

АО Медицинский Университет Астана.

КОГНИТИВНО – поведенческая психотерапия.

Выполнила: Исабаева У.К

Проверил:

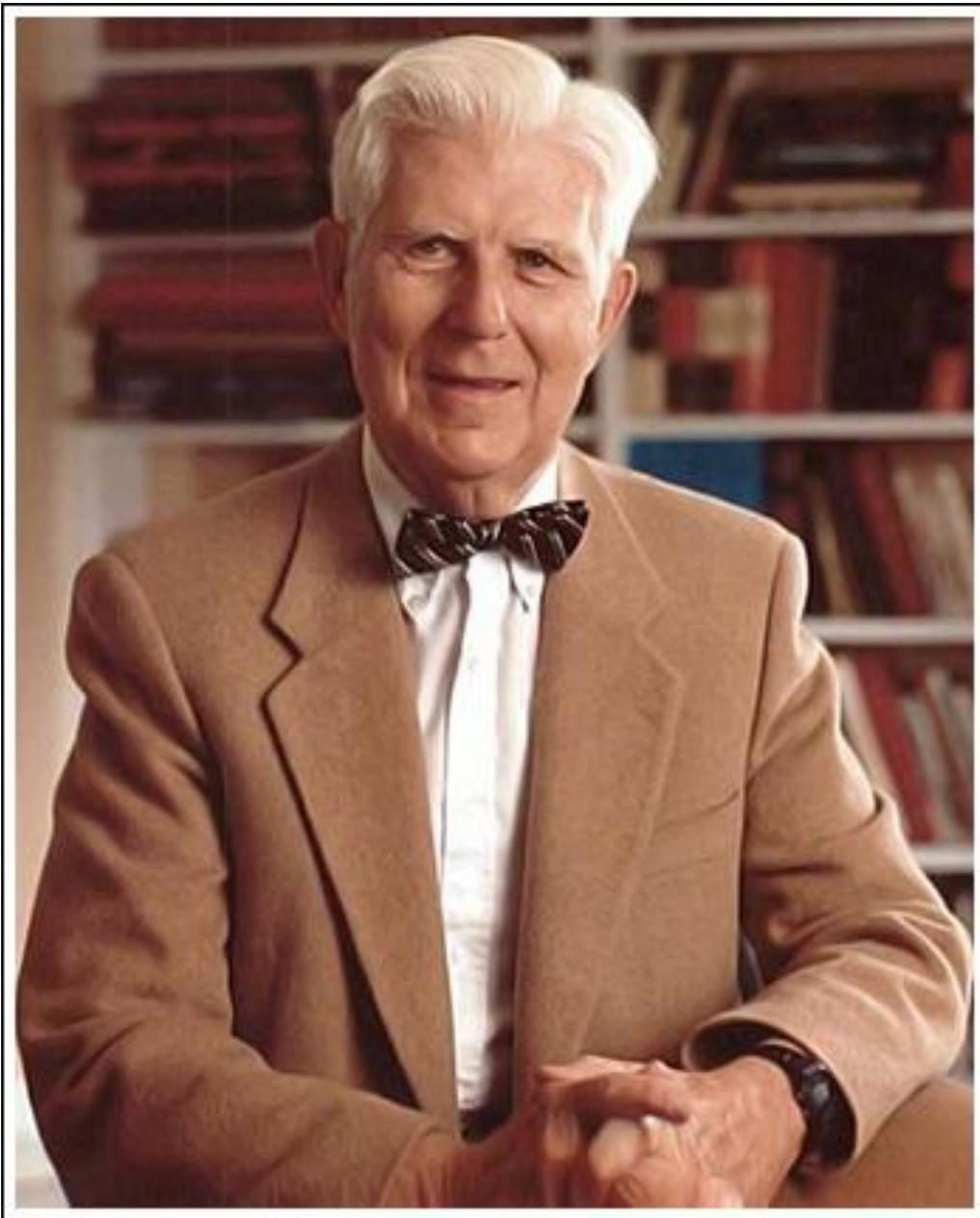
ПЛАН

- История
- Цели когнитивной терапии
- Задачи в процессе лечения
- Когнитивная теория психопатологии
 - Депрессия
 - Тревожно-фобические расстройства
 - Перфекционизм
- Психотерапевтические взаимоотношения
- Техники и методики когнитивной психотерапии
- Специальные техники и методики при психических расстройствах
 - Обсессивно-компульсивное расстройство
 - Шизофрения
 - Наркомания, алкоголизм и другие вредные зависимости
- Факторы эффективности когнитивной психотерапии

Когнитивная психотерапия – это инсайт-ориентированный вид психотерапии. Другими словами, это вид терапии, в процессе которого рассматриваются привычные реакции человека на события, происходящие в его жизни и типы реакции на такие события. Далее выявляются деструктивные реакции, которые подлежат коррекции. Осознание моментной неадекватной обработки информации и поведенческих реакций и замена этих поведенческих реакций на адекватные – вот, основные задачи когнитивной терапии. На это и направлена совместная работа психотерапевта и человека, обратившегося к нему.

Когнитивно-поведенческая терапия базируется на следующих факторах:

- организм человека реагирует не на сами обстоятельства, а скорее на когнитивные представления о них
- когнитивные представления связаны с процессами обучения и воспитания
- большая часть знаний человека когнитивно опосредована
- все чувства и мысли, а также формы поведения имеют причинно-следственную связь.



Основателем когнитивной психотерапии является Аарон Бек. Бек первоначально получил психоаналитическую подготовку, но, разочаровавшись в психоанализе, создал собственную теорию депрессии и новый метод лечения аффективных расстройств, который и получил название когнитивной терапии.

Цели когнитивной терапии

Выделяют пять целей когнитивной терапии:

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

Процедура когнитивной терапии включает в себя три этапа:

- **логический анализ:** на этом этапе человек учится обнаруживать ошибки в своих суждениях, которые приводят к нежелательным результатам
- **эмпирический анализ:** на этапе эмпирического анализа человек отрабатывает приемы соотнесения некоторых элементов объективной ситуации
- **прагматический анализ:** на этом этапе человек учится осознавать, какие действия были бы наиболее логичными

Задачи в процессе лечения

В процессе лечения психотерапевт помогает пациенту решить следующие практические задачи:

- Осознать влияние мыслей на эмоции и поведение.
- Научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними.
- Исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, поддерживающие и опровергающие их («за» и «против»).
- Заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли.
- Обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.
- Из указанных задач первая, как правило, решается уже в процессе первой (диагностической) сессии. Для решения остальных четырёх задач используются специальные техники, описанные ниже.

Когнитивная теория психопатологии

Депрессия

Депрессия — это преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической утраты. *Когнитивная триада депрессии:*

- Негативные представления о себе: «Я неполноценен, я неудачник как минимум!».
- Негативная оценка окружающего мира и внешних событий: «Мир беспощаден ко мне! Почему именно на меня всё это наваливается?».
- Негативная оценка будущего. «А что тут говорить? У меня просто нет будущего!».
- Кроме того: повышенная зависимость, паралич воли, суицидальные мысли, соматический симптомокомплекс. На базе депрессивных схем формируются соответствующие автоматические мысли и имеют место когнитивные ошибки практически всех видов. *Темы:*
- Фиксированность на реальной или мнимой утрате (смерть близких, крушение отношений, потеря самоуважения и проч.).
- Негативное отношение к себе и окружающим, пессимистическая оценка будущего.
- Тирания долженствования.

Тревожно-фобические расстройства

Тревожное расстройство — это преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической опасности или угрозы. Фобия — преувеличенное и хроническое переживание страха. Пример: страх утраты контроля (например, перед своим организмом, как в случае страха заболеть). Клаустрофобия — боязнь замкнутых пространств; механизм (и при агорафобии): страх того, что в случае опасности помощь может не подойти вовремя. Темы:

- Предвосхищение отрицательных событий в будущем, т. н. «антиципация всевозможных несчастий». При агорафобии: страх умереть или обезуметь.
- Расхождение между уровнем притязаний и убеждённой уверенностью в собственной некомпетентности («Я должен получить оценку „отлично“ на экзамене, но ведь я же неудачник, ничего не знаю, ничего не понимаю»).
- Опасение потерять поддержку.
- Устойчивое представление о неизбежном провале в попытке наладить межличностные отношения, оказаться униженным, осмеянным или отвергнутым.

Перфекционизм

Перфекционизм очень тесно связан с депрессией, но не с анаклитической (той, которая возникает из-за утраты или потери), а с той разновидностью депрессии, которая сопряжена с фрустрацией потребности в самоутверждении, достижении и автономии (см. выше).

- Основные особенности:
- Высокие стандарты.
- Мышление в терминах «всё или ничего» (или полный успех, или полное фиаско).
- Концентрация на неудачах.
- Ригидность.

Психотерапевтические взаимоотношения

Пациент и терапевт должны прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать. Именно решение проблем, а не изменение личностных характеристик или недостатков пациента должно быть целью терапии. Терапевт должен обладать большой эмпатией, быть естественным и конгруэнтным (принципы, взятые из гуманистической психотерапии); не должно быть директивности. *Принципы:*

1. Психотерапевт и пациент сотрудничают при экспериментальной проверке ошибочного дезадаптивного мышления. Пример: пациент: «Когда я иду по улице, на меня все оборачиваются», терапевт: «Попробуйте нормально пройти по улице и посчитать, сколько человек обернулось на вас». Обычно такая автоматическая мысль не совпадает с реальностью. Содержание: есть гипотеза, она должна быть проверена эмпирическим путем. Однако иногда утверждения некоторых психически больных, будто на улице все на них оборачивается, смотрят и обсуждают, действительно имеют под собой реальную фактическую основу: всё дело в том, как душевнобольной выглядит и как он себя ведёт. Если человек тихо сам с собой разговаривает, беспричинно смеётся, либо, наоборот, не отрываясь глядит в одну точку, не смотрит по сторонам вообще, либо со страхом оглядывается на окружающих, — такой человек непременно привлечёт к себе внимание. На него действительно будут оборачиваться, смотреть и обсуждать — лишь потому, что проходим интересно, отчего он так себя ведёт. В этой ситуации терапевт может помочь пациенту понять, что интерес окружающих вызван его же необычным поведением, и объяснить человеку, как надо себя вести на людях, чтобы не привлекать излишнего внимания.

2. Психотерапевт ведёт с пациентом так называемый «сократический диалог», то есть задаёт серию вопросов, имеющих следующие цели:

- Прояснить или определить проблемы.
- Помочь в идентификации мыслей, образов, ощущений.
- Исследовать смысл событий для пациента.
- Оценить последствия сохранения неадаптивных мыслей и видов поведения.

3. Направленное познание: терапевт-гид поощряет пациентов обращаться к фактам, оценивать вероятность, собирать информацию и подвергать всё это проверке.

Техники и методики когнитивной психотерапии

Когнитивная терапия в видении Бека — это структурированное обучение, эксперимент, тренировки в ментальном и поведенческом планах, призванные помочь пациенту овладеть следующими операциями:

- Обнаруживать свои негативные автоматические мысли.
- Находить связь между знаниями, аффектами и поведением.
- Находить факты «за» и «против» автоматических мыслей.
- Подыскивать более реалистичные интерпретации для них.
- Научить выявлять и изменять дезорганизирующие убеждения, ведущие к искажению навыков и опыта.

Методы выявления и корректировки автоматических мыслей:



1. Записывание мыслей. Терапевт может попросить пациента самого записать на бумаге, какие мысли у него возникают в голове, когда он пытается сделать нужное действие (или не делать ненужное действие). Мысли, приходящие в голову в момент принятия решения, желательно записывать строго в порядке их очерёдности (эта очерёдность важна, поскольку укажет на вес и важность этих мотивов в принятии решения).

3. Отдаление. Суть этого этапа состоит в том, что пациент должен принять объективную позицию по отношению к собственным мыслям, то есть отдалиться от них. Отстранение подразумевает 3 компонента:

- осознание автоматичности «плохой» мысли, её самопроизвольности, понимание того, что данная схема возникла ранее при иных обстоятельствах или была навязана другими людьми извне;
- осознание того, что «плохая» мысль неадаптивна, то есть вызывает страдание, страх или разочарование;
- возникновение сомнения в истинности этой неадаптивной мысли, понимание того, что данная схема не соответствует новым требованиям или новой ситуации (например, мысль «Быть счастливым — значит быть во всём первым», сформированная у отличника в школе, может привести к разочарованию, если ему не удаётся стать первым в университете).

4. Эмпирическая проверка («эксперименты»).

Способы:

- Найти аргументы «за» и «против» автоматических мыслей. Эти аргументы также желательно записать на бумагу, чтобы пациент мог перечитывать её всякий раз, когда ему вновь приходят в голову эти мысли. Если человек будет часто это делать, то постепенно мозг запомнит «правильные» аргументы и удалит из быстрой памяти «неправильные» мотивы и решения.
- Взвешивать достоинства и недостатки каждого варианта. Здесь также необходимо учитывать долгосрочную перспективу, а не только сиюминутную выгоду (например, в долгосрочной перспективе проблемы от наркотиков многократно превысят временное удовольствие).
- Построение эксперимента для проверки суждения.
- Разговор со свидетелями прошлых событий. Это особенно актуально при тех психических расстройствах, где память иногда искажается и подменяется фантазиями (например, при шизофрении), или если заблуждение вызвано неверной интерпретацией мотивов другого человека.
- Терапевт обращается к своему опыту, к художественной и академической литературе, статистике.
- Терапевт уличает: указывает на логические ошибки и противоречия в суждениях пациента.

5.Методика переоценки. Проверка вероятности действия альтернативных причин того или иного события.

6.Децентрация. При социофобии пациенты чувствуют себя в центре всеобщего внимания и страдают от этого. Здесь также необходима эмпирическая проверка этих автоматических мыслей.

7.Декатастрофизация. При тревожных расстройствах. Терапевт: «Давайте посмотрим, что было бы, если бы...», «Как долго вы будете испытывать подобные негативные ощущения?», «Что будет потом? Вы умрёте? Мир разрушится? Это испортит вашу карьеру? Ваши близкие откажутся от вас?» и т. п. Пациент понимает, что всё имеет временные рамки, и автоматическая мысль «ЭТОТ ужас никогда не кончится» исчезает.

8. Целенаправленное повторение. Проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных инструкций на практике, что ведёт к усилению самоэффективности. Иногда пациент вполне согласен с правильными аргументами во время психотерапии, но быстро забывает их после сеанса и вновь возвращается к предыдущим «неправильным» доводам, поскольку они многократно записаны у него в памяти, хоть он и понимает их нелогичность. В таком случае правильные аргументы лучше записать на бумагу и регулярно перечитывать. При этом нужно следить, чтобы повторения каждый раз вызывали у пациента позитивные мысли и чувства, чтобы не возникало противоречий на сознательном или подсознательном (несловесном) уровне, чтобы такие противоречия не вызывали нежелательных чувств. Иначе повторение неубедительных аргументов приведёт к повторению противоречивых мыслей и эмоций в сознании у пациента, отчего у него могут усилиться связи с контраргументами и нежелательными чувствами, и повторения в таком случае только приведут к противоположному результату.

9. Использование воображения. У тревожных пациентов преобладают не столько «автоматические мысли», сколько «навязчивые образы», то есть дезадаптирует скорее не мышление, а воображение (фантазия). Виды:

- Методика прекращения: громкая команда себе «прекратить!» — негативный образ мышления или воображения прекращается. Это также бывает эффективным для остановки навязчивых мыслей при некоторых психических заболеваниях.
- Методика повторения: повторить несколько раз правильный образ мышления, чтобы разрушить сформировавшийся стереотип.
- Метафоры, притчи, стихи: терапевт использует такие примеры, чтобы объяснение было более понятным.
- Модифицирующее воображение: пациент активно и постепенно меняет образ от негативного к более нейтральному и даже позитивному, тем самым понимая возможности своего самосознания и сознательного контроля. Обычно даже после тяжёлой неудачи можно найти хоть что-то положительное в произошедшем (например, «я получил хороший урок») и сконцентрироваться на этом.
- Позитивное воображение: положительный образ заменяет отрицательный и оказывает релаксирующее действие.
- Конструктивное воображение (десензитизация): пациент ранжирует вероятность ожидаемого события, что приводит к тому, что прогноз лишается своей глобальности и неизбежности.



радость



грусть



злость



удивление



страх

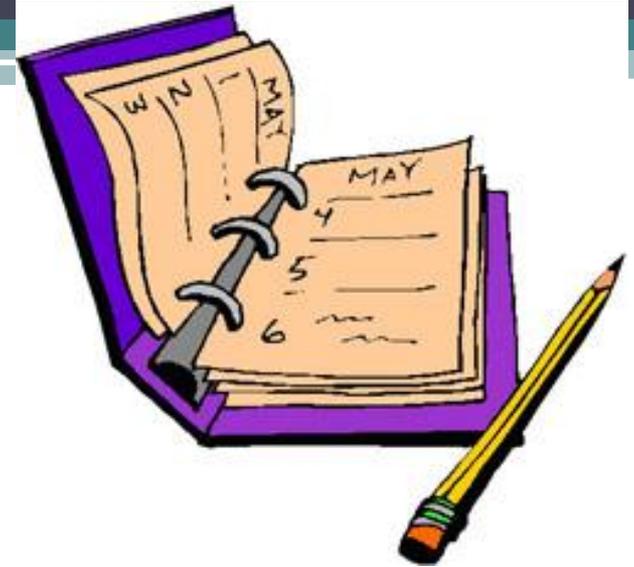


спокойствие

10. Замена эмоций. Иногда пациенту следует примириться со своим прошлым негативным опытом и изменить свои эмоции на более адекватные. Например, жертве преступления иногда будет лучше не прокручивать в памяти детали произошедшего, а сказать себе: «Очень жаль, что это произошло со мной, но я не дам своим обидчикам испортить мне ещё и весь остаток моей жизни, я буду жить настоящим и будущим, а не постоянно оглядываться на прошлое». Следует заменить эмоции обиды, злобы и ненависти на более мягкие и адекватные, которые позволят комфортнее построить свою дальнейшую жизнь



11.Смена ролей. Попросить пациента представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной ситуации. Что ему можно было бы сказать? Что посоветовать? Какой совет самый любимый человек мог бы вам дать в такой ситуации?



12. План действий на будущее. Пациент и терапевт совместно разрабатывают для пациента реалистичский «план действий» на будущее с конкретными условиями, действиями и сроками выполнения, записывают этот план на бумагу. Например, если случится катастрофическое событие, то пациент будет выполнять некоторую последовательность действий в обозначенное для этого время, а до того, как данное событие случится, пациент не будет терзать себя понапрасну переживаниями.

Специальные техники и методики при психических расстройствах

Обсессивно-компульсивное расстройство

Американский психиатр [Джеффри Шварц](#) разработал специальную методику «4 шагов», которая позволяет пациенту сопротивляться [обсессивно-компульсивному расстройству](#), изменяя или упрощая процедуру «ритуалов» и навязчивых мыслей, сводя их к минимуму. Основа методики — осознание пациентом болезни и пошаговое сопротивление её симптомам. По этой методике сначала необходимо объяснить больному, какие из его опасений оправданы, а какие вызваны ОКР. Потом провести между ними черту и объяснить больному, как в той или иной ситуации повёл бы себя здоровый человек (лучше, если примером послужит человек, представляющий авторитет для больного)

Конкретные шаги описаны так:

- 1. Поменять названия: переосмыслить и запомнить, что навязчивые желания и мысли — это результат ОКР, а не настоящая надобность. Например, говорить себе: «Я не думаю, что мои руки всегда грязные и нуждаются в непрерывном мытье. Это моя болезнь заставляет меня непрерывно мыть руки».
- 2. Понять причину: причиной ОКР является разбалансировка нейромедиаторов в мозге, заставляющая человека «застревать» в определённом действии, но эту разбалансировку можно исправить психотерапией, поскольку, в отличие от машины, человек сам может менять работу своего мозга переобучением (т. н. «нейропластичность»).
- 3. Изменить сосредоточение: при первых появлениях навязчивости заняться чем-то другим, тем, что отвлекает от этого вредного действия. Сначала можно попробовать установить некоторое время задержки, прежде чем заниматься навязчивостью (15 минут). Записывать в журнал успешные попытки и мысли, которые помогли остановить навязчивость.
- 4. Переоценка: посмотреть на себя и свои мысли со стороны, чтобы понять незначительность и малоценность навязчивых мыслей и действий. Например, можно представить себя «бесстрастным зрителем» спектакля.

Как дополнительный приём также может использоваться метод «остановки мысли». Этот метод состоит из 5 шагов:

- 1. Составить список навязчивых мыслей, реально оценить их вероятность, полезность и альтернативы.
- 2. Представить себе ситуацию, в которой обычно появляется навязчивая или тревожная мысль, остановить навязчивость в этой воображаемой ситуации.
- 3. Команда себе «Стоп» после возникновения этой навязчивой мысли или действия уже в реальной ситуации.
- 4. Отдавать себе команду «Стоп» как можно раньше, не после начала навязчивого действия или обдумывания, а уже при самых первых признаках появления желания снова подумать об этом.
- 5. Заменить негативные и тревожные мысли успокаивающими и позитивными утверждениями или образами.

При **шизофрении** пациенты иногда начинают вести мысленные диалоги с воображаемыми образами людей или потусторонних существ (т. н. «голоса»). терапевт в данном случае может постараться объяснить пациенту, страдающему шизофренией, что тот беседует не с реальными людьми или существами, а с созданными им художественными образами этих существ, думая по очереди то за себя, то за такого персонажа. Постепенно мозг «автоматизирует» этот процесс и начинает выдавать фразы, подходящие придуманному персонажу в данной ситуации, автоматически, даже без сознательного запроса. Можно попытаться объяснить пациенту, что разговоры с придуманными персонажами иногда ведут также и психически здоровые люди, но сознательно, когда хотят предугадать реакцию другого человека на определённое событие (к примеру, это может облегчать писателю процесс написания книги, если он думает по очереди сразу за нескольких персонажей). Однако в таком случае нормальный человек хорошо понимает, что имеет дело с вымышленным образом, поэтому он его не боится и не обращается с ним как с реальным существом. Мозг здоровых людей не придаёт значения таким персонажам как чему-то реальному и потому не автоматизирует вымышленные разговоры с ними. Другой пример — разница между фотографией и живым человеком: фотографию можно спокойно спрятать в стол и забыть о ней, в случае же, если бы это был живой человек, с ним так поступить было бы нельзя. Когда человек, страдающий шизофренией, поймёт и поверит, что его персонаж — всего лишь плод его воображения, он тоже будет придавать меньше важности таким разговорам и станет реже вызывать этот образ из памяти.

Кроме того, при шизофрении пациент иногда начинает многократно ментально прокручивать фантазийный образ или сюжет, постепенно такие фантазии глубоко записываются в память, обогащаются реалистичными деталями и становятся очень правдоподобными. При этом существует опасность того, что человек перестанет чувствовать разницу между некоторыми воспоминаниями о событиях, произошедших в фантазиях, и воспоминаниями о событиях, случившихся в реальном мире. Он может считать реальными события, происходившие только в его воображении. Возможно также, что он начнёт принимать решения, основываясь на этих фальшивых воспоминаниях, и из-за этого он может вести себя неадекватно. В таких случаях терапевту бывает полезно попытаться восстановить реальные факты или события с помощью внешних достоверных источников: документы, люди, которым больной доверяет, научная литература, разговор со свидетелями, фотографии, видеозаписи, построение эксперимента для проверки суждения и т. д.

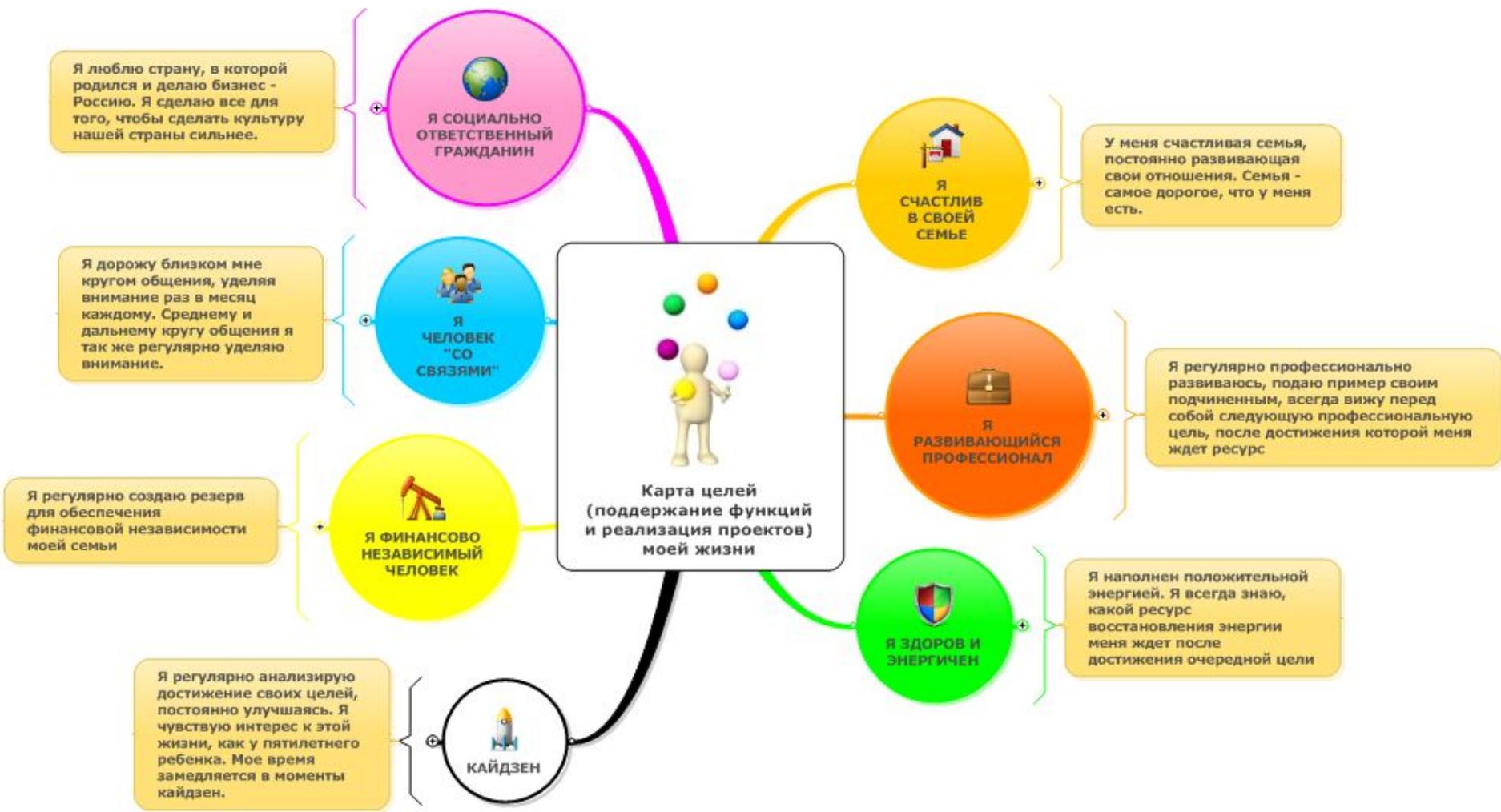
Наркомания, алкоголизм и другие вредные зависимости

Прежде чем корректировать неправильные автоматические мысли человека, страдающего зависимостью, иногда можно сначала попробовать поговорить с пациентом о его долговременных жизненных целях и приоритетах, ведь под них потом подстраиваются все его среднесрочные и краткосрочные цели и мысли.

Обычно базовой жизненной целью любого живого организма является выживание и продолжение рода; все животные получают удовольствие от того, что полезно для их выживания и размножения (еда, питьё, секс, комфортная температура, забота о детёнышах у самки и т. д.), и неудовольствие от того, что этому вредит (боль, голод, холод, жажда). Затем эти чувства от инстинктов переносятся на ассоциированные с ними ситуации и действия. Однако при вредных зависимостях у людей появляется новый, непредусмотренный природой источник удовольствия, поэтому зависимому человеку становятся в меньшей мере нужны природные источники удовольствия и ассоциированные с ними действия, а главной целью становится получение искусственного удовольствия в ущерб своему выживанию и потомству. Можно попробовать убедить [наркомана](#), что краткосрочное удовольствие от наркотика в долгосрочной перспективе окажется намного меньшим, чем сумма потерь удовольствия из-за потери денег, семьи, друзей, здоровья, неуважения общества, бездомности и пр. Одновременно следует предложить пациенту попробовать вернуть себе обычные источники удовольствия: заработать деньги, создать семью, родить детей, купить жильё, поправить здоровье и т. д.

Необходимо убедить наркомана, что достижение правильных целей возможно при его желании, и что это избавит его от депрессий и мучений при возвращении в реальность, улучшит качество его жизни, поднимет самооценку, возвысит в глазах окружающих — то есть надолго улучшит его настроение естественным способом, в результате чего ему не потребуются наркотики, чтобы чувствовать себя нормально в течение дня.

Зачастую терапевты рисуют для пациента «карту целей» на бумаге, начиная с самых базовых и эволюционных (выживание/размножение), потом переходят к примитивным и инстинктивным (еда, питье, комфортная температура, избегание боли, секс, материнский инстинкт), а затем постепенно переходят от них к сложным суммарным ассоциациям (здоровье, жильё, деньги, друзья-помощники, работа, семья, уважение общества, образование, карьера, власть, слава). Кроме того, можно указать на карте, как зависимость вредит этим позитивным целям и уменьшает долговременное удовольствие от жизни. Затем «карту целей» прикрепляют в каком-либо хорошо заметном месте для мотивации пациента. Этот же метод иногда может помочь избавиться от других вредных зависимостей (алкоголизм, игромания, обжорство, интернет-зависимость и т. п.).



Факторы эффективности когнитивной психотерапии

- **Личность психотерапевта:** естественность, эмпатийность, конгруэнтность.
Терапевт должен уметь получать обратную связь от пациента. Поскольку когнитивная терапия является довольно директивным (в определённом смысле слова) и структурированным процессом, то в случае, если хороший терапевт чувствует серость и обезличенность терапии («решение задач по формальной логике»), он не боится самораскрытия, не боится использования воображения, притч, метафор и т. п.
- **Правильные психотерапевтические отношения.** Учёт автоматических мыслей пациента о психотерапевте и о предлагаемых заданиях. Пример: автоматическая мысль пациента — «Буду делать записи в моём дневнике — через пять дней стану самым счастливым человеком на свете, все проблемы и симптомы исчезнут, я начну жить по-настоящему». Терапевт: «Дневник — это всего лишь отдельное подспорье, мгновенных эффектов не будет; ваши записи в дневнике — мини-эксперименты, дающие вам новую информацию о себе и своих проблемах».
- **Качественное применение методик,** неформальный подход к процессу когнитивной терапии. Техники должны применяться согласно конкретной ситуации, формальный подход резко снижает эффективность когнитивной терапии и часто может сформировать новые автоматические мысли или фрустрировать (разочаровать) пациента. Систематичность. Учёт обратной связи.
- **Реальные проблемы — реальные эффекты.** Эффективность снижается, если терапевт и пациент занимаются всем, чем угодно, игнорируя реальные проблемы.

Эффективность когнитивной терапии при депрессии подтверждена сотнями исследований. В состоянии депрессивных людей, которых лечат этим терапевтическим методом, происходят гораздо более заметные улучшения, чем у тех, кто получает [плацебо](#) или не лечится вообще. Примерно у 50—60 % наблюдается полное исчезновение симптомов. Ввиду этого всё больше терапевтов начинают следовать когнитивному подходу.

Исследования показывают равную эффективность когнитивной и [интерперсональной психотерапии](#) в сравнении с [фармакотерапией](#). Когнитивно-поведенческая и интерперсональная терапия способны обеспечивать профилактику [рецидивов](#) вне острого периода в качестве поддерживающей терапии. При применении когнитивной терапии у больных депрессией менее вероятны [рецидивы](#) расстройства, чем при применении антидепрессантов, и обнаруживается устойчивость к истощению [триптофана](#), [предшественника серотонина](#).

В [2013 году](#) в журнале [The Lancet](#) были опубликованы результаты исследования, показавшего, что у пациентов, которым не помогло лечение [антидепрессантами](#), когнитивно-поведенческая терапия, используемая в дополнение к терапии данными препаратами, может уменьшить симптомы депрессии и способствовать улучшению качества жизни¹