



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

СЕМИНАР 2 ВВЕДЕНИЕ В ТЕРАПИЮ. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

*

Основы КПТ для практикующих психотерапевтов

*Раздаточные материалы могут отличаться от материалов спикера в связи с соблюдением авторских прав



Гриценко Елена Вячеславовна

Преподаватель Ассоциации КПП,
автор групповых программ для женщин «Зрелая Эстетика»,
«МеноОптимизм», детско-родительских тренингов. Психолог КПП-центра
BeCBT (г. Москва)





ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЯ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

Участвуем в процессе
с включенными видеокамерами.
Просьба воздержаться от курения
и приема пищи.



Каждый из слушателей
активно участвует
в практике.



Приветствуются вопросы и
обсуждения в рамках текущего
занятия практического характера



Приветствуется обмен опытом
в завершении занятия





ЗНАНИЯ

1. Основные правила и алгоритмы проведения первой встречи с клиентом
2. Структура стандартной КПТ сессии.
3. Отличительные черты и особенности терапевтических отношений в КПТ
4. Формирование комплаенса. С чего начинать и как поддерживать.
5. Формулировка рабочей гипотезы – концептуализация
6. Выстраивание плана терапии

НАВЫКИ

1. Выстраивать терапевтические отношения в КПТ подходе.
2. Прояснять запрос и ставить цели работы с клиентом.
3. Структурировать КПТ сессию.
4. Строить концептуализация и планировать терапию.



**Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии**



СЕМИНАР 2. ДЕНЬ 1



РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ. ДЕНЬ 1



• 10.00 - 11.00 Теоретическая часть	
• 11.00 - 11.30 Практика	
• 11.30 - 11.40 Перерыв	
• 11.40 - 12.10 Практика	
• 12.10 - 13.00 Теория	
• 13.00 - 14.00 Обед	
• 14.00 - 16.30 Теоретическая часть	
• 16.30 - 17.00 Вопросы и обратная связь	



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ И РАБОЧИЙ АЛЬЯНС

- 40%** - факторами, не связанными с терапией - ресурсами клиента, социальной поддержкой и т.д.
- 30%** - особенностями терапевтических отношений
- 15%** - ожиданиями изменений, надеждой улучшения и эффектом плацебо
- 15%** - техниками и действиями терапевта.

Lambert, M.J. u. Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy / Bergin, A.E. u. Garfield, S.L. (Hrsg.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.). Wiley, New York



Терапевтические отношения – это отношения между клиентом и терапевтом в процессе терапии. Их можно определить как обмен между терапевтом и клиентом, который появляется с тем, чтобы поделиться интимными мыслями, убеждениями и эмоциями для содействия изменениям.

Они требуют специальной работы по их выстраиванию и являются значимым фактором, от которого зависит успех терапии в целом. Эти отношения характеризуются безопасной, открытой, безоценочной атмосферой, которая внушает доверие и уверенность.



- 1) Альянс - сотрудничество
- 2) Уровень сопротивления
- 3) Обратная связь от клиента
- 4) Единогласие в отношении целей
- 5) Эмоциональный компонент – эмпатия, принятие, уважение...
- 6) Вербальный (активное слушание, переформулирование, резюмирование) и невербальный контакт
- 7) Культура, религия
- 8) Распределение времени, темп

Демонстрируйте
хорошие
консультативные
навыки и точное
понимание его
проблемы

Делитесь своими
концептуализациями
и планом лечения

Принимайте
решение совместно



Стремитесь
получать обратную
связь

Варьируйте свой стиль

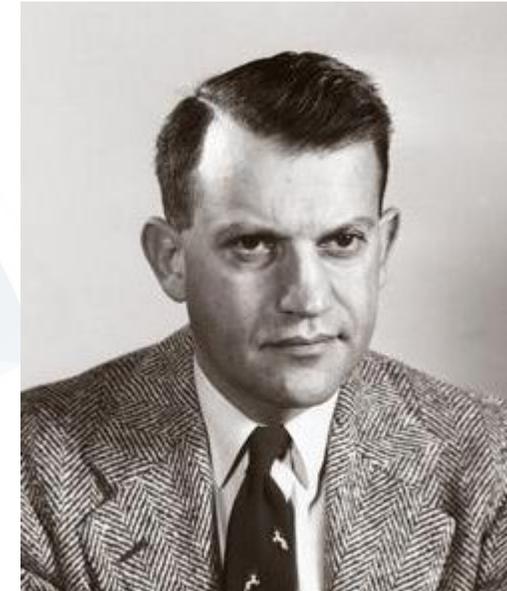
Помогайте клиенту
решать проблемы и
облегчать страдания



- Теплота
- Безусловное принятие
- Эмпатия
- Рефлексивное слушание
- Искренность
- Доверительность
- Сотрудничество

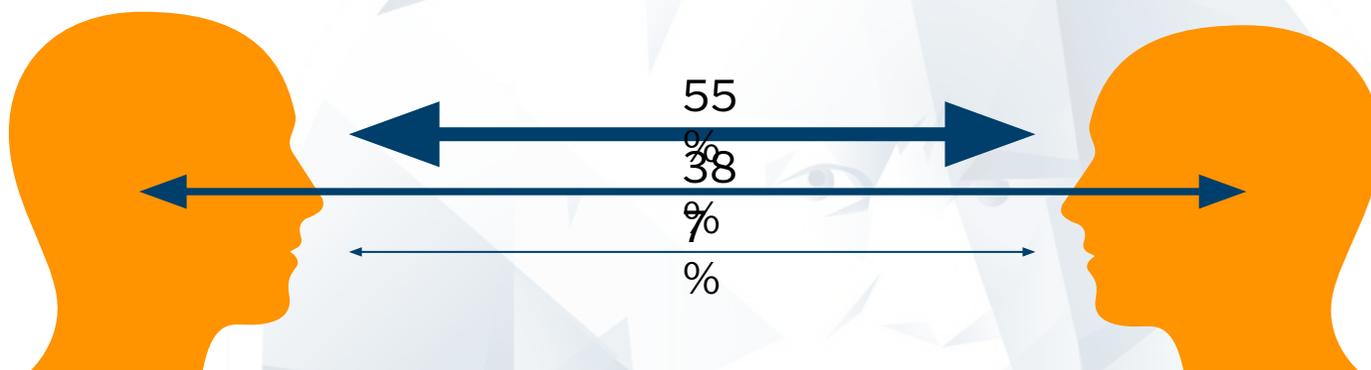
Рабочий альянс - это союз, основанный на терапевтических отношениях и включает в себя согласованность стратегий и взаимодействий, которые обеспечивают изменения.

Альянс образуется из терапевтических отношений и основывается на знаниях и навыках терапевта. Он сочетает волю и мотивацию клиента с увлеченностью терапевта для активизации изменений.



Эдвард С. Бордин.
1913-1992 гг.

В 1960-е годы доктор Альберт Меграбян, профессор Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, провел удивительное исследование, которое цитируется всякий раз при обсуждении языка тела.

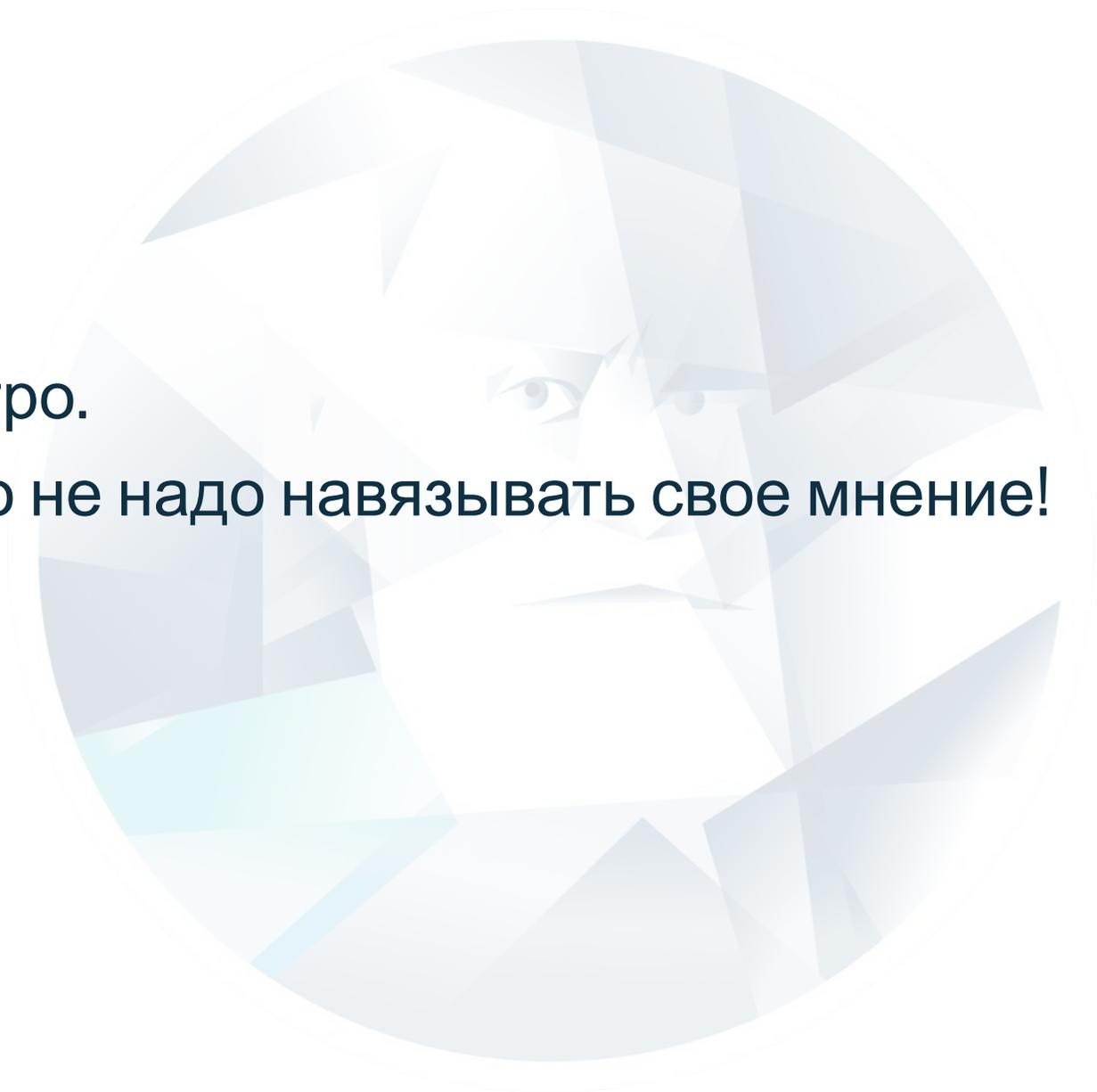


Ученый вывел известные параметры - 55, 38 и 7, отметив, что большинство людей посылают смешанные сообщения, воздействие которых на 55% визуальное (невербальное), на 38% - речевое (тон голоса, ритм, интонация) и на 7% - вербальное (слова).

Более поздние исследования подтвердили его выводы, хотя проценты в них немного отличаются. Все согласны, что **визуальный фактор больше чем наполовину** отвечает за чувства и отношение, тон речи стоит на втором месте, а затем идет содержание - произнесенные слова.



- Доброе утро.
- Вот только не надо навязывать свое мнение!





- 1) **«Директивный»** - высокая степень альянса и меньший фокус на отношениях
- 2) **«Коучинг»** - высокая степень альянса и отношений
- 3) **«Поддерживающая терапия»** – слабый альянс и фокус на отношениях



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

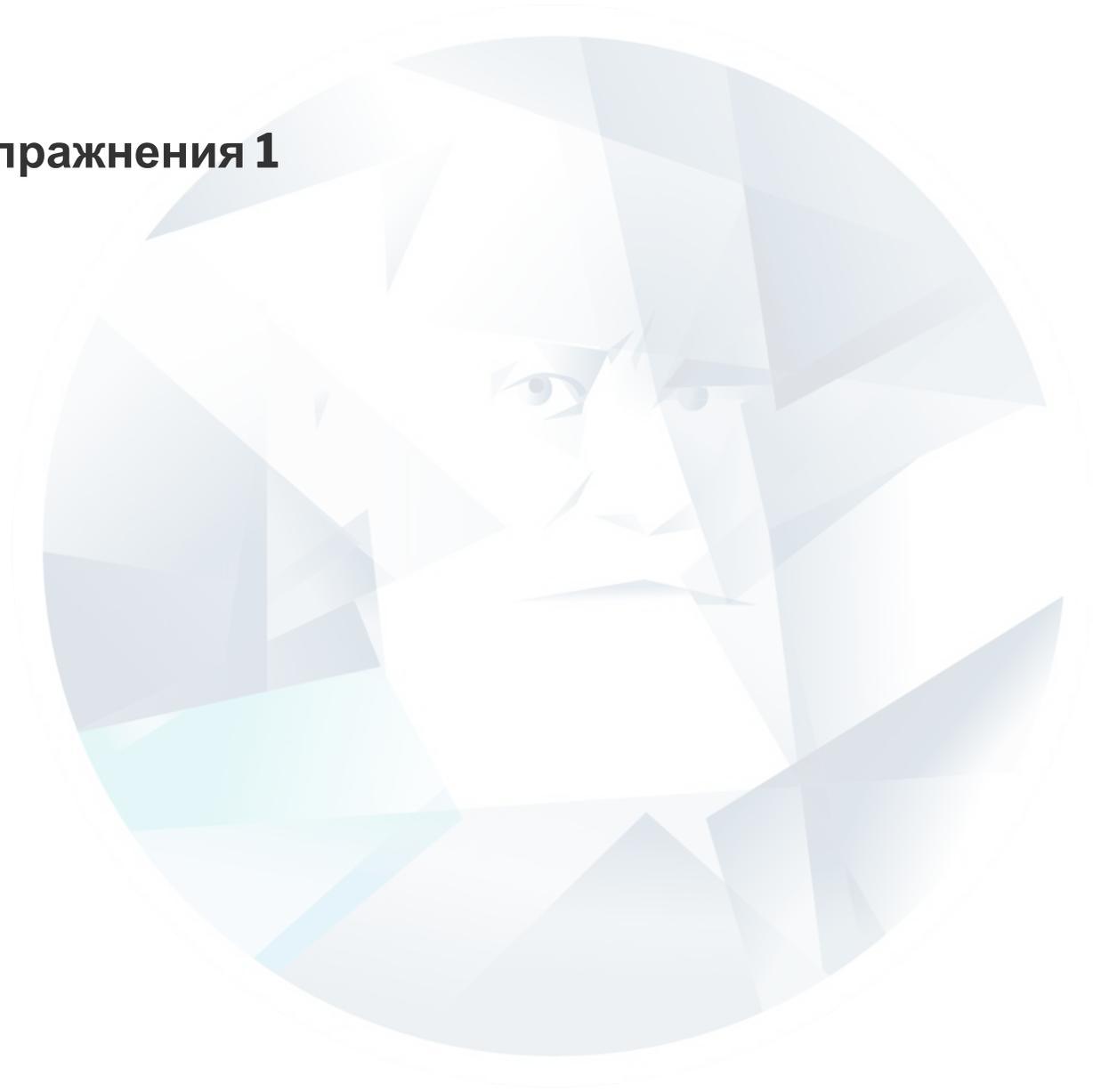
ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА



Выполнение Упражнения 1

В «двойках»

10- 15 минут





Выберите то, что вы считаете нужным изменить, хотите или испытываете необходимость изменения, но до сих пор не сделали (например, физическая активность или занятия спортом, здоровое питание, уборка комнаты). Это может быть что-то, что вы хотели бы сократить (например, компьютер или телевизор, пить кофе, критиковать других, грызть ногти или есть сладкое). Это не должно быть большой «проблемой».

Запрос клиента: «Я хочу внести некоторые изменения, которые нужно сделать, или думаю о том, чтобы сделать, но еще не сделал».

Как «помощник» узнайте, что человек хочет изменить, а затем в течение пяти минут:

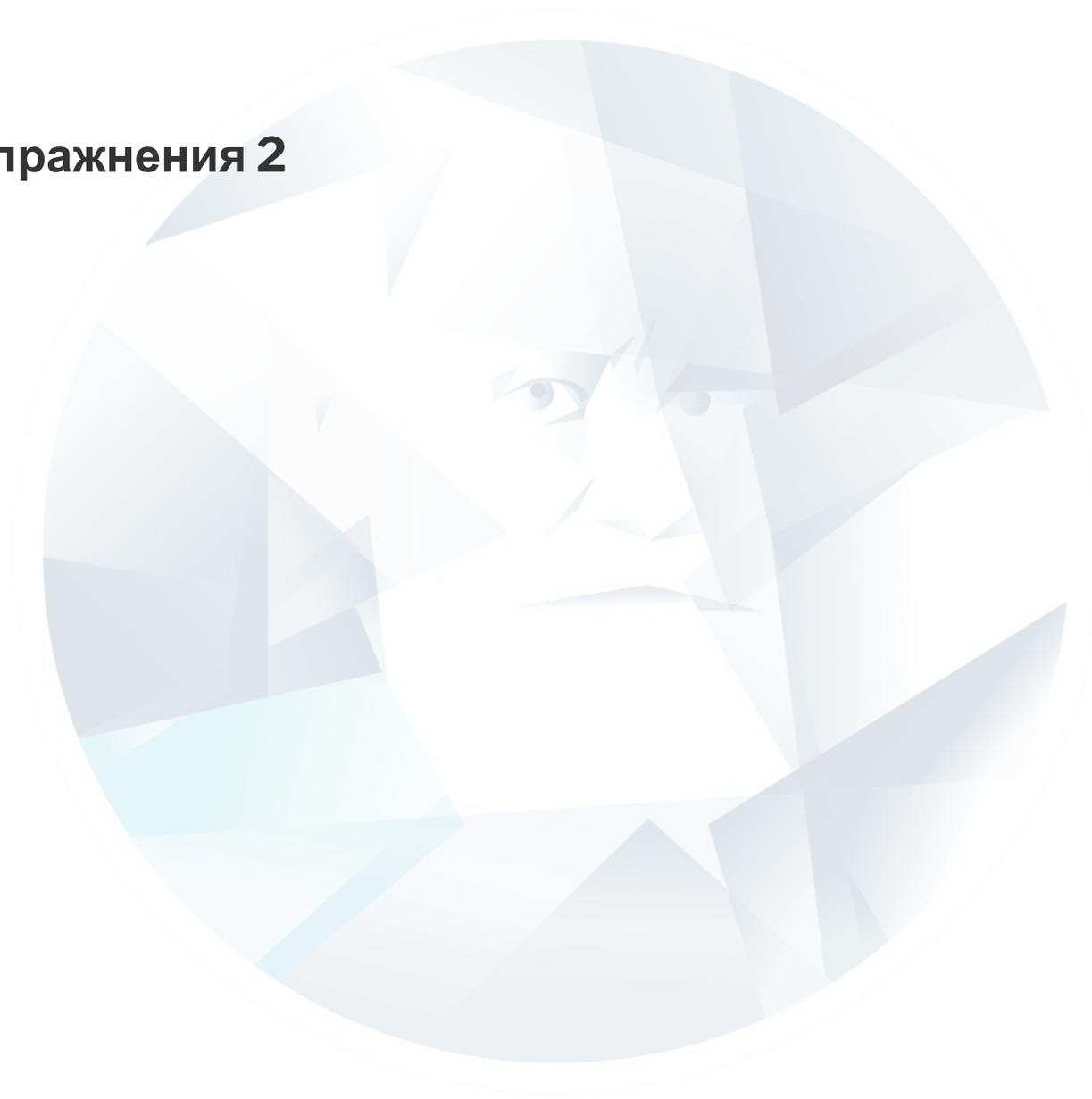
1. Объясните, почему человеку следует сделать это изменение.
2. Назовите как минимум три конкретных преимущества, которые могут возникнуть в результате внесения изменений.
3. Расскажите человеку, как он может внести изменения.
4. Подчеркните, насколько важно изменить.
5. Уговорите человека сделать это, и
6. Если вы столкнетесь с сопротивлением, повторите все вышеизложенное.



Выполнение Упражнения 2

В «двойках»

15- 20 минут





Как интервьюер, внимательно слушайте, чтобы понять дилемму человека. Не пытайтесь это исправить. Не давать советов. Вместо этого просто узнайте, что хочет изменить человек, а затем задайте эти четыре открытых вопроса, внимательно прислушиваясь к ответам:

1. Почему вы хотите изменить это?
2. Если вы все же решите это сделать, как вы можете это сделать, чтобы достичь успеха?
3. Назовите три лучших причины, по вашему мнению, чтобы это сделать?
4. По шкале от нуля до десяти, насколько это важно для вас, если 0 означает «совсем не важно», а 10 означает «самое главное в моей жизни прямо сейчас»? Какой номер вы бы поставили?
 - 4a. Затем, когда вы услышите номер, спросите: А почему вы находитесь в ___ а не 0?

Если у вас есть навыки рефлексивного слушания, используйте их, когда человек отвечает на каждый вопрос, отражая сказанное и запоминая это.

После того, как вы задали все четыре вопроса и внимательно выслушали ответы, предложите человеку краткое изложение того, что вы услышали о его мотивации для этого изменения. Почему он хочет внести это изменение? Как он может это сделать? Каковы его веские причины для этого? Почему это важно?

А потом задайте еще один вопрос:

5. «Так что ты думаешь, что будешь делать?» и просто слушайте с интересом и любопытством



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

СЛОЖНОСТИ В ПОСТРОЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА



- Пациент не участвует в обозначении повестки дня
- Пациент обижается если терапевт перебивает его/ее
- Пациент жестко и неизменно отрицает взгляд терапевта
- Пациент критикует терапевта или метод, указывает как лечить
- **Отказ, избегание действия, отказ выполнять домашние задания**

Nikolaos Kazantis, Frank M/ Dattilio, Keith S. Dobson
“The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral
Therapy”



- Если клиент проявляет «сопротивление» или противодействующее поведение во время сессий, это возможность развить когнитивную концептуализацию случая.
- Выработывайте различные гипотезы, которые объяснили бы такое поведение, включая собственное поведение как терапевта.
- Учитывайте уязвимости, которые могли сформироваться в рамках отношений в процессе развития личности клиента
- Любые негативные эмоции, возникающие у терапевта, являются поводами для саморефлексии и, вероятно, личной проработки и супервизии.

Большинство пациентов положительно реагируют на теплоту, эмпатию и заботу.

Однако у некоторых пациентов проявления заботы вызывают негативную реакцию. Например, пациент может посчитать вас сверхзаботливым или «сюсюкающим».

Наблюдая за эмоциональными реакциями пациента на протяжении сессии, вы можете поймать момент, когда подобную проблему можно будет вскрыть с помощью верно заданного вопроса. После этого вы сможете изменить стиль самоподачи и тем самым позволите пациенту чувствовать себя в вашем обществе более комфортно.

Джудит Бек

Хотя существуют различные взгляды относительно того, в какой степени самораскрытие терапевта полезно и важно в терапии, раскрытие личной информации о терапевте не всегда приносит пользу.

В действительности, в некоторых случаях это может быть даже контртерапевтичным, в зависимости от времени и способа предоставления этой информации.

Раскрывая личную информацию, спросите себя: «Как это поможет клиенту?»

- Выделили ли мы достаточное количество времени на стандартные составляющие сессии: проверку настроения, краткий обзор прошедшей недели, определение повестки дня, проверку домашнего задания, обсуждение тем из повестки дня, определение нового домашнего задания, периодическое обобщение сказанного, обратную связь?
- Вместе ли мы принимали решение о том, что делать дальше, если оказывалось, что на обсуждение проблемы требуется больше времени, чем выделено изначально, — или если в ходе обсуждения возникли важные темы, которые не входили в повестку дня?
- Удастся ли мне мягко и вовремя прерывать клиента? Или мы слишком много времени тратим на непродуктивные обсуждения?
- Оставляем ли мы достаточно времени в конце сессии, чтобы проверить, запомнил ли клиент самые важные выводы, сделанные на сессии; что он понимает смысл домашнего задания и согласен его выполнять; чтобы убедиться, что глубинные убеждения клиента были деактивированы; что пациент ушел с сессии в эмоционально стабильном состоянии?



- Поставил ли клиент разумные конкретные цели? Помнит ли он об этих целях в течение недели? Действительно ли он готов работать над их достижением? Находятся ли эти цели в сфере влияния клиента? Не пытается ли клиент изменить других людей?
- Удастся ли мне периодически оценивать прогресс в достижении целей клиента?
- Помогаю ли я клиенту вспоминать, почему нужно прилагать усилия на терапии (например, чтобы достигать поставленных целей)?

- Каковы ожидания клиента относительно его самого и меня?
- Считает ли пациент, что его проблемы можно решить быстро и легко? Или что проблемы за него нужно решить мне? Понимает ли клиент, как важно принимать активное участие в терапевтическом процессе?
- Понимает ли клиент, почему нужно освоить определенные инструменты и навыки и регулярно применять их между сессиями?»



- Определяет ли клиент, над какими именно проблемами нужно поработать?
- Сотрудничает ли клиент со мной в процессе решения проблем — или просто их называет?
- Боится ли клиент решить текущую проблему, потому что тогда придется решать другие (например, принять решение, касающееся отношений или работы)?

1. Понимает ли/ осознает клиент:

- что автоматические мысли влияют на его эмоции, поведение и физиологию;
- что некоторые автоматические мысли являются искаженными;
- что он почувствует себя лучше и будет выбирать более адаптивные модели поведения, если будет оценивать свои мысли и отвечать на них?



2. Удалось ли нам определить, какие именно слова и/или образы возникают у клиента, когда он расстроен?

3. Удалось ли нам выявить все важные автоматические мысли?

4. Правильно ли мы выбрали важнейшие автоматические мысли, которые нужно подвергнуть оценке (например, мысли, связанные с наибольшим эмоциональным напряжением и дисфункциональным поведением)?

5. Удалось ли нам не только выявить ключевые когниции, но и раскрыть их содержание и отреагировать на них?

6. Стараюсь ли я не допускать априори, что когниции пациента искажены? Применяю ли я метод направляемого открытия? Стараюсь ли я не убеждать клиента и не оспаривать его взгляды?
7. «Если мои вопросы не приносят желаемого эффекта, меняю ли я подход?»
8. После того как мы вместе формулируем альтернативный ответ, проверяю ли я, насколько клиент уверен в нем? Уменьшается ли эмоциональный дистресс?
9. Используем ли мы по мере необходимости техники для уменьшения эмоционального дистресса клиента? Пытаемся ли выявлять значимые для будущей работы когниции?

10. Использую ли я направляемое открытие, чтобы помогать клиенту выявлять важные убеждения?
11. Могу ли я сказать, какие убеждения являются центральными для мировоззрения клиента, а какие — более узкими и второстепенными?
12. Постоянно ли я изучаю, как соотносятся новые проблемы и глубинные убеждения клиента? Ведем ли мы постоянную последовательную работу с основными убеждениями клиента на каждой сессии, а не только осуществляем кризисные интервенции?

13. Если мы уже обсуждали детский опыт, приводил ли я четкие логические обоснования того, зачем мы это делали? Помог ли я клиенту увидеть, как его ранние убеждения соотносятся с актуальными проблемами, и как это понимание поможет ему на ближайшей неделе?

14. Могу ли я четко сформулировать для себя дисфункциональное убеждение клиента и более функциональное убеждение, к которому я его направляю?



1. Удастся ли мне выстраивать домашнее задание вокруг главных трудностей клиента?
2. Понимает ли клиент, как домашние задания связаны с его работой на сессии и с общими целями?
3. Думает ли клиент о проделанной в ходе терапии работе на протяжении недели? Тщательно ли он выполняет домашние задания?



Одних отношений недостаточно для жизненных
изменений





Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

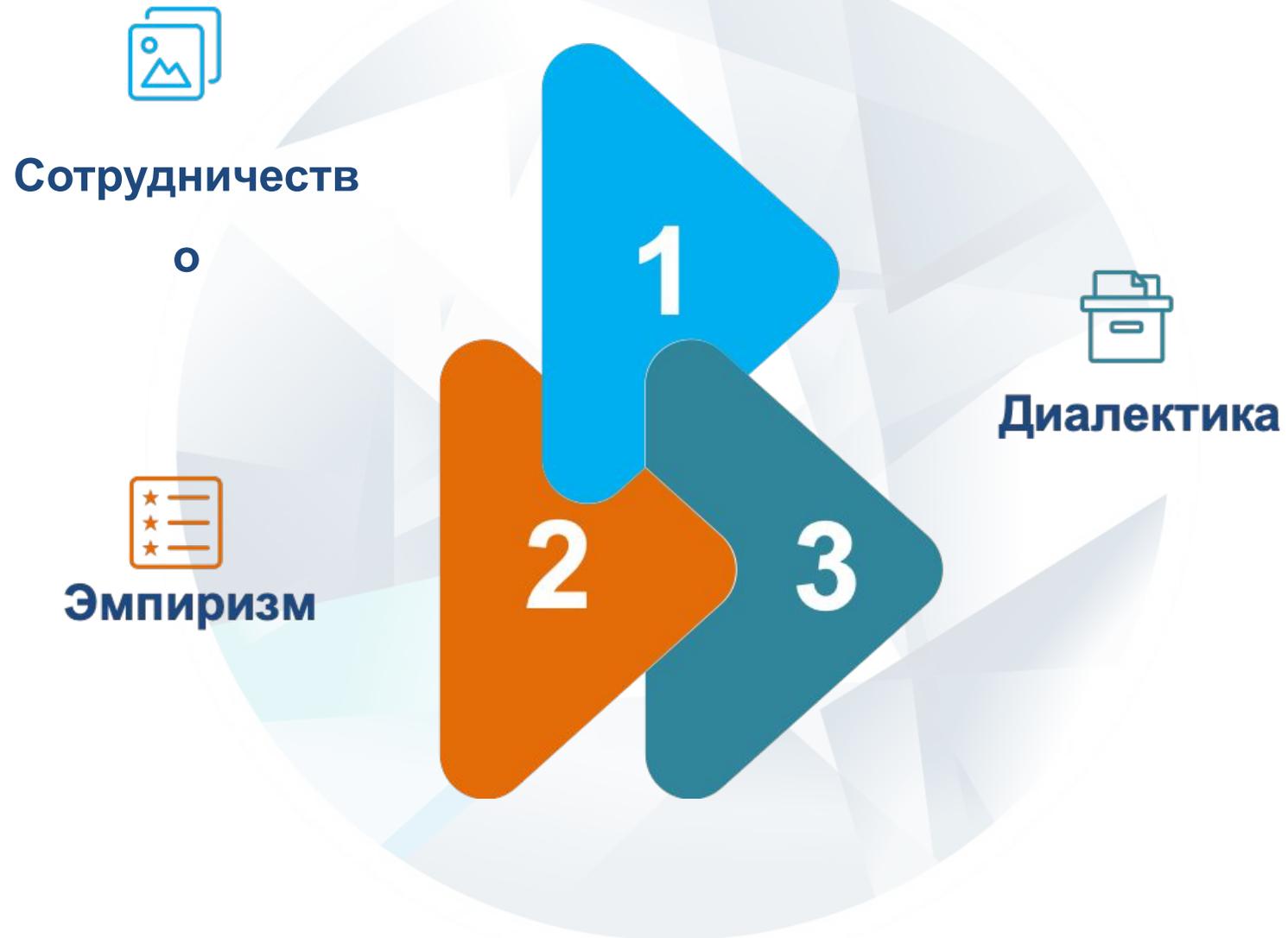
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ. СПЕЦИФИКА КПТ

Общие факторы
психотерапии

The diagram features a central illustration of two hands shaking in a firm grip, rendered in a stylized orange and white color scheme. This handshake is set against a circular background composed of light blue and grey geometric shapes, with a faint, stylized face of a person's eyes and nose visible behind the handshake. Two overlapping circles are positioned on either side of the handshake: a teal circle on the left and a yellow circle on the right. The teal circle contains the text 'Общие факторы психотерапии' (General factors of psychotherapy), and the yellow circle contains 'Специфические факторы психотерапии' (Specific factors of psychotherapy).

Специфические
факторы
психотерапии

- Оптимальное сотрудничество психотерапевт-пациент
- Мотивация у пациента к изменениям
- Интерес у психотерапевта к пациенту и желание ему помочь
- Познавательное обучение (от информации к осознанию)
- Плацебо-эффект (ослабление напряжения, повышение надежды)
- Корректирующий эмоциональный опыт
- Убеждение и внушение (даже скрытое)
- Приобретение социальных навыков на модели взаимоотношений психотерапевт-пациент



- Клиент занимает активную роль в терапевтическом процессе.

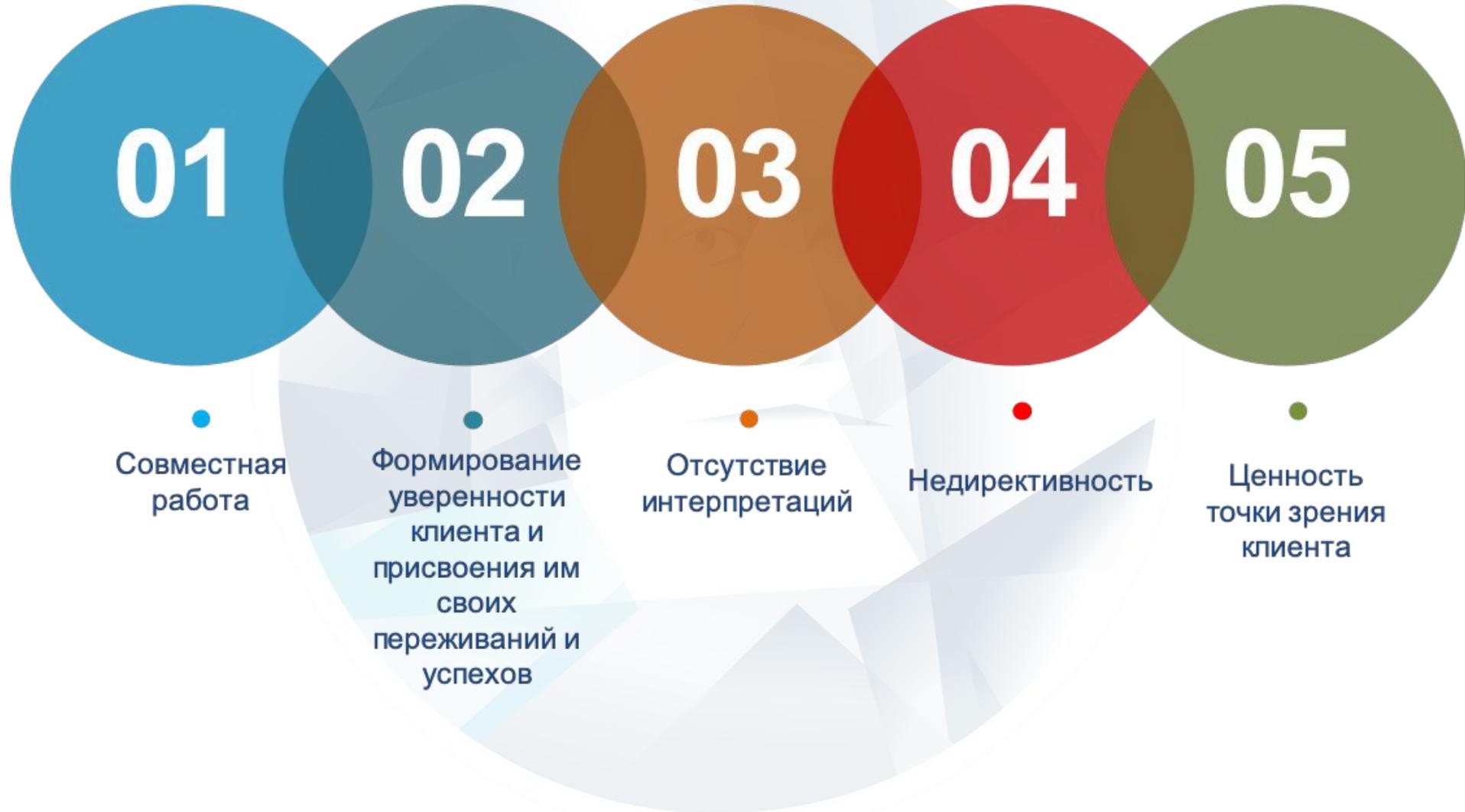
Клиент – это тот, кто совершает изменения.

- Терапевт берет на себя роль проводника - человека, который может содействовать прогрессу клиента в достижении его или ее желаемой цели.
- КПТ специалисты обычно не говорят о "согласии" на лечение. Используется тезис о "приверженности" плану лечения, который был составлен совместно.

- Стремление к тому, чтобы клиент участвовал в формировании повестки дня
- Предоставление времени во время сессии для того, чтобы у клиента была возможность практиковать навыки
- Предоставление времени во время сессии для того, чтобы обсудить выполненное домашнее задание и запланировать его вперед
- Обращение к клиенту за обратной связью до/во время/после интервенций, в конце сессий
- Предоставление времени для того, чтобы клиент мог отрефлексировать, переформулировать домашнее задание

- Предоставление рациональных объяснений
- Использование речи: «Давайте посмотрим на...», «Мы могли бы...»
- Использование открытых вопросов
- Возможность получать от клиента предложения, мнения, приоритеты, информацию
- Предложение вариантов для выбора
- Чуткость по отношению к тому вкладу, который делает клиент

Kazantzis, N., Beck, J. S., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Rapee, R. (2013). Collaborative empiricism as the central therapeutic relationship element in cognitive behavior therapy: An expert panel discussion at the 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 386-400.





Чтобы спасти тонущего, недостаточно
протянуть руку – надо, чтобы он в ответ подал
свою.

В. О. Пелевин



Эмпиризм описывает как мы помогаем клиенту выработать более "научный" способ оценки его или ее опыта.

В противоположность тому, как клиенты могут порой прийти на терапию, находясь под сильным влиянием различных когниций и эмоций, мы помогаем клиенту посмотреть на эти переживания как на косвенные измерения событий, происходящих в их окружении, и особое внимание мы уделяем объяснению того, как оценивать и справляться с этими событиями.



- Клиент предоставляет сырые данные, которые можно исследовать под руководством терапевта
- Терапевт и клиент вместе выбирают мишени терапии и обговаривают, как можно достичь поставленных целей
- Применяется экспериментальный метод (пробы и ошибки)
- Терапия включает формулирование гипотез, сбор данных
- Затем происходит проведение экспериментов и оценивание результатов в жизни клиента – где в основном проявляются проблемы

© Kazantzis, N., Beck, J. S., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Rapee, R.



	Низкая степень сотрудничества	Высокая степень сотрудничества
Высокий эмпиризм	Клиент может приписывать изменения терапевту; меньше вовлечен в собственные переживания	Повышение автономии и внутренней заинтересованности в терапевтическом процессе и его результате
Низкий эмпиризм	Высокая вероятность выпадения клиента из процесса; низкая степень вовлеченности в терапию	Упущенная возможность оценить опыт, полученный клиентом, а также подобрать лечение в соответствии с конкретными потребностями клиента



Клиент:

«Я не хочу идти на ужин; люди никогда со мной не разговаривают – они думают, что я скучный».

Терапевт:

«Похоже, вы снова неправильно интерпретируете. Когда вы будете на этом ужине, я хочу, чтобы вы замечали, действительно ли люди выглядят скучающими – или вы основываете свои чувства на том, о чем думают другие, или, что еще хуже, на ваших подозрениях о том, что они думают»

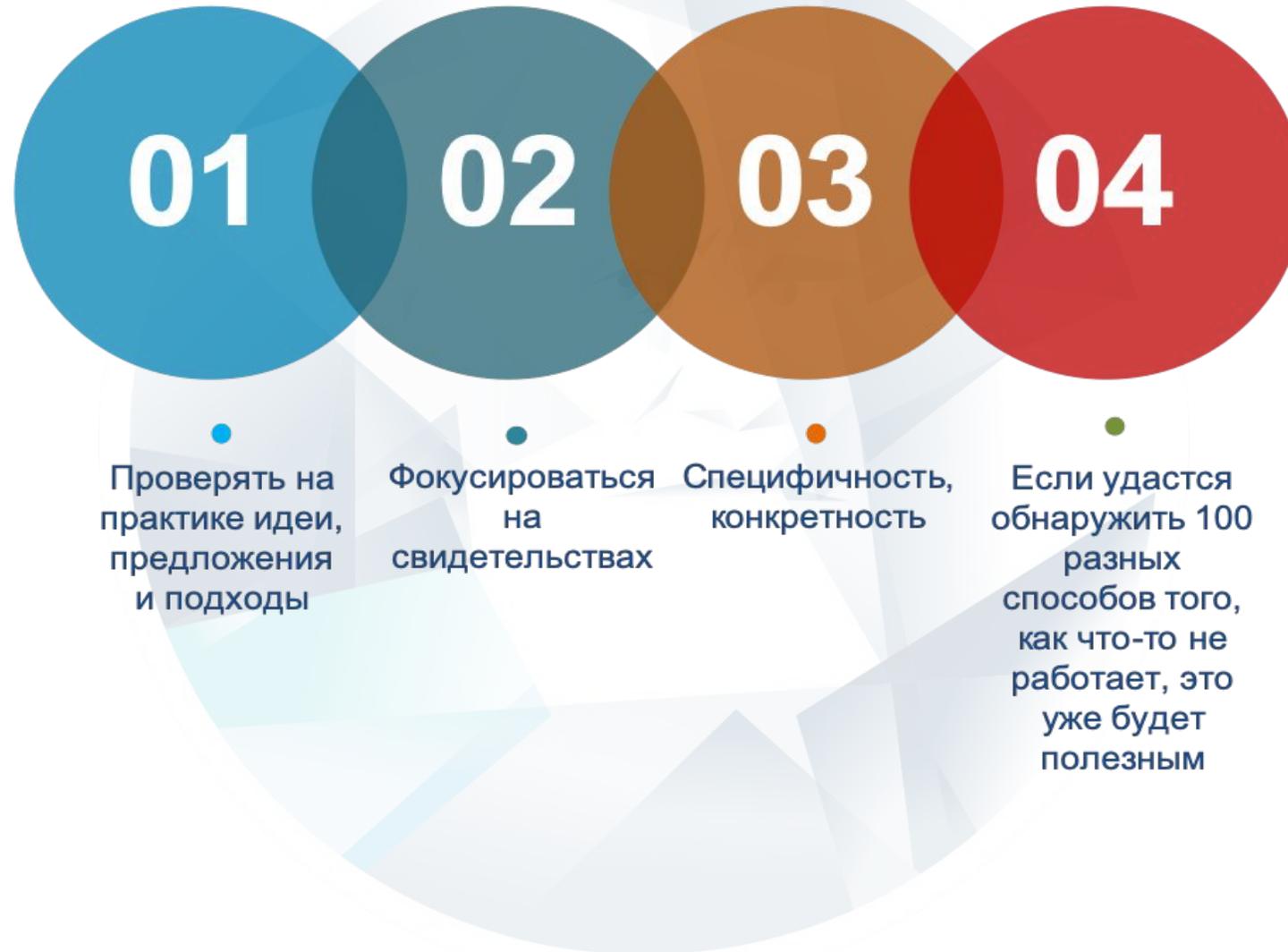


Клиент:

«Я не хочу идти на ужин; люди никогда со мной не разговаривают – они думают, что я скучный».

Терапевт:

«Похоже, для вас это действительно сложная ситуация. Хотели бы вы подробнее обсудить эту проблему? Может быть, мы вместе можем разобраться в том, что происходит, и посмотрим, есть ли у вас возможность с большим удовольствием провести время за ужином».





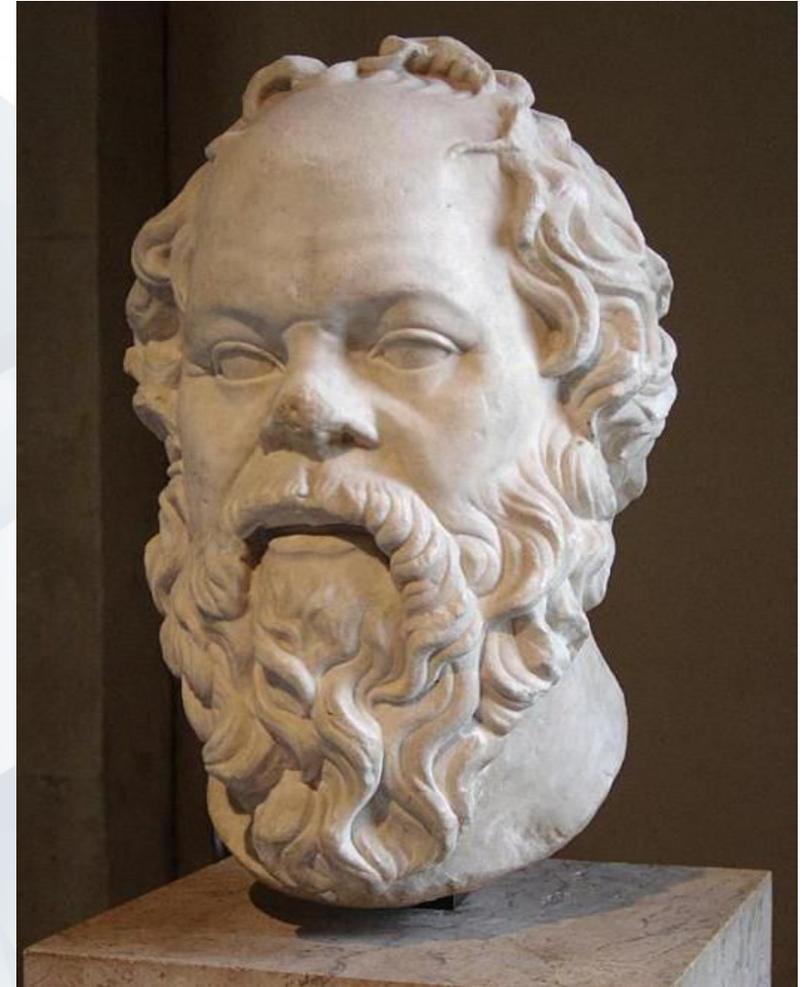
1. Выбор центрального аспекта для применения техники (что?)
2. Оценка эмоции или убеждения, на которое направлена техника (зачем?)
3. Исследование способов применения техники (как?)
4. Выработка альтернативного взгляда
5. Разработка эмпирической проверки и ее критериев
6. Оценка результатов эмпирической проверки

Регистрационный лист задания (пример)



1. Дата_____
2. Целевая когниция (то, что мы проверяем)_____
3. Степень доверия к когниции_____ %
4. Уровень ожидаемых эмоций_____ %
5. Эксперимент: что именно вы будете делать, где, когда, что вы будете наблюдать?
6. _____
7. Возможные проблемы и варианты их
решения:_____
8. РЕЗУЛЬТАТ (что происходило, что вы
наблюдали):_____
9. ВЫВОДЫ (Чему вы научились в рез.-те эксперимента? Как произошедшее связано с целевой когницией и альтернативой?
Насколько вы сейчас уверены в них?
(%):_____

- Искусством ведения беседы славился древнегреческий философ Сократ. Его метод основан на проведении диалога между двумя людьми, для которых истина и знания не даны в готовом виде, а представляют собой проблему и предполагают поиск.
- Этот метод часто подразумевает дискуссию, в которой собеседник, отвечая на заданные вопросы, высказывает суждения, обнаруживая свои знания или, напротив, свое неведение.

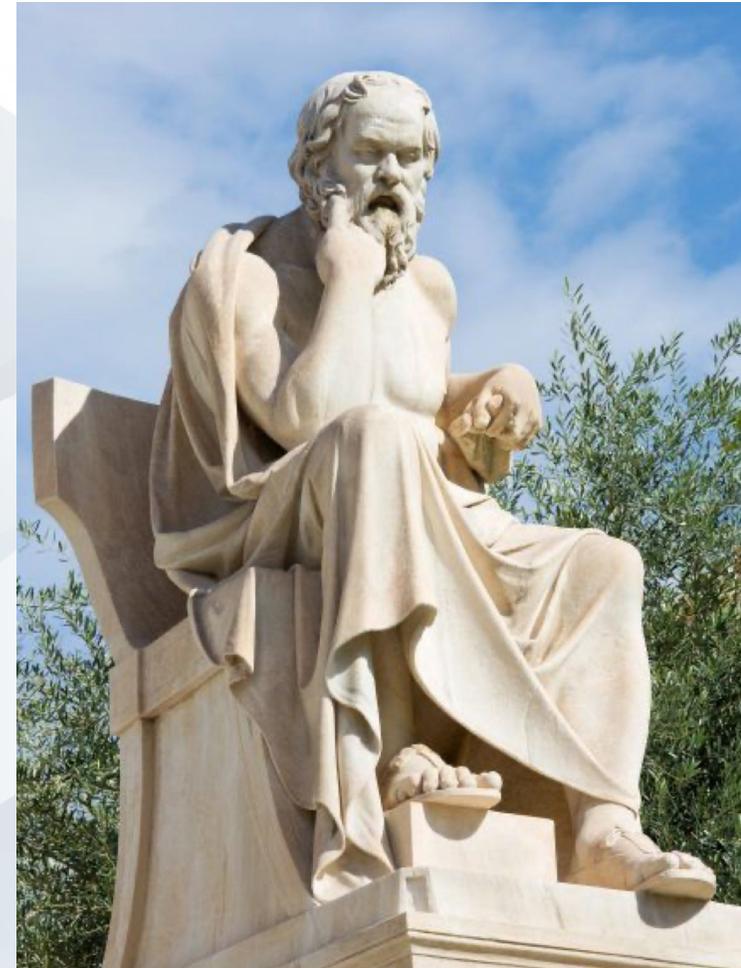


Я знаю, что ничего не знаю, но они не знают даже этого...

✓ Майевтика (др.-греч. μαῖευτική — повивальное искусство, родовспоможение)

— была предложена **Сократом** как искусство извлекать скрытое в человеке правильное знание с помощью искусно заданных наводящих вопросов. То есть в ходе диалога Сократ вместо прямого утверждения некоторой истины задает такие вопросы и в такой последовательности, что его собеседник, отвечая на них, сам приходит к утверждению истины (как бы «рождает истину»). Отсюда и связь с повивальным делом — Сократ не делится истиной, а лишь помогает самостоятельно постичь её другому.

- Сократовский стиль подразумевает совместный поиск информации и понимания реакций клиента, при котором терапевт задает ряд открытых и направляющих вопросов.
- Предполагается, что ни клиент, ни терапевт изначально не знают «правильных» ответов («сократовское незнание»). Даже если терапевт думает, что знает ответ, он полагается на способность клиента самостоятельно прийти к выводу.
- Взвешивая доказательства «за» и «против» своих мыслей и убеждений, клиенты могут научиться оценивать их количество, качество, согласованность.



"Познай самого себя"
Сократ
(около 469 - 399 г.г. до н.э.)



«Диалог Сократа» заключается в том, чтобы задавать клиенту вопросы:

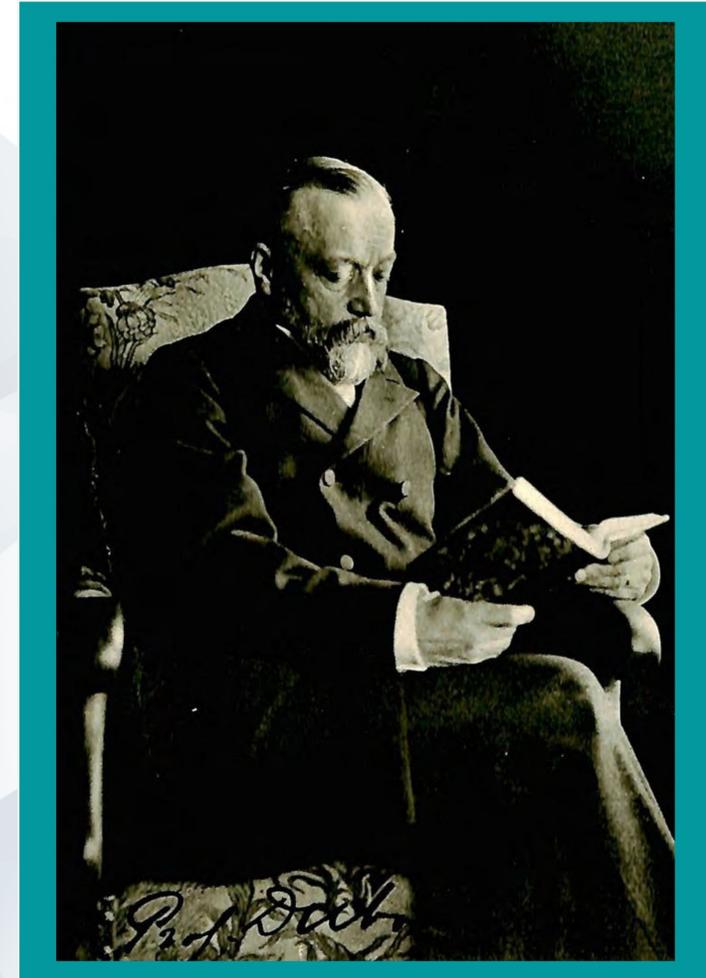
- a) на которые клиент может ответить на основании своих знаний
- b) которые привлекают внимание клиента к информации, которая имеет непосредственное отношение к обсуждаемой проблеме, но которая может находиться вне текущего фокуса внимания клиента
- c) которые в целом направляют от частного к более общему, с тем чтобы:
- d) клиент смог, в конце концов, использовать новую информацию, чтобы либо подвергнуть свое прошлое заключение пересмотру или выстроить новую идею.

Сократовский диалог и метод майевтики широко используются в рациональной психотерапии, предложенной в 1913 г. швейцарским неврологом Полем Дюбуа, откуда в последующем были заимствованы современными методами когнитивно-поведенческой психотерапии.

Диалектика на примере диалогов Сократа, третий элемент КПТ, включает в себя ряд консультационных навыков, таких как - опрос, резюмирование (обобщение), эмпатичное слушание, и предоставление клиенту возможности идентифицировать и разрешать противоречивые точки зрения.

Если клиенты смогут исследовать свои собственные психологические процессы также, как это делает терапевт на сессии, то они могут развить способность задавать вопросы и увеличить дистанцию и наблюдать за своим субъективным опытом.

Если терапевт опирается на Диалог Сократа как на способ открытия новых идей, то у клиента может появиться более явное чувство владения своей терапией.



Поль Шарль Дюбуа
28 ноября 1848 — 4 ноября 1918



А. Т. Бек, Раш, Шоу & Эмери (1979)

«...в частности, пациенты часто обнаруживают, что спонтанно перенимают на себя роль терапевта, ставя под вопрос некоторые из своих заключений и предположений...»

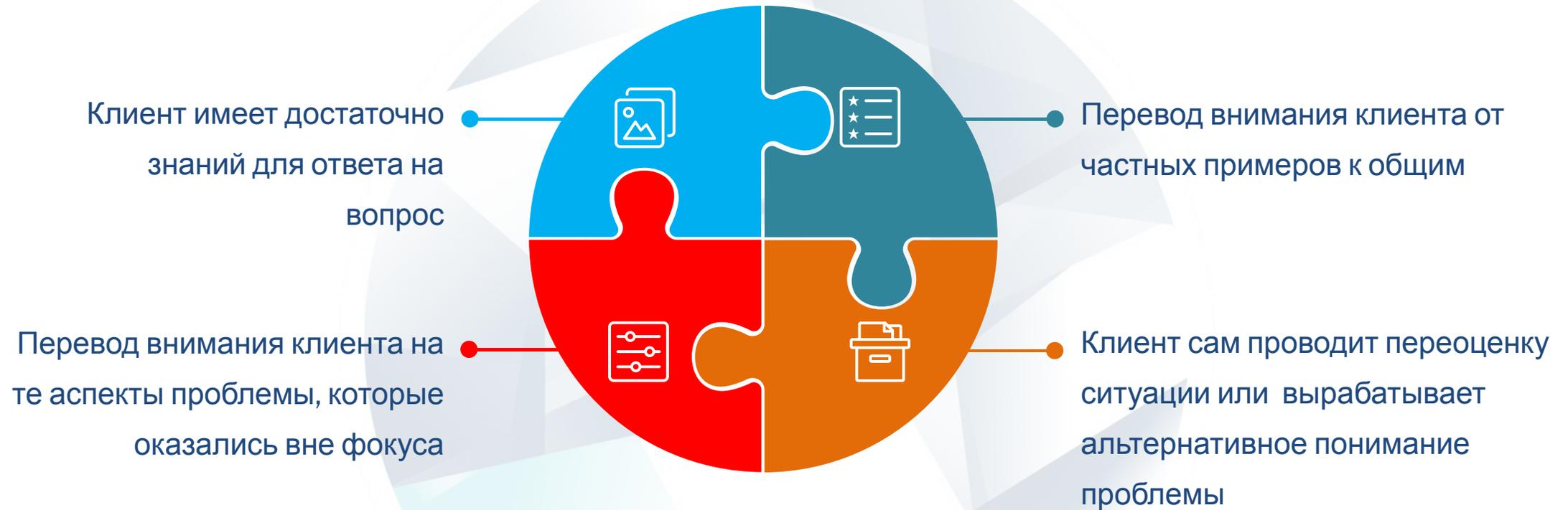
«...задавание вопросов самому себе играет ключевую роль в генерализации когнитивных техник».

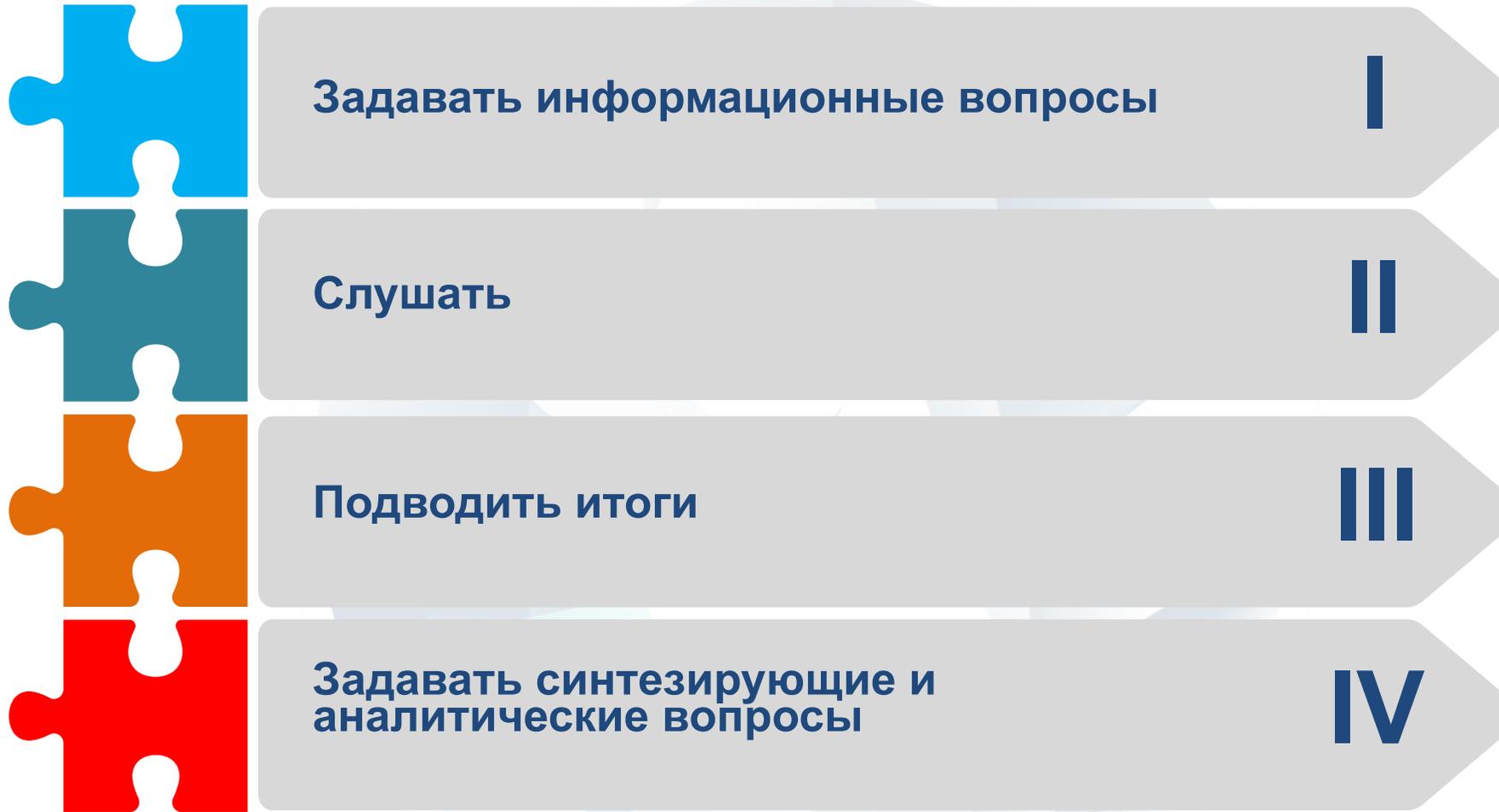


- Проблемно сфокусированный
- Позволяет клиенту вырабатывать новую точку зрения
- Позволяет отойти от чего-то абстрактного и прийти к большей определенности и конкретике, а затем снова к уровню абстракции
- Полезен с точки зрения применения интервенций, учета затрат и выгод мыслей / поведения, лежит в основе когнитивных изменений
- В идеале эмпирически обоснован и способствует сотрудничеству
- В идеале происходит на каждой сессии



1. Обсуждение проблемы
2. Помощь клиенту в рассмотрении новой информации, связанной с проблемой (открытость к разнообразным источникам информации)
3. Применение информации по-новому, чтобы способствовать процессу обучения / открытий (продвижение новых точек зрения)
4. Оценка полезности открытий
5. Просьбы о предоставлении обратной связи по поводу открытий, включая возможность обсудить все трудности и опасения. Сначала получите обратную связь от клиента.





ТИПЫ ВОПРОСОВ ДЛЯ СОКРАТОВСКОГО ДИАЛОГА





1. Что вы имеете в виду под ___?
2. Как ___ относится к ___?
3. Можете ли Вы рассказать об этом подробнее?
4. Как это относится к обсуждаемой нами проблеме?
5. Что, на Ваш взгляд, является основной проблемой здесь?
6. Можете ли Вы объяснить мне это как-то иначе?
7. Давайте проверим, правильно ли я Вас понял:
Вы имеете в виду ___ или ___?



1. Какова цель ___?
2. Какова была ваша цель, когда вы сказали ___?
3. Была ли эта цель обоснована?
4. Каким образом цели этих двух людей отличаются?
5. Каким образом цели этих двух групп отличаются?
6. Как изменилась цель с течением времени?
7. Какова цель работы над этим вопросом именно сейчас?



1. Что вы предполагаете?
2. Что она предполагает?
3. Что мы можем предположить вместо этого?
4. Вы предполагаете _____. Правильно ли я понимаю?
5. Вся ваша аргументация основывается на идее, что _____. Почему вы основывались на _____, а не на _____?
6. Похоже Вы предполагаете _____. Как Вы объясните, почему это так?
7. Всегда ли бывает так? Почему Ваше предположение верно именно в этом случае?



1. Почему Вы думаете, что это правда?
2. Можете привести похожий пример?
3. Что привело Вас к этому умозаключению?
4. Есть ли основания сомневаться в этом?
5. Адекватны ли эти причины?
6. Что могло бы переубедить Вас?
7. Почему Вы это сказали?



1. Похоже Вы подходите к этому с ___ точки зрения. Почему вы выбрали именно эту перспективу?
2. Как отреагировали бы другие люди на Вашем месте? Почему?
3. Что говорят окружающие по этому поводу?
4. Что бы сказал тот, кто с Вами не согласен?
5. Какова альтернативная точка зрения?
6. В чем ваши точки зрения с [имя] схожи? Чем отличаются?
7. Что могло бы повлиять на Вашу точку зрения?



1. Что Вы имеете ввиду?
2. Когда Вы говорите ____, Вы подразумеваете что ____?
3. Если бы это случилось, то что ещё бы произошло в результате этого?
4. Это наверняка произошло бы или только с некоторой вероятностью?
5. Каков был бы эффект, если бы это случилось?
6. Если это действительно так, то что тоже будет правдой?
7. Какова альтернатива?



1. Как мы можем это узнать?
2. Это та же проблема, что и ___?
3. Как кто-либо другой мог бы решить этот вопрос?
4. Как ___ может решить проблему?
5. Это простой или сложный вопрос? Почему?
6. Почему этот вопрос важен для Вас?
7. Чтобы ответить на этот вопрос, на какие другие вопросы нам нужно найти ответы?



1. Какова основная идея того, с чем мы столкнулись?
2. Почему эта идея важна?
3. Являются ли эти идеи противоречивыми? Если да, то почему?
4. Причиняет ли эта идея какие-либо неприятности?
5. Что необходимо учесть, прежде чем мы перейдем к ___?
6. Какая основная идея вела Вас в этой ситуации?
7. Какой идеей руководствовалась [имя] в этой ситуации?



1. К каким выводам мы приходим касательно ___?
2. На какой информации основаны эти выводы?
3. Есть ли более рациональные выводы, к которым мы можем прийти в этой ситуации?
4. Как Вы проинтерпретировали её поведение? Почему?
5. Что Вы думаете о ___?
6. Как Вы пришли к этому выводу?
7. Учитывая все факты, какое наилучшее заключение Вы можете дать?



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

ОЦЕНОЧНАЯ СЕССИЯ

- Знакомство с клиентом
- Первичная оценка проблемы клиента
- Оценка масштаба проблемы + рабочая гипотеза
- Оценка мотивации
- Оценка навыков
- Формулировка первоначальной цели терапии
- Ожидания от терапии
- Информация о проблеме + первичное психообразование
- Выстраивание стратегии работы
- Обратная связь





1. Основные жалобы и текущие проблемы
2. «История болезни» – как формировалось состояние
3. Какие были попытки справиться с этим
4. Общая семейная история
5. Детско-подростковое развитие
6. Профессиональная история
7. Сильные стороны и успехи

Основные жалобы

- Как клиент формулирует то, что его беспокоит?
В какой сфере клиент формулирует проблему: поведение, эмоции, мысли?
- Что, с точки зрения клиента, в большей степени составляет проблему внешние условия или его реакции?

История проблемы

- Когда, по мнению клиента, проблема появилась впервые?
- В чем она тогда выражалась?
- Какие жизненные обстоятельства были в тот период?
- Пытался ли клиент справиться? Помогало ли что-то и насколько?
- Почему клиент решил обратиться за помощью именно сейчас?

Есть ли (или были ранее) психические расстройства?

- Обращался ли клиент ранее за психологической помощью? Насколько эффективной он её оценивает? В чем она заключалась?
- Если клиент проходил лечение у врача-психиатра/психотерапевта, какой был поставлен диагноз?

Личная и социальная история

- Условия, в которых протекало детство клиента. Полная ли семья? Наличие братьев и сестер? Атмосфера в семье. Предъявлялись ли к детям строгие требования, наказания (если да, то в чем они выражались?) Были ли сложности в учебе, в отношениях со сверстниками? Были ли в жизни клиента события, которые он оценивает как психотравмирующие? Были ли в жизни клиента события, которые он оценивает как значительные удачи или победы?



Общее физическое состояние клиента

- Есть ли у клиента соматические заболевания, которые могут влиять на психологическое состояние и процесс лечения?
- Принимает ли клиент медикаменты (какие именно)?

Актуальное состояние клиента

- Настроение в данный момент (0-10)
- Удовлетворен ли клиент сном?
- Каков его аппетит?
- Что в данный период времени доставляет удовольствие? Есть ли хобби? Удастся ли общаться с друзьями, и есть ли они?
- Каков уровень его работоспособности в данный момент (от 0 до 10)?
- Удовлетворен ли клиент своей сексуальной жизнью?
- Как часто клиент употребляет алкоголь, курит? Использует ли стимуляторы (кофе, энергетические напитки и т.п.), как часто? Есть ли опыт употребления психоактивных средств, каких?

Актуальное состояние клиента

- Предложите клиенту описать его типичный (для последнего времени) день.
- Полезно уточнять, что хорошего происходит в течение дня, с точки зрения клиента.
- Предложите клиенту кратко описать самого себя
- “Что еще мне следовало бы знать?”



- Жалобы - то, что беспокоит клиента.
- Проблема это сложности, с которыми сталкивается клиент, то, что его волнует, то, что требует решения.
- Проблемы необходимо превращать в цели, на достижение которых можно ориентироваться в ходе терапии.
- Если проблем несколько, то их необходимо проранжировать по степени дискомфорта и обсудить с клиентом очередность решения проблем.



- В чем заключается конкретная проблема?
- В каких конкретно ситуациях возникает проблема? Если она возникала неоднократно, в какой ситуации клиент больше всего расстраивался из-за нее и выбирал дисфункциональное поведение?
- Почему клиент считает, что это проблема? Почему я считаю, что это проблема?
- Как проблема сочетается с общей концептуализацией клиента? Как соотносится с его целями?



Какая проблема является приоритетной, и с чем работать на ближайшей сессии?

- Та, что вызывает наибольший дистресс в данный момент.
- Которую можно успешно проработать в течение сессии

Изучайте конкретные примеры проявления проблемы!

КПТ - специалисты практически всегда запрашивают конкретный пример проявления проблемы. Это позволяет увидеть эмоциональные, поведенческие и физиологические реакции (+ метакогнитивные), с которыми клиент сталкивается.

1	2	3	4	5
СИТУАЦИЯ	МЫСЛИ	ЭМОЦИИ	РЕАКЦИЯ	
			ФИЗИОЛОГИЯ	ПОВЕДЕНИЕ
Активирующее событие (триггерная ситуация) «Что, где, когда и с кем произошло?»	Какие автоматические мысли появились в связи с активирующим событием, непосредственно перед возникновением эмоции?	Какие эмоции, ассоциированные с активирующим событием, возникли в тот момент?	Какие ощущения в теле при этом возникли? Где именно?	Что я сделал (делал) в этот момент? Как выглядели мои действия со стороны?



- На основании когнитивной модели мы выстраиваем концептуализацию клиента.
- Терапевт приступает к построению модели когнитивной концептуализации пациента уже на первой сессии и продолжает уточнять ее вплоть до завершения терапии.
- Эта живая, непрерывно развивающаяся и дополняющаяся формулировка помогает ему осуществлять наиболее эффективную и целесообразную терапию (Persons, 1989).

Уже в начале знакомства с клиентом терапевт задает себе вопросы:

- Каковы его текущие проблемы; как они возникли и за счет чего существуют?
- Какие дисфункциональные мысли и убеждения клиента поддерживают эти проблемы; какие реакции (эмоциональные, физические и поведенческие) возникли в результате такого искаженного мышления?
- Что привело к развитию расстройства у клиента?
- Какие в его жизни были значимые события, опыт и взаимодействие с окружающими?
- Каковы основные (глубинные) убеждения в отношении себя, мира и людей?
- Каковы его предположения, ожидания, правила и отношения (промежуточные убеждения)?



- Какие стратегии использует клиент, чтобы справиться с влиянием негативных убеждений?
- Благодаря каким автоматическим мыслям, образам и поведению существует это расстройство?
- Как убеждения клиента проявляются в различных жизненных ситуациях и делают клиента уязвимым - подверженным данному расстройству?
- Что происходит в жизни клиента в настоящее время и как он это воспринимает?

Начиная с детства у людей формируются определенные убеждения о самих себе, окружающих и мире в целом.

Самые главные, или глубинные, убеждения — это установки, которые настолько глубоки и фундаментальны, что люди часто не могут их четко выразить и даже просто осознать. Носитель таких идей расценивает их как чистую правду просто потому, что так "есть".

Это фундаментальный уровень убеждений; они всеобъемлющие, укоренившиеся и плохо поддающиеся изменениям, а также сверхобобщенные.



Дети, пытаясь понять себя, окружающих людей и их миры, выстраивают в своем уме организующие понятия. Они активно ищут смысл и постоянно добавляют новые данные в существующие схемы.

Так, если детский опыт преимущественно негативен, дети зачастую начинают приписывать себе отрицательные качества. Если положительного опыта не хватает, они начинают развивать негативный взгляд на себя, мир и окружающих.

Если негативные понятия становятся организующими структурами их разума, дети могут обрабатывать информацию искаженным и дисфункциональным образом, излишне концентрируясь на негативе и не в состоянии обрабатывать положительную информацию.





ГУ Беспомощности (Helpless core beliefs)	ГУ Непривлекательности (Unlovable core beliefs)	ГУ Никчемности (Worthless core beliefs)
Я некомпетентен	Я непривлекательный	Я ничего не стою
Я неэффективен	Я нежеланный	Я бесполезен
Я ничего не могу сделать правильно	Я плохой (для других)	Я плохой (для себя)
Я беспомощен	Я некомпетентный	Я ленивый
Я слаб	Я обречен на одиночество	Я токсичный
Я бессилён	Я обречен быть брошенным	Я безнравственный
Я уязвим	Я изгой (обречен быть отвергнутым)	Я беспринципный
Я жертва	Я неполноценен (поэтому другие не будут любить меня)	Я мусор
Я в ловушке	Я другой (отличаюсь в негативном смысле)	Я ничтожество
Я неудачник	Я урод	Я не заслуживаю жизни
Я недостаточно хорош	Я тупой	Я зло



На основе глубинных убеждений (абсолютизированных, обобщенных, укоренившихся) формируются промежуточные убеждения (которые также зачастую не поддаются четкому выражению словами), включающие отношения, правила и предположения. Эти убеждения влияют на восприятие человеком ситуации, которое в свою очередь определяет способ его мышления, а затем - его эмоции и поведение.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ - Отношения, правила и предположения, с помощью которых человек «справляется» с глубинным убеждением

Пример:

- Отношения: «Остаться одной ужасно»
- Правила: «Любыми способами поддерживать отношения»; «Всегда обращаться за помощью»
- Предположения (допущения): «Если рядом со мной кто-то будет, то все будет хорошо»; «Если я останусь одна, я не справлюсь»



Выявить убеждения можно следующими способами:

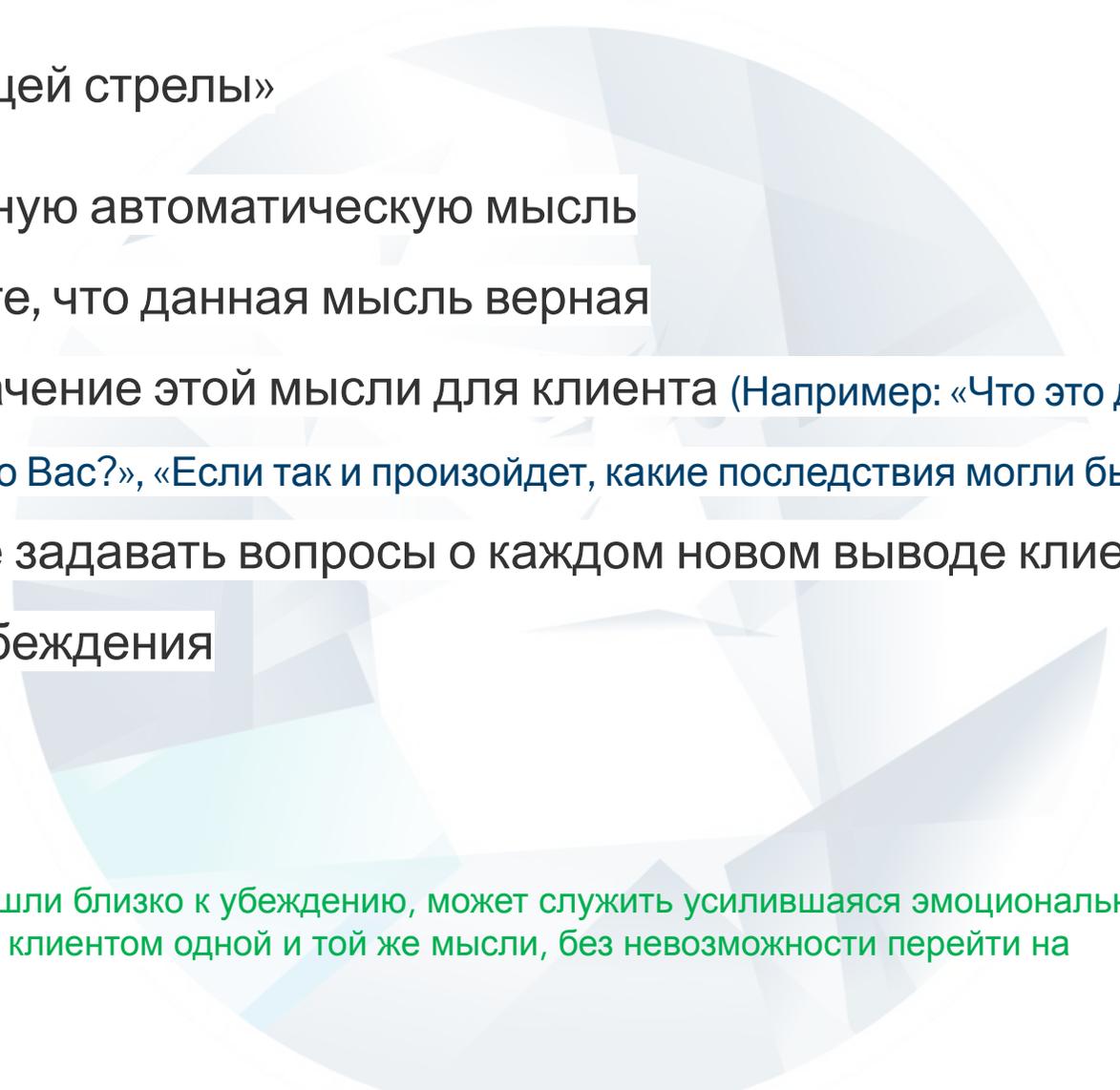
- Распознать убеждение, выраженное в форме автоматической мысли.
- Предложить пациенту первую часть допущения.
- Получить прямой ответ о правиле или об отношении.
- **Использовать технику «падающей стрелы».**
- Изучить автоматические мысли клиента и найти в них общие темы.
- Анализ ответов пациента на вопросы опросника, выявляющего убеждения (ШДО).



- Сначала терапевт выявляет типичные автоматические мысли пациента, которые возникают на основе его дисфункционального убеждения.
- Затем терапевт просит пациента предположить, что автоматическая мысль отражает истинное положение дел, и спрашивает, что означает такой расклад. Обратите внимание: вопрос о том, что для пациента означает автоматическая мысль, часто помогает выявить промежуточное убеждение; вопрос о том, что эта мысль означает по отношению к самому пациенту, обычно помогает выявить глубинное убеждение.
- Эти вопросы терапевт задает пациенту до тех пор, пока не выявит одно или несколько важных убеждений.



Техника «Падающей стрелы»

1. Выявите важную автоматическую мысль
2. Предположите, что данная мысль верная
3. Выясните значение этой мысли для клиента (Например: «Что это для Вас значит?», «Что это говорило бы о Вас?», «Если так и произойдет, какие последствия могли бы у этого быть?») 
4. Продолжайте задавать вопросы о каждом новом выводе клиента, пока не дойдете до убеждения

*Маркером, что вы подошли близко к убеждению, может служить усилившаяся эмоциональная реакция или повторение клиентом одной и той же мысли, без невозможности перейти на уровень ниже.



- Что эта ситуация значит для Вас?
- К чему она может привести?
- И что последует за этим?
- Что это говорит о вас?
- Как это характеризует вас?
- Если это будет так, то что тогда?
- Что плохого в том, что...?
- Что наиболее плохого может произойти вследствие этого?

**Систематическое унижение,
отвержение**

**Какой опыт привёл к развитию
глубинного убеждения?**

**Глубинные убеждения:
«Я слаб, я беспомощен,
неполноценен»**

**Каково ключевое убеждение
пациента о себе?**

**Отношение: Быть слабым опасно
Правило: Если буду сильным,
Скрою свою слабость –
не буду беспомощным**

**Какое предположение
помогает справиться с
глубинным убеждением?**

**Компенсаторные стратегии:
Демонстрация мужественности**

**Какое поведение пациента
помогает
ему справляться с убеждением?**



Если я буду [**применение КС**], то [**мое ГУ не реализуется, все будет хорошо**]

КС - в большинстве случаев обычные поведенческие стратегии, которые бывают у каждого. Клиенты, находящиеся в эмоциональном стрессе, слишком часто прибегают к этим стратегиям в ущерб эмоциональному поведению.

Избегание	Компенсация
Избегать негативных эмоций	Показывать яркие эмоции
Казаться некомпетентным и беззащитным	Пытаться быть совершенным
Избегать ответственности	Быть слишком ответственным
Избегать близости	Искать близости, когда это неуместно
Избегать внимания	Искать признания
Избегать конфронтации	Провоцировать других
Передавать контроль другим	Пытаться контролировать ситуацию
Вести себя инфантильно	Вести себя авторитарно
Пытаться угодить другим	Отдаляться от других или пытаться удовлетворить только себя

- **Капитуляция** – «Я никому не нужна и не буду пытаться что-то с этим делать»
- **Гиперкомпенсация** – «Надо быть все время в отношениях и не дать ему уйти»
- **Избегание** – «Я должна уйти первой, если чувствую что меня бросают»

Примеры

- Избегание (ситуаций, действий и т.д.)
- Навязчивое «сканирование» организма
- Попытки контроля (над мыслями, дыханием, мышцами, внутренними органами)
- Прием алкоголя, наркотиков, злоупотребление психотропными препаратами и т.д.



**Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии**



СЕМИНАР 2. ДЕНЬ 2



РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ. ДЕНЬ 2



- | | |
|-------------------------------------|--|
| • 10.00 - 11.00 Теоретическая часть | |
| • 11.45 - 13.00 Практика | |
| • 13.00 - 14.00 Обед | |
| • 14.00 - 15.45 Теоретическая часть | |
| • 15.45 - 17.00 Практика | |
| | |
| | |
| | |



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРАКТ



Ценности - это давние убеждения клиента о том, что для него является наиболее важным в жизни.

Размышления клиентов о том, что для них важно, помогает определить их стремления и поставить цели.

Это может внушить надежду, мотивировать и помочь преодолеть препятствия и проблемы, с которыми они сталкиваются каждый день.



- Отношения (семья, друзья, интимные отношения)
- Продуктивность (работа вне дома, по дому)
- Здоровье (включая сон, питание, фитнес, употребление алкоголя и др.)
- Самосовершенствование (образование, навыки, культура, внешность, самоконтроль)
- Сообщество (локально или более широко)
- Духовность
- Отдых (хобби, развлечения, спорт), расслабление
- Творчество



- “Что было бы особенно хорошо в [достижении ваших целей]?”
- “Как бы вы отнеслись к себе? Что бы это сказало о вас?”
- “Как бы видели вас другие люди? Как бы изменилось их отношение к вам?”
- Что бы это говорило о вашем будущем?”
- Как бы вы себя чувствовали [эмоционально], если бы все это произошло?



- Каков ваш **обычный день**?
- Что бы вы хотели **изменить в себе** в результате терапии?
- Как бы вы хотели **изменить свою жизнь?** (Сегодня? На этой неделе? В этом месяце? В этом году?)
- Что бы вы хотели **делать иначе?**



«**Если бы вы лучше себя чувствовали**, что бы вы хотели делать иначе...

- на работе/дома/с семьёй/с друзьями
- в духовном/культурном/интеллектуальном смысле
- по поводу вашего физического здоровья
- с вашим свободным временем?»

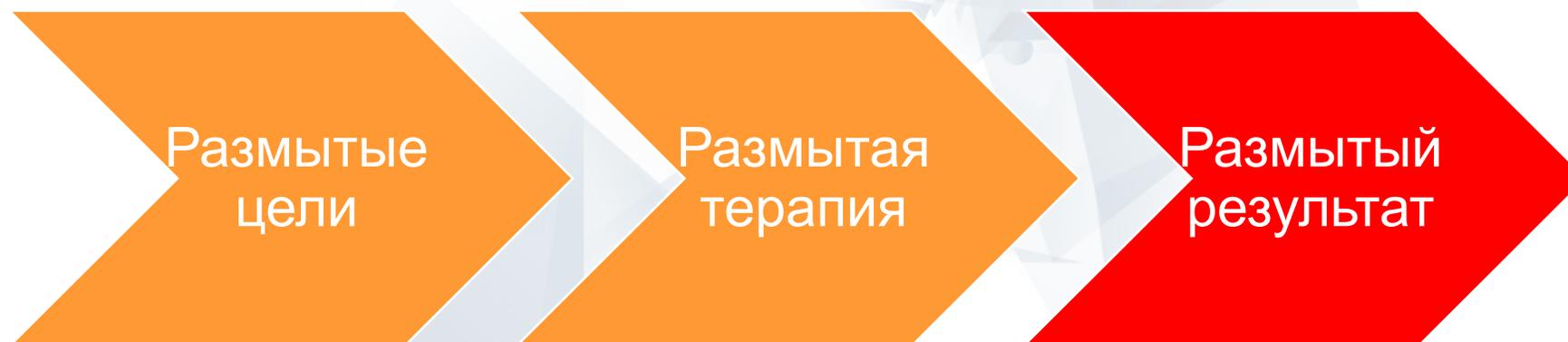


- Разбивайте большие цели на **выполнимые**.
- Убедитесь, что пациент **может контролировать цели**.
- **Не перегружайте клиента. Группируйте вместе цели одного типа.**



Цели терапии - обратная сторона списка проблем, сформулированного с точки зрения изменения поведения.

- Цели терапии формулируются в поведенческих, измеримых понятиях
- Отсутствие описания поведения, которое будет служить показателем желаемых изменений не позволяет адекватно оценивать эффективность терапии
- Для клиента важно понимать последовательность терапевтических действий которые приведут к достижению этих целей





Формулируйте цели максимально конкретно:

~~«Хочу стать счастливой», «Убрать тревогу».~~ Спросите клиента, что он бы делал по-другому, если бы был счастлив? Как бы выглядела его «счастливая жизнь?», «Как бы вы хотели измениться сами или изменить вашу жизнь в процессе терапии?», «В каких сферах для вас важны изменения: экономика, хозяйства, здоровье, общение и т.п.?

Можно предложить клиенту представить (визуализировать) типичный день их будущего, задавая наводящие вопросы для конкретизации обстоятельств. Затем можно выявить различия в их «желаемом дне» и типичным днем настоящего момента.

Ориентируйтесь на цели на клиента, а не на его окружение

~~«Пусть муж перестанет пить», «Хочу, чтобы мать перестала меня бесить!»~~ В таких ситуациях можно предложить клиенту сосредоточиться на цели, находящейся под их контролем.

Иногда клиенты сопротивляются постановке целей, так как придерживаются дисфункциональных убеждений.

- Если я поставлю цель, мне будет еще тяжелее (например, на меня свалится слишком много работы, которую я должен буду выполнять).
- Если я установлю цель, мне придется меняться (значение: сейчас я плохой, неправильный).
- Если я поставлю цель, то в результате мне будет плохо (я не справлюсь и буду чувствовать себя неудачником или неспособным).
- Я не достоин лучшей жизни.
- Постановка целей обесценивает или упрощает мою проблему.
- Ставя цель, я беру ответственность на себя.
- Меняться должен не я, а другие.
- Если я поставлю цель, значит психотерапевт управляет/командует/контролирует меня.

СТРАТЕГИИ РАБОТЫ С СОПРОТИВЛЯЮЩИМИСЯ КЛИЕНТАМИ ВКЛЮЧАЮТ:



- Выявление и реагирование на их автоматические мысли, связанными с установлением цели.
- Помощь в том, чтобы увидеть над чем у них есть контроль, а над чем нет.
- Откладывание установления экзистенциальных целей до тех пор, пока клиент не станет менее симптоматичным
- Предоставление клиентам большего контроля на сессиях, направляя к установлению целей, неразрушительных для терапевтического альянса (например, временно принимая общие или нечеткие цели и т.п.)



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА



Работа в тройках (клиент, терапевт, супервизор)

Общее время: 1ч 30 минут (по 25 минут + 5 минут на обратную связь в каждую сторону)

Клиент: озвучивает жалобу

Терапевт:

1. Выявляет проблемы (используется Протокол №1 “СМЭР” по трем примерам, демонстрирующим проблему)
2. Составляет гипотезу об убеждениях, связанных с данной проблемой. Составляет первичную концептуализацию



Психотерапевтический контракт – это психотерапевтическая методика начального этапа взаимодействия специалиста и пациента, направленная на создание терапевтических отношений.

- Верификация проблемы пациента и его запроса
- Обсуждение:
 - 1) Целей и задач
 - 2) Метода психотерапии, глубины и продолжительности терапии
 - 3) Времени и кратности сессий
 - 4) Оплаты
 - 5) Границ
- Ответственность пациента и психотерапевта в решении поставленных лечебных задач
- Фиксация договоренностей (устная, письменная, в форме договора и т.п.)



Здравствуйте, можно отменить запись на завтра? 13:05 ✓✓

Добрый день, Анастасия. При отмене записи за менее чем 3 дня предоплата не возвращается 13:05

Блин 13:05 ✓✓

А перенести хотя бы можно? 13:05 ✓✓

Можно 13:06

Перенесите, пожалуйста, на 3 дня вперёд на то же время, если возможно 13:06 ✓✓

Хорошо. Записала вас на четверг в 16:00 13:07

Спасибо 13:07 ✓✓

А теперь можно отменить запись? 13:07 ✓✓

1. Начало 5-10 минут
2. Рабочий процесс 30-40 мин
3. Завершение 5-10 мин





1. Как я себя чувствовал в течение недели?
2. О чем произошедшем на этой неделе мне нужно поговорить?
3. О чем мы говорили на прошлой сессии?
4. Есть ли незавершенные вопросы прошлой сессии?
5. Выполнил ли я ДЗ?
6. Над какими вопросами я бы хотел поработать сегодня?

Установление **терапевтических отношений**

- Предоставление психообразование
- Постановка целей
- Ознакомление пациента с когнитивной моделью
- Разрешение текущих проблем/работа в направлении целей
- Выявление, оценка, ответ на автоматические мысли
- Модификация дезадаптивного поведения
- Обучение пациента копинг- стратегиям
- Старт профилактики рецидивов



- Продолжение **предыдущих действий**
- Выявление/осмысление/модификация **дезадаптивных предположений/убеждений** совместно с клиентом
- Выявление/ осмысление /модификация **дезадаптивных компенсаторных стратегий** совместно с клиентом



- **Продолжение** предыдущих действий
- **Подготовка** клиента **к завершению**
- **Разбор** прогнозируемых трудностей
- Обучите **самотерапии**.
- Определите **ранние предупреждающие признаки** рецидива/повтора.
- **Разработайте план для рецидива/повтора (включая график ожидаемого прогрессирования)** совместно с клиентом



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА



Работа в тройках (клиент, терапевт, супервизор)
Общее время: 1ч 30 минут (по 25 минут + 5 минут на обратную связь в каждую сторону)

ПРОДОЛЖЕНИЕ

Терапевт:

1. Сформулируйте и согласуйте с клиентом цели терапии
2. Обсудите с клиентом, за счет чего эти цели могут быть достигнуты (когнитивную модель, по возможности, план терапии)



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

Дополнительно:
**Выявление и оценка автоматических
мыслей.**
Протокол N°2 “ЭМУУМЭ”

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ:

1. Опросы
2. Сосредоточение на эмоциях и соматических ощущениях
3. Использование воображения
4. Использование ролевых игр
5. Выявление образов

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

1. Предположение клиента о возможных мыслях, которые могли быть в активирующей ситуации
2. Варианты, предложенные терапевтом
3. Предложение мысли, обратной ожидаемой

- **Вопросы, направленные на оценку достоверности мысли:**
 - Какие есть доказательства того, что данная идея верна?
 - Какие есть доказательства того, что она неверна?

- **Вопросы, направленные на поиск альтернативных интерпретаций и точек зрения:**
 - Какое альтернативное объяснение ситуации можно дать?
 - Могут ли существовать другие причины?
 - Как вы думаете, другие люди тоже восприняли ситуацию только таким образом? Что они могли бы подумать?

- **Вопросы, направленные на определение последствий убежденности в автоматической мысли:**
 - Что самое худшее может произойти?
 - Как ваши мысли влияют на вас?
 - Какие последствия вашей убежденности в автоматической мысли?
 - Что произойдет, если вы поменяете образ мысли?
- **Вопросы, направленные на дистанцирование от собственных мыслей:**
 - Что вы бы сказали (имя друга), если бы он оказался в такой ситуации?
- **Вопросы, направленные на поиск решения проблемы:**
 - Что вы можете сделать, чтобы решить проблему?
 - Что я могу сделать сейчас?

Д Э/Ф/П	ДМ	ДУ	ФУ	ФМ	ФЭ/Ф/П
Дисфункциональные Эмоции/Физиология/ Поведение (%)	Дисфункциональные Мысли (%)	Дисфункциональные Убеждения (%)	Функциональные Убеждения (%)	Функциональные Мысли (%)	Функциональные Эмоции (%)



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА



Работа в тройках (клиент, терапевт, супервизор)

Общее время: 1ч 30 минут (по 25 минут + 5 минут на обратную связь в каждую сторону)

Задача терапевта:

1. Определить наиболее важную автоматическую мысль (мысли).
2. Оценить степень доверия к автоматическим мыслям в %.
3. Провести оценку (диспуты) важных автоматических мыслей (используя **«сократовские» вопросы**)
4. Оценить степень доверия к автоматическим мыслям (в %) после диспута



ТиН 1. “Сбор анамнеза. Иерархия проблем и постановка целей терапии.”

ТиН 2. “Обучение навыку выявления автоматических мыслей. Протокол СМЭР”



ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ



1. Чтение дополнительной литературы
(глав по теме)

2. По результатам обсуждения с группой:

Выявление собственных проблем
постановки целей, составления
собственного терапевтического плана

3. Заполнение анкеты обратной связи
<https://forms.yandex.ru/u/643e673543f74f02192f8e34/>

МАТЕРИАЛЫ



Когнитивная концептуализация

Пример первоначального интервью для
когнитивно-поведенческой терапии (Первое
интервью)

Пример терапевтического контракта К. Добсон , Д.
Добсон 2018 г

Протокол СМЭР

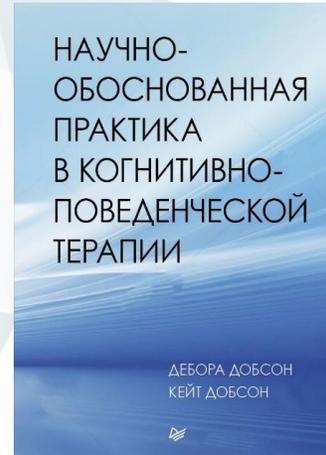
Протокол ЭМУУМЭ

Статья Кристин Подески «Изменение убеждений
или направляемое открытие»

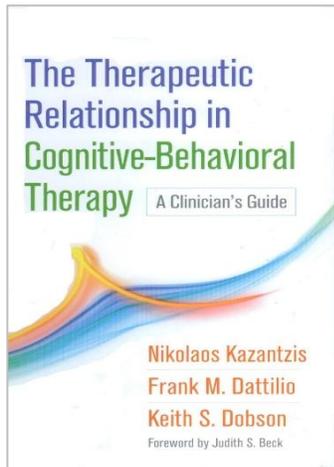
Форма когнитивно-поведенческой
концептуализации случая



Дж. Бек:
Когнитивно-поведенческая
терапия. От основ к
направлениям



Дебора Добсон, Кейт
Добсон:
Научно-обоснованная
практика в когнитивно-
поведенческой терапии



Nikolaos Kazantzis:
The Therapeutic
Relationship in
Cognitive-Behavioral
Therapy



КОНТАКТЫ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии



[Сайт АКПП](#)



[Расписание программ](#)



[Вконтакте](#)



[Книги и видеосеминары](#)



[Телеграм](#)



[СВТ центры](#)