

АО «Медицинский Университет Астана»

Презентация

**Тема : Когнитивно – поведенческая
психотерапия**

Выполнила : Маркабаева А .М

Проверила : Мукашева Г.Р



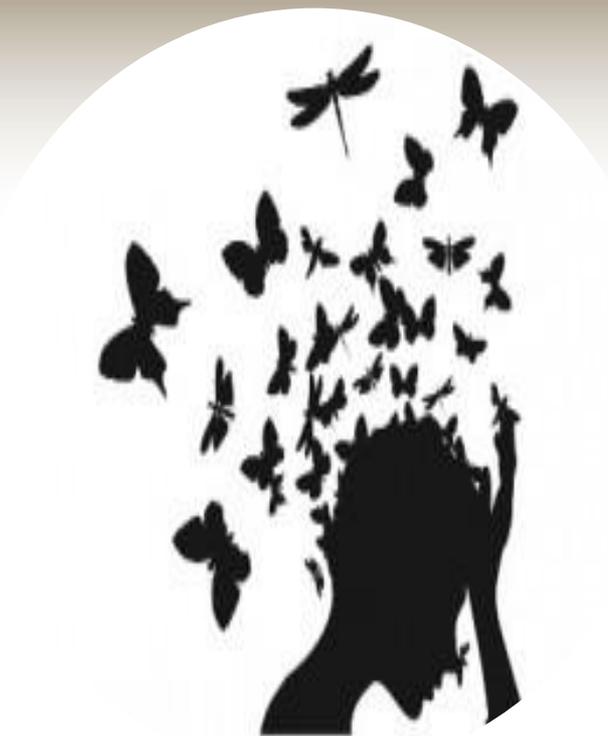
Введение

Когнитивно-поведенческая психотерапия, также когнитивно-бихевиоральная психотерапия (англ. Cognitive behavioural therapy) — общее понятие, описывающее направление психотерапии, в основе которой лежит предпосылка, что причиной психологических расстройств (фобий, депрессии и т. п.) являются дисфункциональные убеждения и установки.

Основой этого направления стали труды Бека, также давшие толчок развитию когнитивного подхода в психологии.



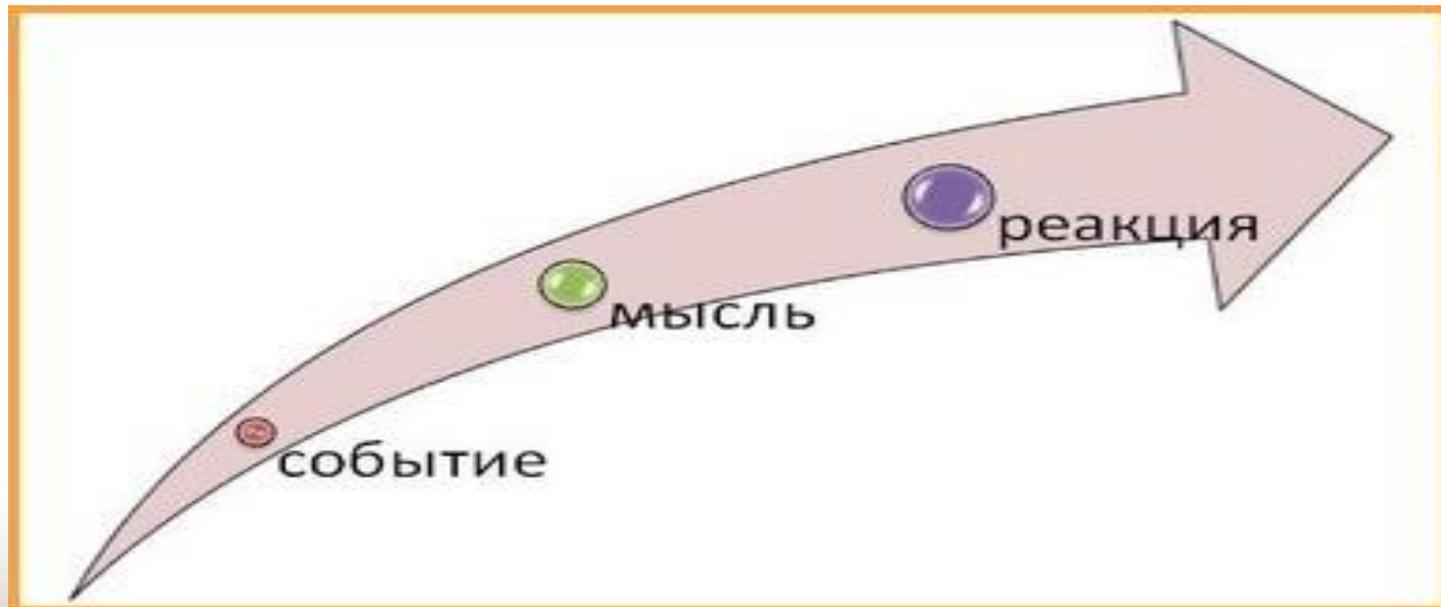
Это направление ставит перед собой задачу
воздействовать прямо на когнитивные процессы
(мысли ,ожидания ,установки).



Необходимость прямого воздействия на когнитивную сферу понятна у тех пациентов, у которых мысли приобретают навязчивый характер, и ясно, что такие мысли должны стать главной мишенью терапии. Например, когда у больной появляются назойливые образные воспоминания о позорном событии в своем прошлом, сопровождающиеся чувством раскаяния, вины. В другом примере, когда у больной имеются навязчивые мысли, связанные с обвинениями себя в смерти близкого человека типа: «Я не сделала всего, что надо было сделать. Я виновата в его смерти». В случае, когда больной имеет навязчивые страхи замкнутых пространств, сопровождающиеся мыслями о том, что у него в этой ситуации обязательно возникнет удушье с неизбежной смертью.

У некоторых пациентов когниции могут быть поддерживающими условиями дезадаптивного поведения (поведения-мишени терапии), например, у застенчивого юноши ожидания неудачи, кажущееся ему неприятие его другими, мысли типа: «У меня все равно ничего не выйdet» усиливают соответствующее неуверенное поведение. Эти мысли не только повышают уровень его тревоги в ситуации, мешая ему свободно функционировать, но могут стать и программой самореализующегося пророчества неудачи.

Термин «когнитивно-поведенческая терапия» должен применяться только к методам, которые базируются на принципах поведенческого направления и имеют цель прямо изменить когниции человека, и только вторично, за счет модификации когниций достигать изменения поведения.



Как же работает когнитивный терапевт с таким неопределенным, ненаблюдаемым явлением, как когниции (мысли, установки, ожидания)? Как мы помним, работая с открытым поведением, поведенческий терапевт упрощает такое, тоже довольно сложное явление, как открытое поведение, до отдельных простых, поддающихся легкому количественному измерению сегментов. В этом и состоит операционный подход к открытому поведению.





Саморазговор — это то, что люди говорят себе, когда сталкиваются с каким-либо явлением, это то, как они представляют себе это явление, чего ожидают от него, как оценивают его, какие возможные действия по отношению к нему планируют. Саморазговор — это постоянно присутствующий процесс. Без саморазговора нет восприятия мира человеком. Саморазговор — это внутренняя речь индивида; способ, с помощью которого он представляет себе то, что происходит в данном отрезке времени, свое отношение, свои возможные действия к событию, правила регуляции своего поведения в ситуации.

**Именно
саморазговор
Определяет
поведение
человека**



Саморазговор — это частично осознаваемый феномен, связанный с тем, что большая часть внутренней речи протекает непроизвольно, автоматически. В ряде случаев саморазговор может вовлекать в себя и сенсорно-перцептивный уровень кодирования информации, и тогда внутренняя речь может включать, например, и зрительные образы. В таких случаях человек не только внутренне говорит себе что-либо, но и чаще всего представляет себе в зрительной модальности определенные ситуации (больная, например, со страхом высоты не только говорит себе: я не могу подойти к окну, но и ярко видит себя лежащей на тротуаре в луже крови).

Когнитивная психотерапия как самостоятельное направление психотерапии сложилась в рамках психоанализа и была в значительной степени реакцией, направленной на возвращение сознанию большей роли, чем ему придается в психоанализе (роль эпифеномена, следующего за бессознательной мотивацией). Когнитивная психотерапия выступила с утверждением, что «в сознании человек находит ключ к пониманию и разрешению своих психологических проблем и эмоциональных расстройств» [А. Бек,

Простые техники когнитивно – поведенческой терапии

Остановка мыслей. Техника остановки мыслей была описана Дж. Бейном [Vain J. A., 1928], введена в практику поведенческих техник Дж. Вольпе [Wolpe J., 1958] и является одной из самых простых техник когнитивно-поведенческой терапии. Как следует из названия, она предназначена для прекращения нежелательных мыслей, навязчивых мыслей о наличии какого-либо тяжелого заболевания, о возможном заражении тяжелой инфекцией и др., самоуничижительных мыслей типа «я полное ничтожество, ничего не стою», и т. д., депрессивных идей типа «меня не ждет ничего хоро-

шего в жизни, я не достоин своих друзей», и т. д. Техника остановки мыслей может быть отнесена к разряду поведенческих техник самоконтроля, поскольку после освоения ее при содействии терапевта она может потом самостоятельно применяться пациентом.



Этап освоения техники предполагает участие терапевта. Чтобы научить клиента процедуре остановки мыслей, терапевт сначала предлагает ему хорошо сконцентрироваться на нежелательных мыслях. Чтобы облегчить такую концентрацию, лучше даже работать с закрытыми глазами. Клиент инструктируется просигнализировать терапевту о моменте, когда нежелательные мысли будут четко представлены в его сознании. Необходимо только, чтобы сигнал был невербальным. В качестве такого сигнала часто вы-



бирается подъем указательного пальца. Как только клиент продемонстрирует сигнал, терапевт громко командует: «Стоп». Вслед за этим клиента просят описать, что произошло, и, как правило, он сообщает, что мысли исчезли. После повторения процедуры несколько раз с позитивным результатом, клиент инструктируется применять технику самостоятельно, при этом вначале вслух громко произносить команду: «Стоп». При успешном результате перейти на энергичное произнесение команды про себя. Если мыслей не отмечается, то задача первого этапа — не думать о неприятных мыслях — решена.

Задача второго этапа — заполнить пустоту, возникающую после остановки дезадаптивных мыслей, заменить их на позитивные мысли, несовместимые с ними. Если опускается этот второй этап, нежелательные мысли могут возобновиться с большей силой.

Практически процедура остановки мыслей начинается с составления списка беспокоящих мыслей и отдельно списка образов воспоминаний. Эти два списка по содержанию могут совпадать только частично и поэтому должны прорабатываться отдельно.

При проведении этой техники пациент сначала должен сознательно контролировать процедуру остановки мыслей до тех пор, пока она не станет практически автоматичной.



Продemonстрируем, как может использоваться техника остановки мыслей в сочетании с систематической десенситизацией *in vivo* при лечении фобий. Использование этой техники при данном синдроме исходит из представления о том, что ожидание (антиципация) — важный компонент при состояниях страха и панических атаках. Пациенты часто определяют ее как страх возникновения страха, ожидание появления страха. Одной из составляющих этой антиципации является негативный саморазговор, который предшествует усилению страха и предопределяет неудачу при преодолении их пациентом.





Терапевт в таком случае побуждает пациента модифицировать внутренний разговор и практиковать позитивный саморазговор, даже если вначале он будет казаться ему каким-то искусственным и не вызывать у него особого энтузиазма. Чтобы не было отвержения содержания саморазговора со стороны пациента, его самого просят составить собственный саморазговор. Сценарий для него может быть легко составлен в процессе ролевой игры. В ней терапевт выполняет роль адвоката дьявола, пытаясь убедить его, что так и надо поступать в ситуациях страха, избегать их, не находить в таком поведении ничего постыдного, даже наоборот, гордиться таким поведением, и т. д. Пациент выступает в роли оппонента адвоката дьявола.

После принятия пациентом такого сценария (позитивного саморазговора) он начинает погружение в реальные ситуации, начиная с самых легких, практикуя технику остановки мыслей, усиливая позитивный саморазговор.

Подобным же образом пациент может работать с образным рядом, начав генерировать позитивные образы. При этом на первом этапе он создает их в состоянии релаксации без представления ситуаций страха, потом с воображением только ситуации страха и, наконец, одновременно представляя и ситуацию страха, и возникновение у себя симптомов в этой ситуации. При проведении техники важно, чтобы визуализации ситуаций становились все более конкретными и реалистичными.

А. Бек выделил несколько наиболее часто представленных у депрессивных больных типов логических ошибок, а также указал на возможные для каждого типа альтернативные заключения, с которых может начаться когнитивное переформирование этих ложных выводов.



Сверхгенерализация (сверхообобщение) — это выводы, сделанные на основе одного наблюдения, единственного случая. Пример такой сверхгенерализации — вывод о том, что человек никогда не добьется успеха, поскольку первая попытка была неудачной. Альтернатива: «Действительно ли другие возможные ситуации будут похожи? Установите критерии оценки их сходства и различия».



Селективное внимание (избирательность) — это обращение внимания на особые детали события и игнорирование всего контекста, извлечение из памяти только плохих переживаний и неудач. Пример — чувство отвержения, возникающее у пациента, поскольку друг бросился к подошедшему автобусу, а не поговорил с ним. Альтернатива — обращение внимания на весь контекст ситуации, воскрешение в памяти других примеров успехов и удач.



Персонификация — это ошибочное приписывание себе значения события. При персонификации Я это центр, исходя из которого понимается значение происходящего. Пример — мысли о том, что люди смеялись над пациентом, когда он вошел, хотя они смеялись совсем по другому поводу. Альтернатива — изучение других возможных причин.



Дихотомическое мышление — мышление в полярностях, в черно-белом свете, все хорошо или плохо, чудесно или ужасно. Например — убеждение, что клиент нищий после утраты небольшой суммы денег, как будто все будущее заключено в этой сумме (в этом кошельке). Альтернатива — демонстрация того, что обычно события занимают промежуточные положения между такими полюсами.



Излишняя ответственность — это ощущение личной ответственности за все плохое, что произошло. Пример — убеждение, что в неудачной судьбе своей дочери (алкоголизация, потеря работы) повинен сам пациент. Альтернатива — выявление других возможных причин произошедшего, опровержение того, что все может быть отнесено на счет клиента.



«Катастрофирование» — это заключение типа «всегда случается самое плохое». Альтернатива — оценить вероятность того, что произойдет неприятное событие. Вспомнить примеры, когда это происходило.



Выделяют пять целей когнитивной терапии.

1. Уменьшение и/или полное устранение симптомов расстройства.
2. Снижение вероятности возникновения рецидива после завершения лечения.
3. Повышение эффективности фармакотерапии.
4. Решение психосоциальных проблем (которые могут либо быть следствием психического расстройства, либо предшествовать его появлению).
5. Устранение причин, способствующих развитию психопатологии: изменение дезадаптивных убеждений (схем), коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения.



Для достижения указанных целей когнитивный психотерапевт помогает клиенту решить следующие задачи:

1. Осознать влияние мыслей на эмоции и поведение.
2. Научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними.
3. Исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, их поддерживающие и опровергающие («за» и «против»).
4. Заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли;
5. Обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.



Метод «заполнения пустот» используется, когда уровень испытываемых эмоций или симптомов носит умеренный характер, и когниции, сопровождающие их, недостаточно оформлены, нечетки. В этом случае используется схема анализа, предложенная Эллисом и названная им схемой А, В, С. Пациент обучается наблюдать за последовательностью внешних событий (А) и реакцией на них (С). Последовательность становится ясной, если пациент заполняет пустоту в своем сознании, которая явится связующим звеном между А и С, то есть обозначит В. Это мысли или образы, возникшие в этот промежуток и делающие понятной связь между А и С.

А – ситуации и события которые вызывают эмоциональную реакцию. То , что я увидел ,то что я слышал ,то что я почувствовал в теле ,то о чем я подумал ,то о чем я вспомнил .

Нужно определить событие которое явилось причиной возникновения эмоциональной реакции .



В – автоматическая мысль (скоротечная , мимолетная , не словесная) отвечает на вопросы как я это воспринял , почему испытал такие эмоции . Уверенность в автоматическую мысль от 0 до 100% , где 100% уверенность .



С- эмоциональная реакция (обида ,злость , страх) . В нашем случае мы будем говорить о тревоге т.к неуверенность ,страх , беспокойство ,боязнь, тревога , паника и.т- это все страх или тревога в разной степени выраженности .Степен определяется от 0 до 100 баллов . Если 100 бал то это паника или самый сильный в жизни страх.



Заключение

Когнитивно-поведенческая психотерапия, также когнитивно-бихевиоральная психотерапия (англ. Cognitive behavioural therapy) — общее понятие, описывающее направление психотерапии, в основе которой лежит предпосылка, что причиной психологических расстройств (фобий, депрессии и т. п.) являются дисфункциональные убеждения и установки.

Основой этого направления стали труды Бека, также давшие толчок развитию когнитивного подхода в психологии.

