



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

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,

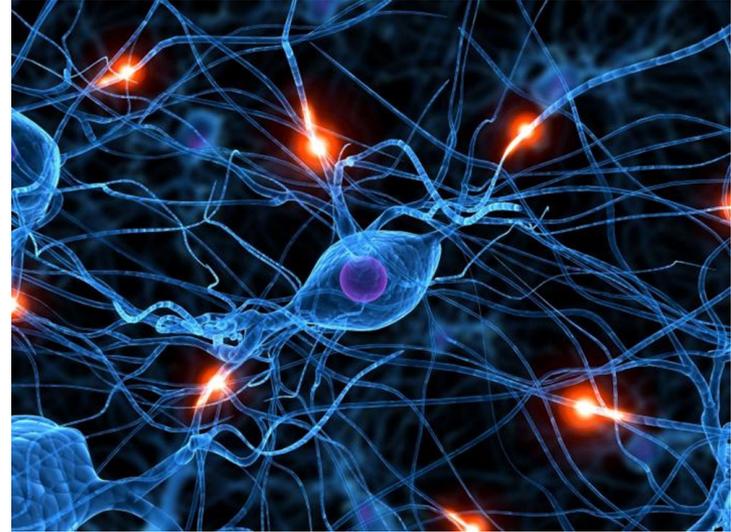
ЧЕЛОВЕК?



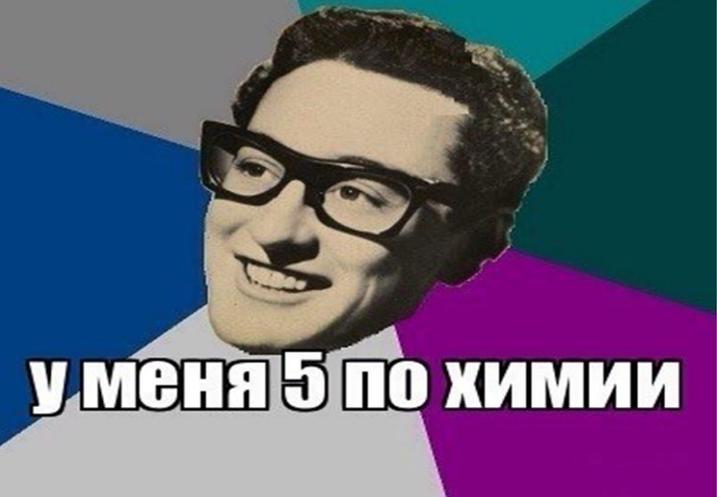
ЧЕЛОВЕК — КТО ОН?



Tvoypint.ru
отличайся



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. Бендура

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, самоуничижение 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**
размышлять 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:

А - Активирующе е событие	В - Мысли	С - Эмоции, переживания	Д - Действия (поведение)	Е- Физиологическ ие ощущения
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"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 			

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, .

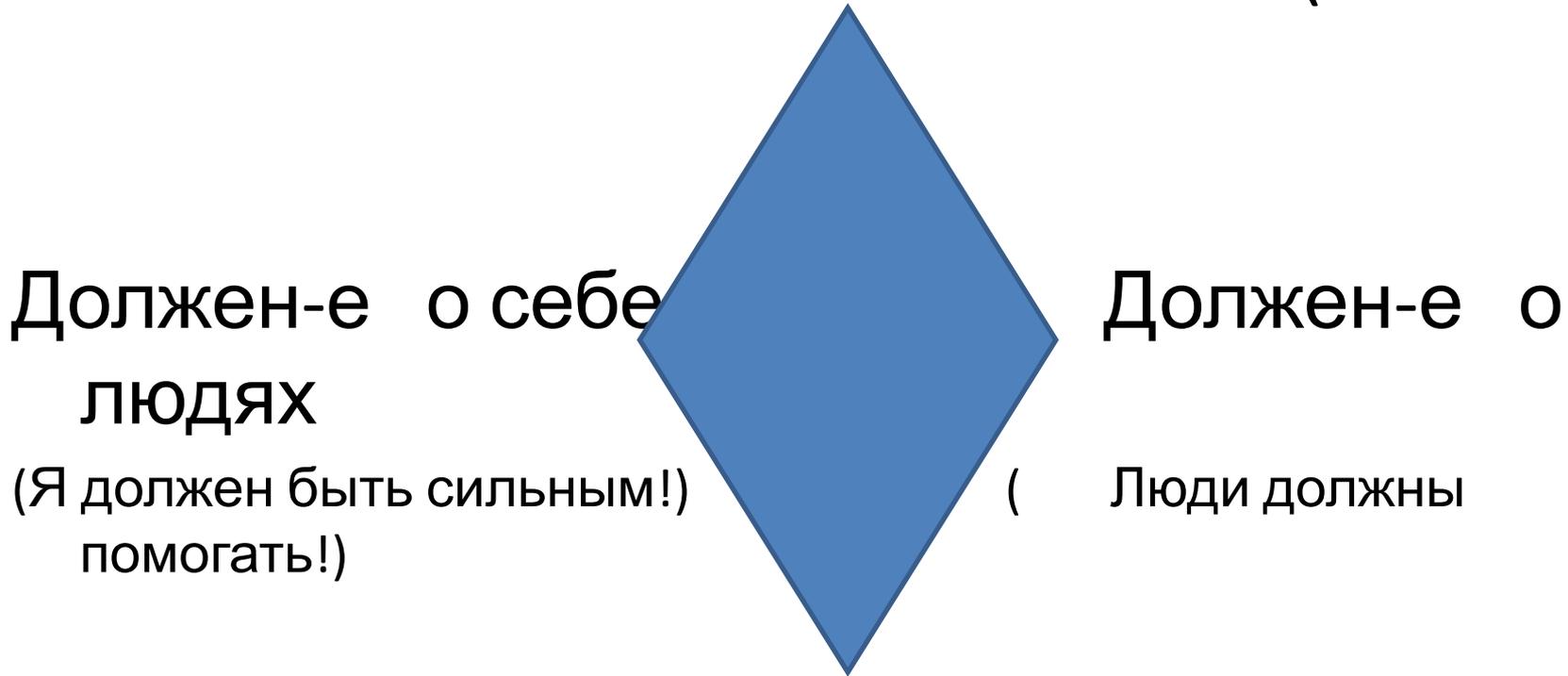
Читаем пациенту (или пациент читает самостоятельно) список автоматических (АМ) и промежуточных (ПМ) мыслей и просим его сформулировать:

• 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**

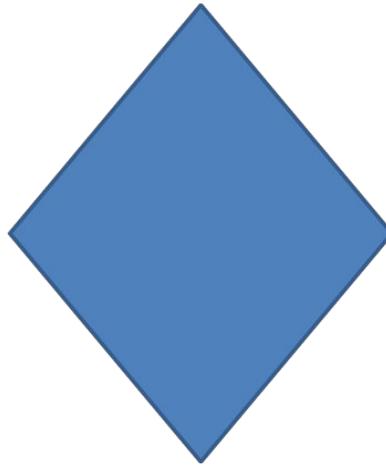
Упражнение. Концептуализация когнитивной схемы

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
самоинструирования
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...



Правда
Жизни

vk.com/life_of_true

Тактика работы в КПТ (симптомцентрированный уровень вмешательства)

Схема АВСДЕ (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 АВСДЕ) – 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:

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

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

	<ol style="list-style-type: none"> 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**

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

НОВОСТИ ИПМП: 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».