



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



КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: 1 ступень

Бубнова Ирина Викторовна,
Медицинский (клинический) психолог,
Руководитель отделения медицинской (клинической)
психологии Института психотерапии и медицинской
психологии им. Б.Д. Карвасарского

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,**
- **о норме,**
- **о патологии и**
- **теориями психотерапевтического воздействия,** которые предполагают изменение личности от патологии к норме на основе **БИО ПСИХО СОЦИОНОЭТИЧЕСКОЙ** концепции.

Чем мы будем заниматься?

- Теоретические основы КПТ.
- Контакт и контракт в КПТ.
- Этапы КПТ
- Базовые техники КПТ (схема АВСДЕ, концептуализация, когнитивное прояснение, падающая стрела, работа с дисфункциональными когнициями, формирование ДЗ).

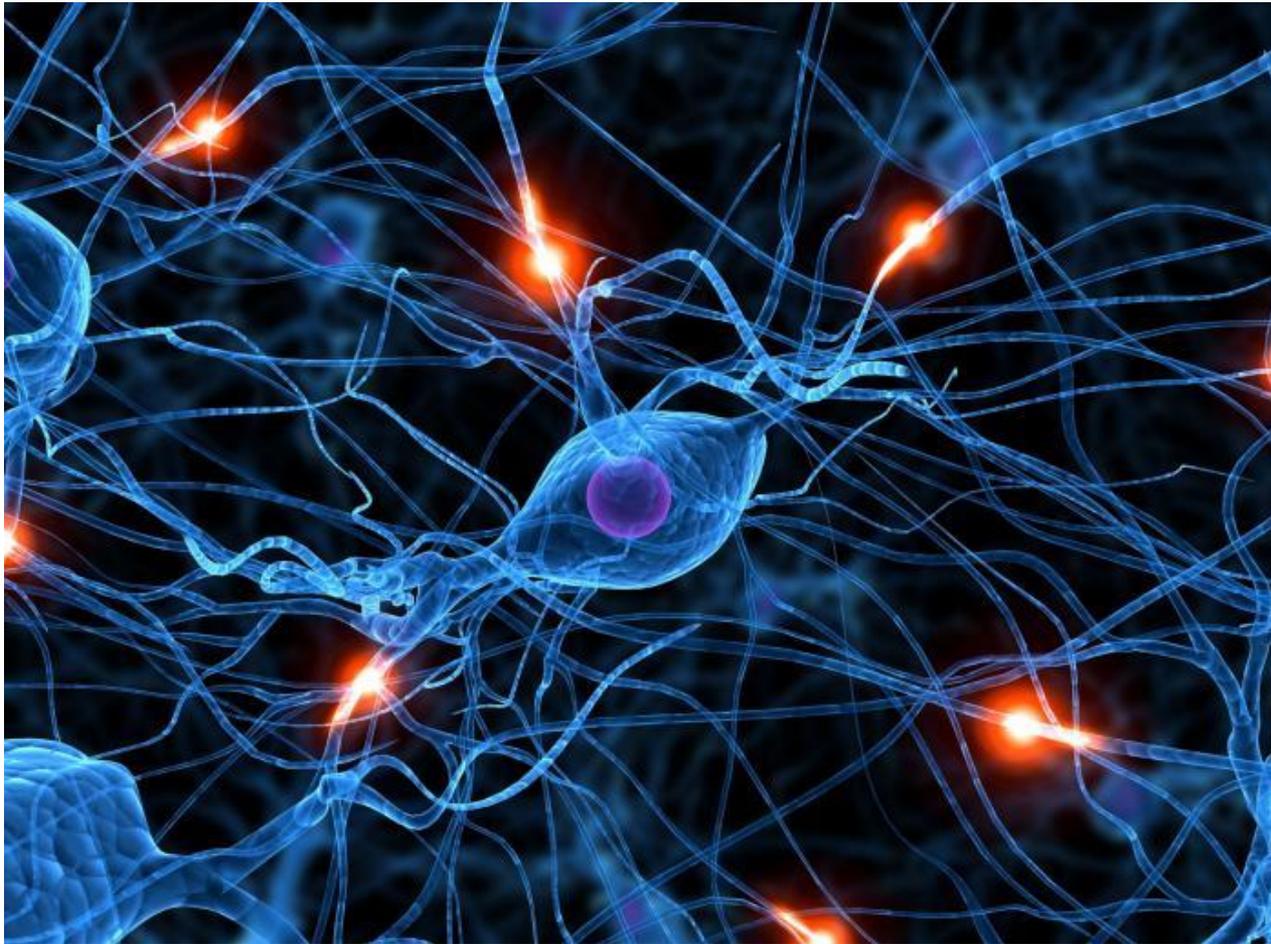
ЧЕЛОВЕК?



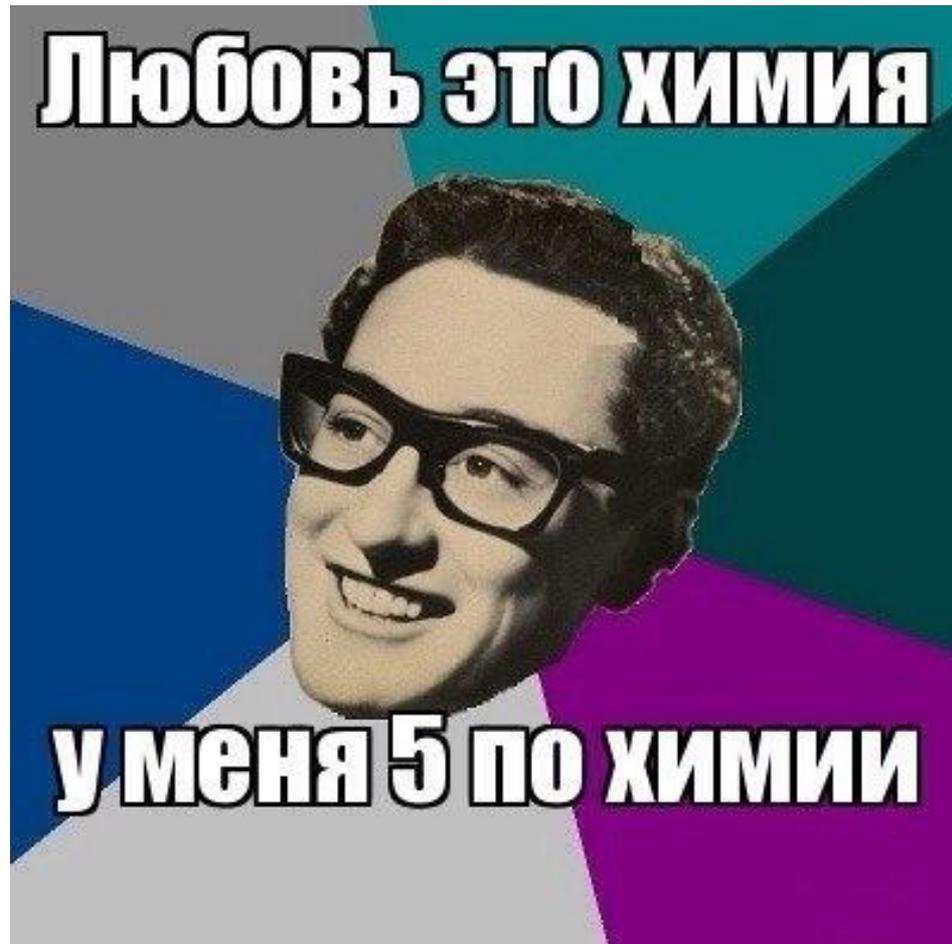
ЧЕЛОВЕК — КТО ОН?



Электричество и



ХИМИЯ!



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?

Прояснить взаимодействие лидирующих подсистем человека:

- 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).

Поведение:

- **Восприятие:**
- **Оценка ситуации:** 80-120 м/с
- **Оценка себя в ситуации:**
- **Эмоция:** 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 это воспринял?
- **Оценка ситуации:** как оценил эту ситуацию? Что подумал про это?
- **Оценка себя в ситуации:** как оценил себя в этой ситуации? Что подумал про себя в этой ситуации?
- **Эмоция:** что почувствовал? Какое чувство возникло?
- **Эмоциональное отношение:** Что подумал о том, как ты воспринял ситуацию? Что думаешь о том, как ты оценил ситуацию? Скажи свое мнение о том, как ты оценил себя в этой ситуации? Что подумал о своем чувстве? Какие переживания возникли по этому поводу? Поделись своим мнением обо всем этом.
- **Действия:** Что сделал?
- **Последствия:** какие последствия получил? Какой

- Мы существуем в мире внешних стимулов.
- Человек адаптируется и **превращает все стимулы** внешней реальности в свою внутреннюю – т.е. **формирует** ту действительность, которая ему привычна (созвучная внутренним убеждениям, представлениям)!!!

Когнитивно-поведенческое направление

- **Признают наличие предсознательных когнитивных процессов – некоторые импульсы оцениваются и классифицируются прежде, чем они поступят в сознание (в фокус внимания человека).**
- **БИО – ПСИХО – СОЦИО – НОЭТИЧЕСКИЙ** взгляд на человека.

- **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.**

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

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.

Норма и патология...?!

Дисфункциональная когниция – любая мысль, 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 дисфункциональных когниций, возникают автоматически, быстро, повторяются (надоели 😊)...

Как мнение стало убеждением (глубинной дисфункциональной когницией)?

- накапливается, много раз сталкиваясь с негативным опытом (медленный способ)
- оказался в эмоционально ярком состоянии и получил 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 тезиса о главенстве абсолютистских, догматичных оценочных мыслей в возникновении и

Цель и задачи КПТ

Овладение и закрепление навыков самоменеджмента – навыков (компетенций) организации жизни, анализа и решения проблем в будущем:

- **Самонаблюдение** (а не самокопание, самокритика, самоуничижение и т.д.);
- **Самооценивание** – положительное или нейтральное (критическая саморефлексия), а не ориентация на мнение окружающих людей или фиксация на своих ощущениях.
- **Самоинструирование и Самоподкрепление** (а не пассивная позиция);
- **Владение техниками самопомощи** (а не требование или ожидание помощи от окружающих).

Показания и

противопоказания:

Показания: любой возраст, при котором человек может говорить-рассуждать, думать и переживать... (с 4-5 лет до)

Противопоказания:

- Психотическое состояние (или острое состояние)
- Патологический кризис
- Умственная отсталость 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, обращая внимание пациента на те аспекты проблем, которые самим пациентом не рассматриваются!

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 психотерапии!

Контакт и психотерапевтический контракт

- Контакт – создание условий эмоциональной безопасности (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

Важные настройки...

КПТ психотерапевт отвечает за:

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

Ответственность (условия)

- Готовность **проявлять себя** (делиться мыслями, чувствами, мнениями) **пациента**.
- Готовность **думать** над «сложными» вопросами психотерапевта... и отвечать!
- Готовность **получать обратную связь**.
- Готовность **меняться** - осознанно пробовать задавать **ДРУГИЕ** вопросы, формулировать **ДРУГИЕ** мысли, по **ДРУГОМУ** реагировать, действовать, принимать **ДРУГИЕ** решения и т.д.
- Готовность **обсуждать** это (те темы, вопросы, сферы, которые возникают на сессиях)
- **Выполнять** поведенческие эксперименты и ДЗ.

- «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! МНЕ ПРИДЕТСЯ ВАМ СООБЩИТЬ, ЧТО МОЖНО ВЫЛЕЧИТЬ, А К ЧЕМУ ПРИДЕТСЯ ПРИВЫКНУТЬ (ПРИНЯТЬ)**

Доктор велел не нервничать... Совсем, то есть. Вообще. Ни при каких обстоятельствах. Вот теперь третий день и не нервничаю... Изю всех сил не нервничаю. Просто, блин, бесит уже, как не нервничаю.



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, положительным самооцениванием, самоподкреплением

(Г.В. Залевский, Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. Томск, 2006, стр. 22)

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

Этапы КПТ:

- Создание рабочего альянса! Объяснить зачем всё это!!! Приобщение к философии КПТ.
- 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 вызывающие и\или сдерживающие изменения проблемы: учим базовым навыкам и умениям самопонимания и организации жизни).

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 поискать источник проблем! Соответствует

Критерии наличия пациента:

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

ЕСЛИ НЕТ ВСЕХ ТРЕХ КРИТЕРИЕВ, то...

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ или

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ

КОНСУЛЬТАЦИЯ!

Проверка и/или повышение качества рефлексии: формируем и развиваем базовые психологические навыки (навык безоценочного самонаблюдения)!

Симптом (проблема) ВСЕГДА! имеют 2 стороны:

- **ВНЕШНЯЯ (что мы наблюдаем во внешнем мире)**
- **ВНУТРЕННЯЯ (Что происходит внутри нас)**

ВНЕШНЯЯ (что мы наблюдаем во внешнем мире): ЛЮБАЯ ПРОБЛЕМА:

**Уметь наблюдать и анализировать
ВНЕШНЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ (что я наблюдаю
во внешнем окружении и поведении в
проблемной ситуации):**

- Опишите, что конкретно происходит вокруг вас?
- Опишите ваше поведение?
- Что бы увидели окружающие в ваших действиях? Посмотрите на себя как бы со стороны, чужими глазами.

ВНУТРЕННЯЯ (Что происходит

внутри нас):

В этой же ситуации:

Прояснить ВНУТРЕНнюю СТОРОну (что происходит внутри вас):

- **что вы в этот момент думаете? (умение отслеживать автоматические мысли)**
- **что вы в этот момент чувствуете? (умение определить эмоцию/чувство)**
- **что в этот момент говорите себе? (умение отследить самоинструкцию)**
- **как в этот момент относитесь к себе? (умение отследить эмоциональное отношение)**

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!

- Обучает **навыку отделять А-В-С-Д-Е**. Важно, чтобы человек **умел разделить** ситуацию (факт), интерпретации и оценки (мысль), эмоцию и ее интенсивность, действие и физиологическую реакцию – это называется самонаблюдение и способствует самоанализу (запускает этот навык).
- Обучает **опознавать (называть)** свои переживания (чувства) – без этого невозможно влиять на свои состояния, переживания и решения.
- Обучает **размышлять и обобщать всю** информацию о себе – развитие рефлексии/самокоррекции и т.д.
- Большинство людей думают, что чувство раньше, чем мысль и не видят взаимосвязь когниций и чувств! Получение опыта рефлексии и понимания, что у человека внутри **ВСЁ со ВСЕМ СВЯЗАНО!**
- Обучает **анализировать информацию и рассуждать о первичных** дисфункциональных когнициях (АМ)! – расширение самопонимания при исследовании себя.
- Автоматические мысли – материал для поиска более глубоких мыслей (промежуточных когниций)

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?)

**ВОТ МЫ И НАУЧИЛИСЬ
раскладывать проблему по
полочкам и ФИКСИРОВАТЬ
«МЫСЛИТЕЛЬНЫЙ ШУМ»:**

**автоматические
мысли/когниции!**

А что дальше?



МАЛО ПРИСЛУШАТЬСЯ К СЕБЕ,
НАДО ЕЩЁ ОСМЫСЛИТЬ АХИНЕЮ.

Поиск промежуточных мыслей (ПМ)!

К каждой автоматической мысли
(АМ) задать такой вопрос:

**Что эта мысль для меня(вас)
значит?**

ИЛИ

**О чем эта мысль для меня (вас)
говорит?**

ИЛИ

Как должно быть?

Просим пациента: навык обобщения информации

- Сформулировать **правило (представление)**, которым он руководствуется при формулировке промежуточных мыслей.
- Просим обосновать, объяснить - почему он думает так, а не иначе...?
- **Напоминаем**, что и АМ и ПМ - результат работы глубинной установки (представления) – какого?

Упражнение : фиксация промежуточных мыслей/когниций.

К каждой автоматической мысли из схемы ABCДЕ
задать такой вопрос:

- Что эта мысль для вас значит? или
- О чем эта мысль для вас говорит? или
- Как должно быть?

Фиксировать любой пришедший в голову (в
данный момент!) ответ.

Резюме: что в этом упражнении было важно?
Полезно? Как это тебе помогает?

Тренируемся...

Цель 2 этапа когнитивно-поведенческой терапии: концептуализация

Задача терапевта помочь пациенту сформулировать дисфункциональные глубинные убеждение/когниции:

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

Важно – **Точность** и **Лаконичность формулировок!**

Технология концептуализации:

Здесь важна мягкая легальная директивность, последовательность и помощь пациенту.

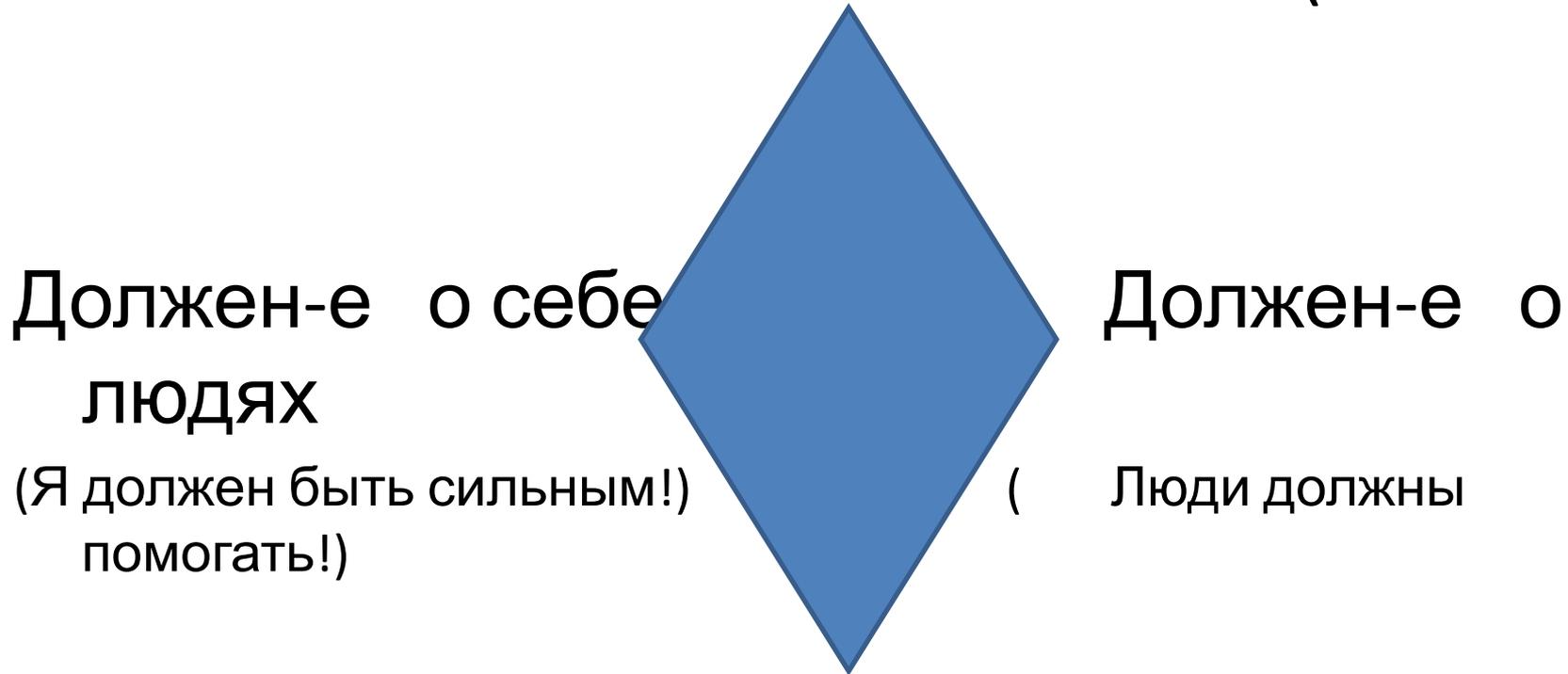
Читаем пациенту (или пациент читает самостоятельно) список автоматических (АМ) и промежуточных (ПМ) мыслей и просим его сформулировать:

• негативное представление о себе (Когда в голове такие мысли, каким он (она) представляет себя в этой ситуации? Или Каким чувствует/ощущает себя?)

- **Долженствование к себе** (Когда в голове такие мысли (Когда происходит эта ситуация), каким он (она) должен быть в этой ситуации?)
- **Долженствование к людям** (Когда происходит эта ситуация, какими окружающие должны быть в этой ситуации? или Если вы должны быть таким, то какими должны быть окружающие люди?)
- **Глубинное убеждение о мире/людях** (Когда ты такой и 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**

Показываю

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 чувствует/ощущает себя?)
- **Долженствование к себе** (Когда в голове такие мысли, каким должны быть в этой ситуации?)
- **Долженствование к людям** (Если вы должны быть таким, то какими должны быть окружающие люди?)
- **Глубинное убеждение о мире/людях** (Когда ты такой и должен быть таким, каким представляется/кажется/воспринимается окружающий мир и люди в нем?)
- Вместе с пациентом составьте его когнитивную схему. Обсудите: что было важно в этой работе? полезно? Как это помогает?

Глубинное дисфункциональное убеждение:

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

3 критерия иррациональности суждения (когниции):

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

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



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.

- **Выделить любую негативную мысль** из списка автоматических или промежуточных и работать по ней...!
- **К выделенной 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 негативного убеждения (т.е. **не допускать фиксации на позитивных мыслях, НО! всячески подкреплять их!**)
- В конце концов просим прочитать весь список ответов пациента, обобщить информацию и сформулировать (или выбрать имеющееся) **негативное представление о себе, долженствования о себе, долженствование о людях и убеждение о мире/людях** (выстроить когнитивную схему)

Вопросы падающей стрелы:

- **Что это 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?**
-

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

В конце концов формулируются негативное представление о себе, долженствования о себе, долженствование о людях и убеждение о мире/людях (выстроить когнитивную схему).

Когнитивное прояснение:

Любое не-одно-значное понятие (например, «низкая самооценка», «неуверенность», «быть сильным», «МОЯ проблема» и т.д.) прояснять:

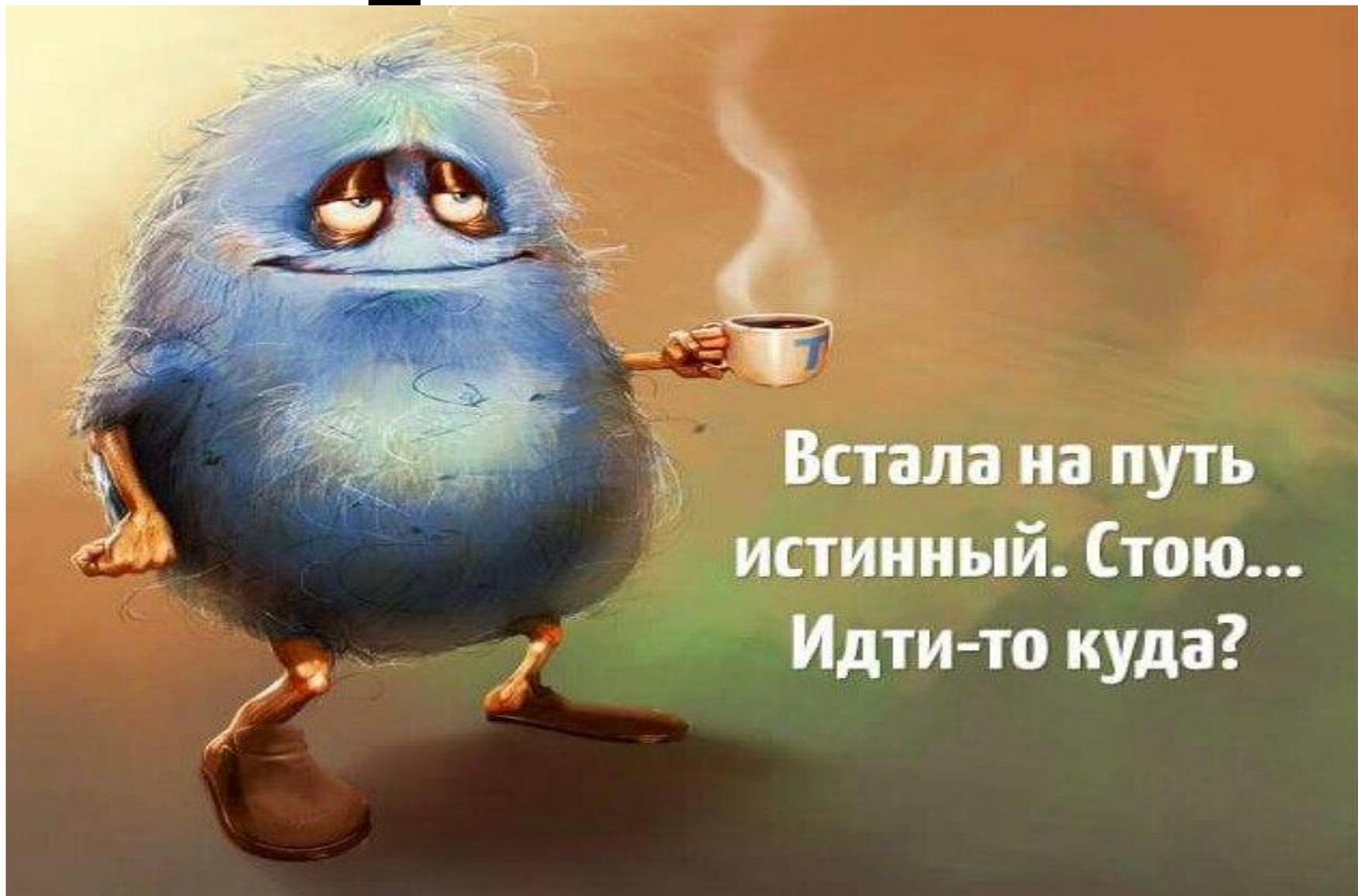
- Узнать точное значение (индивидуальный смысл)... Что это значит?
- Определить главные (2-5) признаки, как это человек узнает? По каким конкретным проявлениям / признакам он это определяет?
- Прояснить отношение (**оценку и чувство**) пациента к этой информации? Что пациент думает об этом (как оценивает)? Что чувствует в связи с этим?

Упражнение : Когнитивное

прояснение

Выберете любое (на ваш взгляд) непонятное слово или словосочетание в мысли пациента...

- Узнайте точное значение: Что это значит для него?
- Определить главные (2-5) признаки: Как это человек узнает? По каким конкретным проявлениям / признакам он это определяет?
- Проясните отношение (**оценку и чувство**) пациента к этой информации? Что пациент думает об этом (как оценивает)? Что чувствует в связи с этим?
- Обсудите результаты.



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

Дмитрий Викторович Ковпак

(апрель, 2019 года):

Пациенту предлагаем узнать, как его **МИРОВОЗЗРЕНИЕ** (уникальные смыслы) влияет на мышление и поведение, а потом проводить тренировку **ВЫБОРА** (думать, действовать, мыслить по-другому осознанно).

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

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

ЗНАНИЯ – повод начать что-то делать!



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

3 этап КПТ терапии:

● Учим базовым
навыкам и умениям
саморегуляции и
самопомощи!

Обязательно даем ДЗ!

Информируем о «жесткости» и «гибкости» восприятия, оценок, убеждений и действий.

- Потенцируем (предлагаем) переформулировать или найти другие варианты самостоятельно!
- Более гибкие, адаптивные или реалистичные!

— 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

- Просим найти (изменить) любые другие **АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ** мысли, которая изменили бы реагирование. Обязательно поддерживаем!
- Задача: добиться ГИБКОСТИ установок и проверить реагирование.
- ВАЖНА помощь психотерапевта!
- Затем обсуждаем эту тему.

Изменение установок с помощью схемы АВСДЕ:

- Схема АВСДЕ.
- Помогаем переформулировать автоматические и промежуточные мысли на альтернативные (более адаптивные, гибкие, помогающие) мысли в этой

Просим клиента (пациента):

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

ВАЖНО!

- Информировать пациента о ложном ожидании и представлении!!!, что привычные негативные мысли быстро и легко исчезнут (?!) – это не так!
- Люди редко могут контролировать первые мысли или первое восприятие и оценку, которая появляется в голове, **НО!!!**
- Человек **ВСЕГДА** ! может контролировать вторую мысль, третью

Просим клиента (пациента):

- **Переформулировав когниции (ЗАПИСАТЬ!),** которыми он (она) хочет руководствоваться в этой ситуации.
- **Просим снова оценить** интенсивность реагирования, если бы он думал так...?
- **Закрепляем** новую установку – какое действие (минимальное) может совершить клиент для того, чтобы закрепить новые мысли? Помогаем придумать ДЗ!

Тренируемся.

Как бы так Взяться

за ум, чтобы

не повредить

психику...



Правда
Жизни

vk.com/life_of_true

4 признака хорошей (эффективной) сессии:

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

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...
- Попробовать изменить (мысли, чувства или действия)...

Можете пообещать, что каждый раз, когда в голове такие (старые) мысли, заканчивать ЭТИМ... (новые 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).**