждения** – когнитивные образования – несут оценочную функцию (хорошо или плохо, правильно-неправильно, можно-нельзя), находятся **вне фокуса сознания**, и приводят к негативным реакциям.
- **Промежуточные убеждения** – система внутренних отношений, правил и предположений (долженствования).
- **Автоматические мысли** – проявление глубинных и промежуточных дисфункциональных когниций, возникают автоматически, быстро, повторяются (надоели, крутятся в голове ☺)...

# Как мнение стало убеждением (глубинной дисфункциональной когницией)?

- накапливается, много раз сталкиваясь с негативным опытом (медленный способ).
- оказался в эмоционально ярком состоянии/ситуации и сформировал это мнение (быстрый способ).

# РЭТТ – рационально – эмоционально – поведенческая терапия Альберт Эллис

- Рационально-эмоциональную поведенческую терапию Альберт Эллис начал разрабатывать в 1955 году, когда занимался клинической психологией в Нью-Йорке.
- Он обучался психоанализу у аналитика из школы Карен Хорни, и понятие о «тирании долженствования» было самым первым толчком к возникновению идеи о главенстве абсолютистских, догматичных оценочных мыслей в возникновении и сохранении

# Цель и задачи КПТ:

## Овладение и закрепление навыков

**самоменеджмента (самоэффективности) –**

навыков (компетенций) организации жизни, анализа и решения проблем в настоящем и будущем:

- **Самонаблюдение** (а не самокопание, самокритика, самоуничужение и т.д.);
- **Владение техниками самопомощи** (а не требование или ожидание помощи от окружающих).
- **Самооценивание (саморефлексия)**, а не ориентация на мнение окружающих людей или фиксация на своих ощущениях.
- **Самоинструирование и Самоподкрепление** (а не пассивная позиция);
- **Самокоррекция** (а не пассивное реагирование);
- **Саморегуляция** (а не поведенческая реактивность);



# Показания и противопоказания метода

## КПТ:

**Показания:** любой возраст, при котором человек может говорить-рассуждать-вести диалог, думать и озвучивать свои мысли... (с 4-5 лет в игровой форме, с 12 лет до ...).

## **Противопоказания метода КПТ:**

- Психотическое состояние (или острое клиническое состояние), но после стабилизации состояния и/или выхода в ремиссию работать нужно.
- Патологический кризис (дезорганизация психической деятельности) – кризисная психотерапия и/или фармакотерапия.
- Умственная отсталость при разных нейрохимических заболеваниях, РАС и деменция

Важна позиция КПТ терапевта! – легальная мягкая директивность – партнерство для получения результата!

**Мы со-исследователи, которые вместе осуществляют движение к поиску решения проблемы (принципы со-активности и со-ответственности)!**

- а как...?
- а почему так...?
- вот тут объясните (поясните)...?
- как у вас так устроено...?
- если у вас такое отношение, то отчего так...?
- отвечает ли это действительности...?

**Людям легче изучать себя, если терапевт проявляет непосредственную заинтересованность, обращает внимание пациента на те аспекты проблем, которые самим пациентом не рассматриваются (мысли, чувства, телесные ощущения, действия, неконгруэнтность,**

Терапевтические настройки: что отличает психотерапевтическую сессию от любой другой беседы?

- **Профессиональный контакт**
- **Терапевтический контракт**

**ЖАЛОБЫ не основание для психотерапии, а материал!**

**СТРАДАНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ  
ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ!**

Только **готовность** узнавать себя и что-то о себе, искать причины и меняться (разбираться, познать, выяснить, понять, изменить, попробовать по-другому) является основанием для начала психотерапии! И клинический психотерапевт умеет предложить КПТ для уменьшения страдания.

# Контакт и психотерапевтический контракт

- **Контакт** – создание условий эмоциональной безопасности для всех в процессе психотерапии (заинтересованность, техники активного слушания, информирование о правилах, эмоциональная поддержка).
- **Контракт** – система договоренностей с пациентом - создание условий для изменения пациента – для расширения его самопонимания и возможности поведенческих экспериментов, с целью влияния на психо-социальные факторы

# Важные настройки...

КПТ психотерапевт отвечает за:

- **Создание контакта** и эмоциональной безопасности;
- **Задавание** особых («сложных», терапевтических) **вопросов, расширяющих самопонимание** человека;
- **Формулирование гипотез и обсуждение их с пациентом (потенцирование пациента к рефлексии)**;
- **Помощь в опознавании чувств, формулировке мыслей, определении чувств, описании поведения** человека;
- **Помощь в организации поведенческих экспериментов, изменяющих восприятие и**

# Ответственность (условия) пациента... От вас потребуется:

- Готовность **проявлять себя** (делиться мыслями, чувствами, мнениями).
- Готовность **думать** над «сложными» вопросами психотерапевта... думать, искать ответы в себе и о себе - отвечать!
- Готовность **получать обратную связь** – допускать, осмыслять, проверять информацию о себе (Мы здесь для того, чтобы сосредоточиться на вас).
- Готовность **меняться** - осознанно пробовать задавать себе ДРУГИЕ вопросы, формулировать ДРУГИЕ мысли, по ДРУГОМУ реагировать, действовать, принимать ДРУГИЕ решения, делать ДРУГИЕ выборы и т.д.
- Готовность **обсуждать** те темы, вопросы, сферы, которые возникают на сессиях.
- **Выполнять** поведенческие эксперименты и ДЗ.
- **Следовать** организационным правилам.

- «Вы можете изменять ИУ, действуя против них, осуществляя поведение, которое противоречит этим убеждениям» (А. Эллис)
- «Действуй вопреки дисфункциональному убеждению» (А. Бек)
- Несмотря на всеобщее отрицание, есть клиенты, чьи проблемы мы не можем исправить (Р. МакМалин).
- **Важно в клинической психотерапии! Нам придется выяснить или в какой-то момент МНЕ ПРИДЕТСЯ ВАМ СООБЩИТЬ, ЧТО МОЖНО ВЫЛЕЧИТЬ, А К ЧЕМУ ПРИДЕТСЯ ПРИВЫКНУТЬ (ПРИНЯТЬ) – формировать дополнительную толерантность к тому, что**



**Психотерапия** – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека (Б.Д. Карвасарский) – в РФ врачи-психотерапевты и клинические психологи.

**Клиническая психотерапия**- сначала диагностика!, - симптомцентрированная, синдромцентрированная, патогенетическая ПТ.

Деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т.п.) – не клинические психологи.

**Неклиническая (психологическая) психотерапия** – решение коммуникативных сложностей, проблем отношения, профессиональных сложностей, личностный рост, повышение качества жизни и т.д.

сказать правду пациенту (убедить, переубедить, доказать, изменить его и т.д.), а **создать условия**, при которых пациент начнёт интересоваться собой и пробовать думать, мыслить, реагировать по-другому... т.е. овладевать навыками «самоменеджмента» - самонаблюдением, самооцениванием, самокоррекцией, самоподкреплением и

др. (Г.В. Залевский, Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и

# Важно помнить

- Контакт – это процесс...
- Контракт – это постоянно изменяющийся процесс... и тут важна гибкость психотерапевта (с одной стороны, создавать условия для того, что пациент самостоятельно принимал решения, а с другой стороны, уметь с помощью легальной мягкой директивности управлять процессом психотерапии).
- **Без контракта нет психотерапии!**

# Тренируемся

## Тройки:

- Клиент, который ничего не знает о КПТ и психотерапии – задает любые вопросы.
- Психотерапевт – информирует, объясняет и предлагает начать ПТ (приобщение к философии КПТ, что мы будем делать, как это работает и что можно поставить целью работы).
- Супервизор – что понравилось и что можно сказать/предложить по-другому?

# Этапы КПТ:

- Создание рабочего альянса! Объяснить зачем всё это!!! Приобщение к философии КПТ. Перевод жалоб в заказ, контракт, обсуждение результатов ПТ.
- Поиск глубинных дисфункциональных убеждений - когнитивных структур.
- Изменение на новые оценки и когниции (тренировка по отслеживанию ошибок мышления, неэффективных паттернов поведения и остановке их! Обучение влиять на внутренний диалог, интенсивность чувств, на поведение: учим базовым

## 1 этап КПТ терапии (создание рабочего альянса и приобщение к КПТ):

- Возбудить интерес человека к себе!
- **ИНФОРМИРОВАНИЕ** о том, как КПТ терапевт понимает человека.
- Предложить заинтересоваться собой и вместе начать первый этап психотерапии – уменьшение симптомов/страдания и поиск источника проблем! Соответствует краткосрочной/симптомцентрированной психотерапии (5-20 встреч).

# Критерии наличия пациента:

- 1) **наличие** симптомов, жалоб, сложностей которые беспокоят...
- 2) **ГОТОВНОСТЬ** что-то делать с этим (тренировать техники..., разбираться..., искать причину..., понять что-то... менять что-то...)
- 3) Человек **признает/допускает** психологическую причину симптомов, жалоб, сложностей.

ЕСЛИ НЕТ ВСЕХ ТРЕХ КРИТЕРИЕВ, то...

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ или

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

# Важно помнить...

- Симптом или жалоба – материал для работы психолога/психотерапевта.
- ВСЕГДА помогаем остановиться на **конкретной ситуации** (например, «неуверенность», «низкая самооценка», «мой страх», «паническая атака», «напрягаюсь...» и т.д.):
- **Опишите, в какой конкретной ситуации у вас это происходит?**
- **Самую последнюю ситуацию?**
- **Самую яркую ситуацию?**



**Амосов Николай Михайлович** (1913-2002, скончался в 89 лет), отечественный кардиохирург, академик, автор книг «Мысли и сердце», «Книга о счастье и несчастьях», «Преодоление старости» и др.

«Врачи лечат болезни, а ЗДОРОВЬЕ нужно добывать самому...  
тренировкой, упражнениями, нагрузкой...»

Страдание (от старославянского «страда») – время работы, пора активных действий!

## 2 этап КПТ терапии:

- Диагностика и выявление дисфункциональных когниций!

Обучение базовым техникам самонаблюдения и анализа.

ПОИСК ГЛУБИННЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОГНИЦИЙ (АМ, ПМ) как материал для концептуализации!

# «ПОИСКОВЫЙ» ЭТАП КПТ: формирование навыка самонаблюдения

- После создания рабочего альянса, при условии контракта и приобщения к философии КПТ.
- Поиск и отслеживание автоматических, а затем и промежуточных когниций (убеждений)!
- Учим отслеживать автоматические мысли (разные!) и соотносить их с чувствами, физиологическими реакциями и поведением (останавливать их; переосмысливать, переформулировать и т.д.)!
- **Влияние на мысли:** учим базовым навыкам и умениям самопонимания, самоанализа,

# Схема А-В-С-Д-Е: обучаем и помогаем заполнять!

- **А** – активирующее событие (время, пространство: где именно ситуация происходит? Время? Что в это время я вижу? Что в это время я слышу?)
- **В** – мысли: Какие мысли в голове в тот момент! Разные!
- **С**- негативное чувство или переживание (может быть несколько 2-3). Что я чувствую в данный момент? Какое чувство в этот момент?

Определяем **интенсивность (шкалирование чувства)**!

- **Д**- фиксируемое (наблюдаемое!) действие: В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие действия я совершаю?
- **Е** – физиологические ощущения: В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие ощущения в теле (жар-холод, онемение, сжатие, напряжение – ГДЕ? В какой части тела?)

# Схема А-В-С-Д-Е: ЦЕЛЬ!

- Обучаем **навыку отделять А-В-С-Д-Е**. Важно, чтобы человек **умел разделить** ситуацию (факт), интерпретацию (мысль), действие и физиологическую реакцию – обучение навыку самонаблюдения/самоисследования/самоанализа.
- Обучаем **распознавать (называть)** свои мысли, чувства, ощущения в теле.
- Обучаем **размышлять и обобщать всю** информацию о себе (!Закономерность работы психики – нашему сознанию/разуму невозможно принимать оптимальные решения и формировать стратегии совладания, не имея полной информации о себе).
- Большинство пациентов не видят, не анализируют взаимосвязь когниций, чувств, физиологических ощущений и действий!
- Обучаем **анализировать информацию о себе и рассуждать о первичных дисфункциональных когнициях**

# Задача терапевта:

- Обращает внимание пациента на соответствие МЫСЛИ – ЧУВСТВО-ТЕЛО-ДЕЙСТВИЯ (например, тошнота – это про отвращение, или слезы – ты огорчен, напрягает – про злость и т.д.);
- Предлагает гипотезы и предположения на обсуждение;
- Обращает внимание на противоречие, просит объяснить (между чувствами и действиями, мыслями и чувствами и т. д.).

# Упражнение: Разложи проблему по полочкам!

● **А – активирующее событие:** Где именно ситуация происходит? Время? Что в это время я вижу? Что в это время я слышу?

● **В – мысли:** Какие мысли в голове в тот момент! Зафиксировать 7 - 10-15 мыслей.

● **С- негативное чувство или переживание:** Что я чувствую в данный момент? Какое чувство в этот момент?

○ **Определить интенсивность чувства (баллы/проценты)!**

● **Д- фиксируемое (наблюдаемое!) действие:** В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие действия я совершаю?

● **Е – физиологические ощущения:** В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие ощущения в теле? В какой части тела?)

**Резюме** – что было важно? Полезно? Какие выводы можно сделать?

# Дневник самонаблюдения/самоисследования:

<b>А - Активирующе е событие</b>	<b>В - Мысли</b>	<b>С - Эмоции, переживания</b>	<b>Д - Действия (поведение)</b>	<b>Е- Физиологическ ие ощущения</b>
Ситуация  Время и пространство	Мысли и Убеждения  10-15 мыслей	Эмоции  2-3 чувства	Мои действия  2-3 действия	Ощущения в теле  2-3 ощущения
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7.</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol>			

**Резюме:** Обращаем внимание (делимся своими наблюдениями, гипотезами и предположениями) о соответствии/несоответствии МЫСЛИ-ЧУВСТВО-ТЕЛО-ДЕЙСТВИЕ.

Обсуждаем **Что было важного/полезного в нашем разговоре? Какие выводы**



# Терапевтические рекомендации:

- Учиться раскладывать подобным образом любую другую проблемную ситуацию и учиться так смотреть на любую проблему (это навык самоисследования и самонаблюдения).
- Задаваться вопросом – что является причиной моей проблемы (какие мысли и внутренние установки)?
- Задаваться вопросом – какая информация о проблеме наиболее доступна и недоступна для меня?

**ВОТ МЫ И  
НАУЧИЛИСЬ  
ФИКСИРОВАТЬ  
«МЫСЛИТЕЛЬНЫЙ  
ШУМ»:**

**автоматические  
мысли/когниции!**



МАЛО ПРИСЛУШАТЬСЯ К СЕБЕ,  
НАДО ЕЩЁ ОСМЫСЛИТЬ АХИНЕЮ.

# Поиск промежуточных (более глубоких) мыслей (ПМ)!

Промежуточные мысли (долженствования, метакогниции) частично осознаются, но в большей степени вне фокуса внимания/сознания человека – это интерпретации автоматических мыслей, МЫСЛИ о наших мыслях.

К каждой автоматической мысли (АМ)  
задать такой вопрос:

- Что эта мысль для меня значит?
- Что я думаю про эту мысль?
- О чем эта мысль для меня говорит?

К... б... ?

# Упражнение : фиксация промежуточных мыслей/когниций.

**Объяснить**, что сейчас мы будем учиться отслеживать и фиксировать более глубокие мысли (промежуточные).

К каждой автоматической мысли клиента из схемы АВСДЕ  
**здать** один из этих вопросов:

- Что эта мысль для вас значит?
- Что вы думаете об этой мысли?
- О чем эта мысль для вас говорит?
- Как должно быть?

**Фиксировать** и психотерапевту, и клиенту любой пришедший в голову (в данный момент!) ответ/образ/воспоминание.

**Обсудить** с пациентом ваши гипотезы/предположения.

**Резюме:** какой вывод можно сделать, анализируя эти более глубокие мысли? Что было важно и полезно?

# Терапевтические рекомендации: тренировка навыка саморефлексии и анализа.

- Самостоятельно в любой проблемной ситуации сделать схему АВСДЕ, где зафиксированы автоматические мысли, а потом задавать себе вопросы, как на сессии, и зафиксировать промежуточные мысли.
- Учиться формулировать **правило (представление)**, которым человек руководствуется при формулировке промежуточных мыслей – какое представление/какая идея лежит в основе этих мыслей?
- Учиться анализировать/обосновать/объяснять - почему он думает так, а не иначе...?

Цель 2 этапа когнитивно-поведенческой терапии: концептуализация – поиск и формулирование глубинных убеждений, которые составляют когнитивную схему.

Задача терапевта помочь пациенту сформулировать дисфункциональные глубинные убеждение/когниции:

- Негативная установка (представление о себе): Я какой (какая)?
- Долженствования (к себе и к людям): Должен (должна)...
- Глубинные установки о мире/людях: Мир какой? Люди какие?

# Технология концептуализации:

Здесь важна мягкая легальная директивность, последовательность и помощь пациенту (эмоциональная поддержка, подсказки, .

Читаем пациенту (или пациент читает самостоятельно) список автоматических (АМ) и промежуточных (ПМ) мыслей и просим его сформулировать:

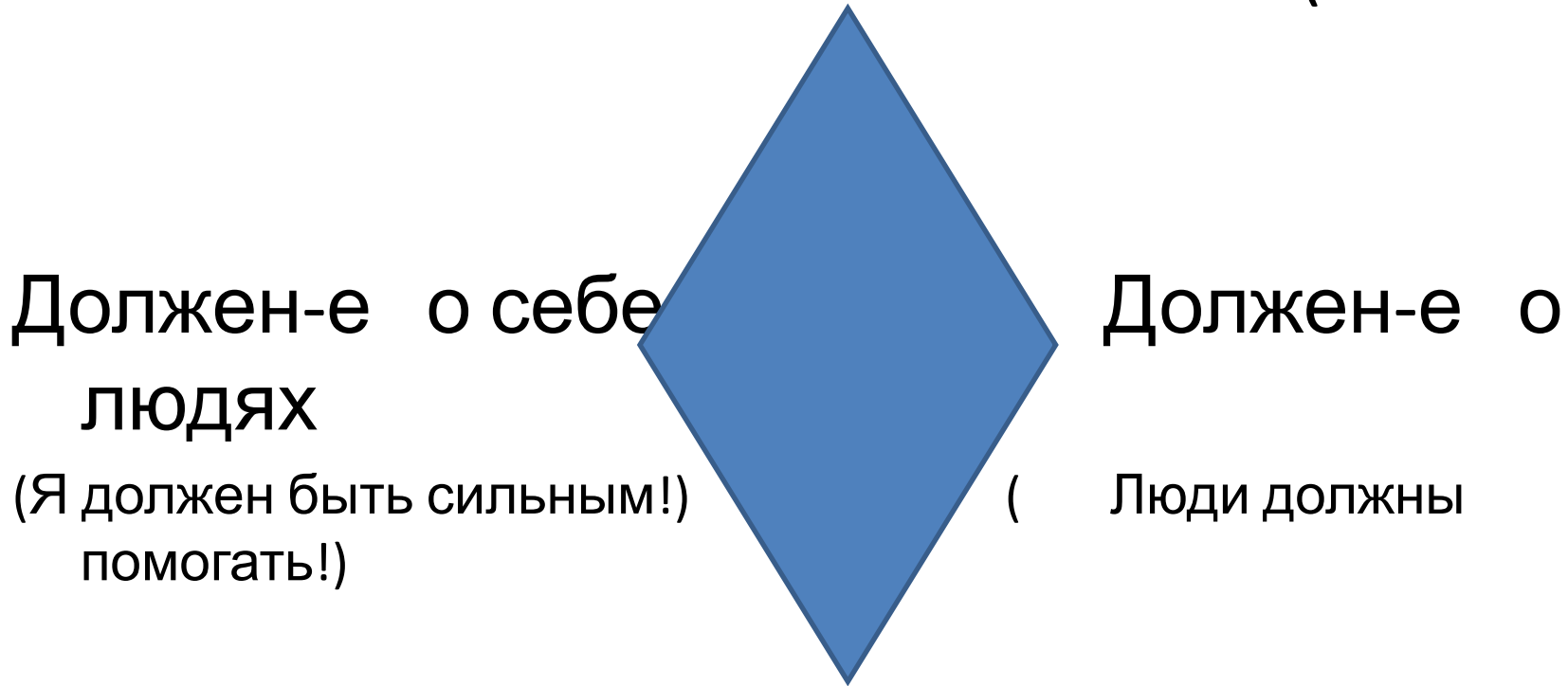
**• негативное представление о себе** (Когда в голове такие мысли, какое у вас негативное представление о себе? Или Каким чувствуете/ощущаете себя?)



- **Долженствование к себе** (Когда в голове такие мысли, каким вы должны(а) быть?)
- **Долженствование к людям** (Когда в голове такие мысли – какими должны быть окружающие? или Если вы должны быть таким (берем сформулированное долженствование), то какими должны быть окружающие люди?)
- **Глубинное убеждение о мире/людях** (Когда у тебя такое представление о себе и ты должен быть таким, каким представляется/кажется/воспринимается окружающий мир и люди в нем?)

# Итог концептуализации: **КОГНИТИВНАЯ схема пациента!**

- **Негативная Установка (Я слабый!)**



- **Убеждение о мире\людях**

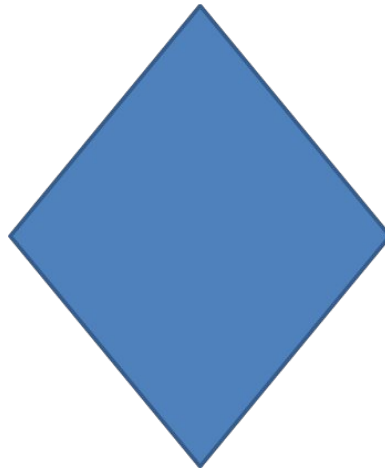
# Упражнение. Концептуализация когнитивной схемы

Прочитайте пациенту из схемы АВСДЕ список автоматических (АМ) и промежуточных (ПМ) мыслей и попросите его сформулировать:

**негативное представление о себе** (Когда в голове такие мысли, каким ты чувствуешь/ощущает себя?)

**Долженствование к себе  
людям**

(Когда в голове такие мысли,  
мысли,  
каким ты должен быть?)



**Долженствование к**

(Когда в голове такие  
то какими должны быть  
окружающие люди?)

**Глубинное убеждение о мире/людях** (Когда у тебя такое представление о себе, каким представляется/кажется/воспринимается окружающий мир и люди в нем?)

Вместе с пациентом составьте его когнитивную схему.  
Обсудите (связь представлений когнитивной схемы и проблемы).

•**Резюме:** что в нашей работе было важно и полезно? Какие

# Глубинное дисфункциональное убеждение:

Глубинное убеждение то, которое участвует во всех жизненных задачах пациента, играет роль во всех проблемах.

## 3 критерия иррациональности суждения (когниции):

- Нет однозначных! фактов истинности суждения.
- Состоит из абстрактных (многозначных) понятий.
- Ухудшает жизнь (вызывает дисфункциональные переживания).

Чтобы работать с дисфункциональной когницией, надо добиться, чтобы человек признал свою мысль иррациональной (мешающей, отравляющей жизнь).

# Когнитивное прояснение:

## Любое не-одно-значное понятие

(например, «никчемный», «неуверенный», «быть сильным», «быть успешным», «мир жестокий», «люди безответственные» и т.д.) прояснять:


- Узнать точное значение (индивидуальные смыслы)... Что это понятие значит для вас? Какое значение для вас в этом слове? Что вы понимаете под этим словом?
- Определить главные (2-5) признаки, как это человек узнает? По каким конкретным проявлениям / признакам он это определяет?
- Прояснить отношение (**оценку/мнение и чувство**) пациента к **этой информации**? Что пациент думает об этой информации (как оценивает)? Что чувствует в

# Упражнение : КОГНИТИВНОЕ

## ПРОЯСНЕНИЕ

Выберете любое (на ваш взгляд) абстрактное слово или словосочетание в когнитивной схеме пациента...

- Узнайте **точное значение**: Что это понятие значит для него? Какое значение для вас в этом слове? Что вы понимаете под этим словом?
- Определить **главные (2-5) признаки**: Как вы это узнаете в себе или других людях? По каким конкретным проявлениям / признакам вы это определяете?
- Проясните отношение (**оценку и чувство**) пациента к этой информации? Что вы думаете об этой информации (как оцениваете)? Что чувствуете в связи с этим?
- **Поделитесь** своими гипотезами и предположениями (как смыслы/значения, которые человек вкладывает в эти понятия поддерживают его страдание или какое противоречие есть в его представлениях).
- **Резюме**: что в нашей работе было важно и полезно? Как вам это помогает?



Отругал своих тараканов,  
рассадил в голове по полочкам,  
запретил меняться местами.

Притихли, не беспокоят,  
шёпотом обсуждают какой я плохой.

# Технология падающей стрелы (Барн, 1980)

выявление промежуточных и глубинных убеждений.

- **Через любую негативную мысль можно выйти на уровень** автоматических и промежуточных мыслей, а затем и глубинных убеждений.
- Согласие пациента «копнуть вглубь» и поискать глубинные убеждения.
- **К выделенной негативной мысли** задаем вопрос Падающей стрелы и просим сформулировать любой ответ, приходящий в голову пациенту в данный момент (обязательно фиксируем).
- К этому ответу задаем следующий вопрос и фиксируем ответ, к этому ответу задает следующий вопрос и так до тех пор пока не получим похожие формулировки и убеждения или настроение человека не изменится (чаще, может возникнуть беспокойство, замешательство, удивление, недовольство).



- **Важно! Не дать пациенту увести вас от негативных мыслей (т.е. не допускать фиксации на позитивных мыслях, НО! всячески подкреплять их! – Это хорошо, что мы выявляем наличие у вас позитивных и помогающих мыслей – пусть они у вас будут и мы их не трогаем – они нужны вам для адаптации).**
- Нас интересуют источник ваших проблем – поэтому я прошу вас сосредоточиться на негативных мыслях.
- Результат техники Падающая стрела – материал для концептуализации. Просим прочитать весь список ответов пациента и проводим концептуализацию – помогаем ему сформулировать **негативное представление о себе, долженствование о себе, долженствование о людях и убеждение о**

# Вопросы падающей стрелы:

- **Что эта мысль значит для Вас?**
- 
- **Когда вы думаете так....., что вы думаете о себе?**
- 
- **Когда вы думаете так....., на каком основании вы это думаете\говорите?**
- 
- **Когда вы думаете так ....., что вы думаете о мире?**
- 
- **Когда вы думаете так....., что вы думаете о своей жизни?**
- 
- **Когда вы думаете так....., что вы думаете о других?**
-

# Упражнение:

- **Клиент** озвучивает другую проблему и выбирает 1 любую негативную мысль.
- **Психотерапевт** информирует о технике, проводит технику падающей стрелы (2 круга) и концептуализацию (выстроить когнитивную схему).
- **Поделитесь** своими гипотезами и предположениями (как связаны эти убеждения и проблема).
- **Резюме:** что в нашей работе было важно и полезно? Какие выводы вы сделаете в связи с этой информацией о себе?

# Падающая стрела 2 – классическая (Барн, 1980 год)

Надо согласиться с АМ пациента:

- ***Давайте предположим, что это так!***  
***Действительно, может так быть – и тогда что?***
- ***Допустим, это так, и что это говорит о вас?***
- ***И?... Что это значит?***
- ***Предположим, это так... И что?***
- ***Так... И что надо сделать? (Как должно быть?)***
- Критерии окончания Падающей стрелы: а) получение похожих формулировок и убеждений, б) настроение человека меняется (чаще ухудшается – он грустнее)

# Падающая стрела 3

(Кочетков Яков Анатольевич, Москва, Центр когнитивной терапии)

- ***Что эта мысль значит для вас?***
- ***К чему эта мысль может привести?***
- ***Как эта мысль характеризует вас?***
- ***Если эта мысль правда..., что тогда?***
- ***Что плохого в том, что...?***
- ***Какова наихудшая часть того, что...?***

В конце концов проводится концептуализация - формулируются негативное представление о себе, долженствования о себе, долженствование о людях и убеждение о



**Встала на путь  
истинный. Стою...  
Идти-то куда?**

Дмитрий Викторович Ковпак (апрель, 2019  
года):

Пациенту предлагаем узнать, как его  
**МИРОВОЗЗРЕНИЕ** (уникальные смыслы, система  
представлений, когнитивные схемы) влияет на  
мышление и поведение, а потом предлагаем  
проводить тренировку **ВЫБОРА** (мыслить осознанно,  
принимать решения и действовать).

У человека есть **ВЫБОР**, а он им не  
пользуется!

- Как ты делаешь страдание?
- Как ты поддерживаешь страдание?
- Как ты развиваешь страдание?

**ЗНАНИЯ О СЕБЕ** – повод начать что-то делать!

3 этап КПТ терапии:

● Учим базовым  
навыкам и умениям  
самоинструментирования  
и самокоррекции!  
Обязательно даем ДЗ!





Стереть из своей жизни  
ничего нельзя, но дорисовать  
то можно...

Информируем о «жесткости и нереалистичности» и «гибкости и адаптивности» убеждений, оценок, восприятия и поведения.

- Потенцируем (предлагаем) пациенту учиться переосмысливать, переформулировать и осуществлять другие выборы (выбирать другие мысли и убеждения)!
- Опирается/руководствоваться более гибкими, адаптивными или реалистичными представлениями о

— Ты что, совсем без царя в голове?

— Не правда. У меня там  
конституционная монархия.

— Это как?

— Царь вроде бы есть, но реальная  
власть у тараканов.

# Изменение когниций, тренировка

самоинструирования и самокоррекции.

Требуется знание всех нюансов своего реагирования (АВСДЕ), знание системы своих представлений (когнитивные схемы), знание тех смыслов, которые человек вкладывает в эти понятия (когнитивное прояснение), и тогда можно учиться делать осознанный ВЫБОР!

- Задача 3 этапа КПТ: сформулировать и закреплять **ГИБКИЕ, РЕАЛИСТИЧНЫЕ** установки и проверять реагирование.

- **ВАЖНА** поддержка и помощь психотерапевта!

- Процесс формулировки **АЛЬТЕРНАТИВНЫХ** мыслей, которые будут помогать **ВЫБИРАТЬ** и **ТРЕНИРОВАТЬ** другое восприятие, реагирование,

Как бы так Взяться

за ум, чтобы

не повредить

психику...



# Тактика работы в КПТ (симптомцентрированный уровень вмешательства)

Схема ABCDE (добываем АМ и тренируем/обучаем навыку самоисследования/самонаблюдения)



Фиксация промежуточных (глубоких мыслей) и навык самоанализа/саморефлексии (+Падающая стрела)



Концептуализация (когнитивная схема) и навык самоанализа/саморефлексии.



Распаковываем и анализируем смыслы в убеждениях когнитивной схемы (когнитивное прояснение) – помогаем установить связь с проблемой/симптомом.



Альтернативные мысли (схема ABCDE) – навык самоинструктирования и самокоррекции.

Цель симптомцентрированной КПТ – редукция симптомов/страдания/стабилизация состояния = это

Изменение мыслей с помощью схемы  
АВСДЕ (Альтернативные мысли):

- Возвращаемся к схеме АВСДЕ.
- Зная источник проблемы (свои убеждения, когнитивную схему, индивидуальные смыслы), помогаем пациенту переформулировать автоматические мысли на альтернативные (более адаптивные, гибкие, помогающие)

# Просим клиента/пациента:

- **Сформулировать** новые мысли , которыми он (она) хочет/надо бы руководствоваться в этой ситуации?... или от которых легче?... или которые помогают?
- **Просим оценить, обосновать, объяснить** – если думать ТАК, что изменится в реагировании, действиях и ощущениях? В интенсивности или содержании чувств?
- **Напоминаем**, что таким образом можно осознанно влиять на внутреннее состояние – навык самоинструирования и самокоррекции.
- **Напоминаем** о том, что чем больше человек тренирует навык самоинструирования осознанно, тем лучше влияет на свое восприятие, оценки ситуации и себя, а также на негативные переживания.



# Сообщаем клиенту (пациенту):

- **МАЛО** переформулировать мысли (**ЗАПИСАТЬ!**), которыми он (она) хочет руководствоваться в этой ситуации и обсудить, что от этого изменится.
- Изменения на поведенческом уровне **ВОЗМОЖНЫ** только тогда, когда мы **создаем условия для ЗАКРЕПЛЕНИЯ** новых мыслей – какое минимальное действие/поступок может совершить клиент ближайшие 2-3 дня для того, чтобы закрепить новые мысли? Это может быть **ЛЮБОЕ** действие, которое позволит «прогнать» по нейронному контуру эти мысли - например, создать копинг-карточку и читать ее 3 раза в день, поговорить со значимым человеком об этих мыслях, написать пост в соц. сетях, сделать физические упражнения во имя этих мыслей, нарисовать образы к этим мыслям или сделать инсталляцию, найти символ новых мыслей. Помогаем придумать ЛЗ!

# Дневник самоинструирования/самокоррекции:

<b>А - Активирующее событие</b>	<b>В - Мысли</b>	<b>С - Эмоции, переживания</b>	<b>Д - Действия (поведение)</b>	<b>Е- Физиологическ ие ощущения</b>
Ситуация	АМ	Эмоции	Мои действия	Ощущения в теле

**Если опираться на знание о себе – какие мысли будут помогающими (альтернативными) в этой ситуации?**

	1. 2. 3. 4. 5.			
Если будешь думать так, как изменится восприятие ситуации?		Если будешь думать так, что изменится в чувствах?	Если будешь думать так, какими будут действия?	Если будешь думать так, что изменится в ощущениях тела?

# Изменение установок в когнитивной схеме:

- Опираясь на знание о себе, просим пациента переформулировать/придумать вместо убеждений когнитивной схемы альтернативные (более адаптивные, гибкие, помогающие) представления.
- **Переформулировав мысли (ЗАПИСАТЬ!).**
- **Просим оценить:** что измениться в его восприятии, реагировании и поведении, если он будет руководствоваться/опираться на эти установки...?
- **Закрепляем** новые представления – какое действие (минимальный поступок) может совершить человек ближайшие 2-3 дня для того, чтобы закрепить новые представления? Помогаем придумать ДЗ!
- Резюме.

# ВАЖНО!

- Информировать пациента о ложном ожидании и представлении!!!, что привычные негативные мысли быстро и легко исчезнут (?!) – это не так!
- Люди редко могут контролировать привычные мысли или первое восприятие и оценку, которые привыкли запускать нейросети, НО!!!
- Человек **ВСЕГДА** ! может контролировать вторую мысль, третью оценку, отношение к своим мыслям,



Диагноз: острая  
недостаточность  
сказочных  
событий в  
повседневной  
жизни.

# 4 признака хорошей (эффективной) сессии:

- Клиент/пациент задумывается (?!);
- Изменения психоэмоционального состояния (проявляет заинтересованность, погрустнел, огорчился, недоумение, облегчение);
- Клиент/пациент становится активен (высказывает свою позицию, гипотезы, спрашивает, интересуется чем-то).
- Пациент готов приходить, продолжать работу.

# Домашнее задание:

- 1. Подумать над вопросом и найти любые варианты ответа...**
- 2. Поразмышлять на темой и сделать выводы...**
- 3. Собрать (узнать) информацию ...**
- 4. Сформировать гипотезу или предположение...**
- 5. Составить и написать текст:**
  - Теперь мне известно...
  - Теперь я знаю...
  - Раньше я считал...

# Задания для поведенческих экспериментов...

- Понаблюдать за собой (другими)...
- Попробовать изменить (мысли, чувства или действия)...

*Можете пообещать, что каждый раз, когда в голове старые/привычные мысли, заканчивать ЭТИМ... (новые, альтернативные мысли)?*

- Сделать помогающие стикеры, копинг-карточку и пользоваться.



# Литература:

- **Корин Свит «Сам себе психотерапевт: как изменить свою жизнь с помощью когнитивно-поведенческой терапии» (2015).**
- **Бек, Джудит С. «Когнитивная терапия: полное руководство» (2018).**
- **В. Дубынин «Мозг и его**



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И  
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
им. Б.Д. Карвасарского



**ОФОРМИТЬ ЗАЯВКУ НА ОБУЧЕНИЕ И ЗАДАТЬ ЛЮБЫЕ  
ИНТЕРЕСУЮЩИЕ ВАС ВОПРОСЫ МОЖНО, ПОЗВОНИВ НАМ ПО НОМЕРУ  
+7 812 467-48-87 ИЛИ НАПИСАВ ПО АДРЕСУ [CLIENT@IPMP-SPB.RU](mailto:CLIENT@IPMP-SPB.RU)**

**САЙТ ИПМП: [https:// ipmp-spb.ru](https://ipmp-spb.ru)**

**НОВОСТИ ИПМП: [https://vk.com/@institute\\_of\\_psychotherapy](https://vk.com/@institute_of_psychotherapy)**

**САЙТ Вечернего Института Психотерапии: <https://vip.spb-ipmp.ru>**

Санкт-Петербургский Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского осуществляет образовательную деятельность на основании лицензии от «13» мая 2014 года № 0988, выданной комитетом по образованию Правительства г. Санкт-Петербурга.

Все Программы разработаны и утверждены на основании требований к образовательным программам дополнительного профессионального образования в соответствии с Федеральным законом РФ № 273-ФЗ от 29.12.2013 г. «Об образовании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 октября 2013 г. № 966 «О лицензировании образовательной деятельности»; Приказом Министерства образования и науки РФ от 01.06.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».