



Введение в когнитивно-поведенческую терапию

Лакомская Анна Владимировна

К.пс.н, клинический (медицинский) психолог

КПТ терапевт

lakomskaia@list.ru

История КПТ

- 1903г. – И.П. Павлов – представление теории высшей нервной деятельности.
- 1913г. – Джон Уотсон – идея «стимул-реакция»
- Скиннер формула - «С—О—П»: ситуация (или стимулы) провоцирует ответ (например, в виде поведения), влекущий за собой последствия, которые действуют с обратной силой на то, как мы прореагируем в будущем на подобный тип ситуаций.
- Теорию оперантного научения.

История КПТ

ПЕРВАЯ ВОЛНА

- Бихевиоризм- “наука о поведении” людей и животных.
- Бихевиаристы утверждали, что объективно-измеряемыми понятиями являются только стимул и поведение. При этом утверждалось, что человеческий мозг является “черной коробкой” (Скиннер)
- «возражение против внутренних состояний заключается не в том, что они не существуют, а в том, что они не имеют значения для функционального анализа». (Ф. Скиннер). В этом анализе вероятность реакции выступает как функция внешних воздействий — как прошлых, так и настоящих.



Ива́н Петро́вич Па́влов
(14 (26) сентября 1849— 27
февраля 1936)
русский и советский учёный,
физиолог,
создатель науки о высшей
нервной деятельности,
лауреат Нобелевской премии
1904 года
«за работу по физиологии
пищеварения»

Бёррес Фре́дерик Скíннер
(англ. Burrhus Frederic Skinner;
20 марта 1904 — 18 августа 1990)
американский психолог



Когнитивный бихевиоризм Э. Толмена

- Эдвард Толмен — американский психолог, представитель необихевиоризма, автор концепции «когнитивных карт» и создатель когнитивного бихевиоризма.
- Он отвергал закон эффекта Э. Торндайка, считая, что вознаграждение (поощрение) оказывает слабое воздействие на научение. Вместо этого Э. Толмен предложил **когнитивную теорию научения**, предполагая, что повторяющееся выполнение одного и того же задания усиливает создаваемые связи между факторами окружающей среды и ожиданиями организма.
- Толмен предположил, что поведение является функцией *пяти основных независимых переменных*: стимулы окружающей среды, психологические побуждения, наследственность, предшествующее обучение и возраст.
- Он считал, что бихевиористская модель S-R должна быть дополнена. По его мнению, формула поведения должна состоять не из двух, а из трех членов, и поэтому выглядеть следующим образом: стимул (независимая переменная) — промежуточные переменные (организм) — зависимая переменная (реакция), т.е. **S-O-R**.

История КПТ

ВТОРАЯ ВОЛНА

- В 60-70 гг. XX-го столетия появляются новые данные о мозге и когнитивных процессах.
- Развиваются компьютерные науки (знания о мозге и когнитивных процессах кладутся в основу составления компьютерных программ, в свою очередь мозг и когниция объясняются по аналогии с компьютером) и теперь уже становится невозможным относиться к мозгу, как к черной дыре.
- Как следствие, работы Пиаже и его учеников, описывающие когнитивные процессы занимают все большее место в работе психолога.
- Работы Выготского активно переводятся на другие языки и занимают прочное место в западной академической психологии.
- В психотерапии, Аарон Бек развивает когнитивную теорию, а Альберт Эллис рационально-эмотивную теорию, впоследствии объединенные в когнитивно-поведенческую терапию (CBT). Главный упор в этих теориях делается на когнитивные процессы, во многом определяющие психику человека, его личность, поведение и психопатологию.



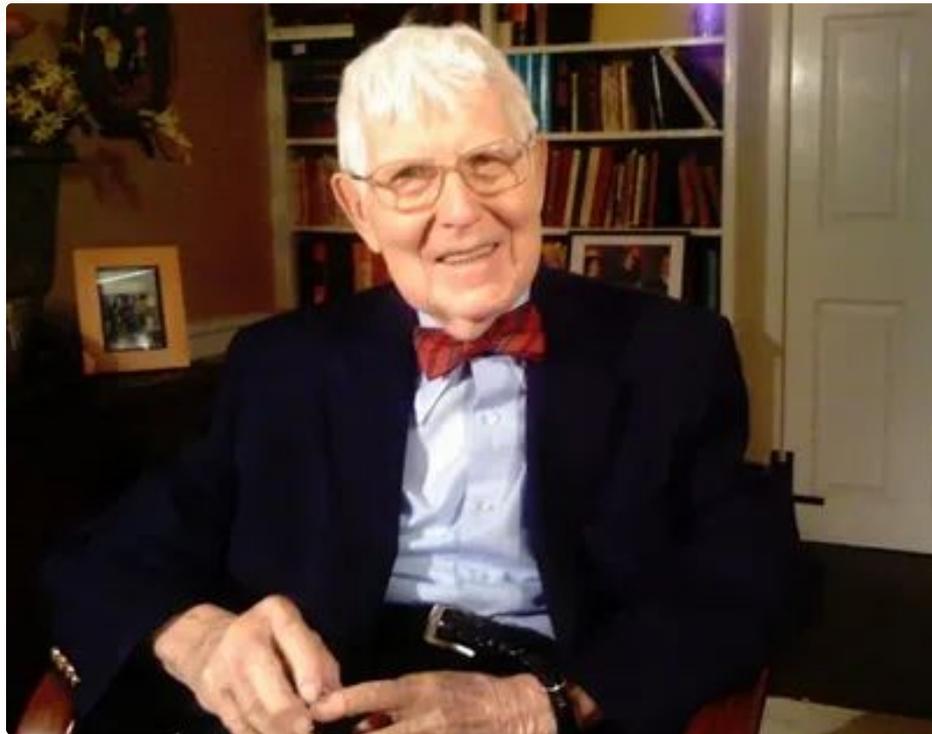
Альберт Эллис

(англ. Albert Ellis; 27 сентября 1913 — 24 июля 2007)

американский психолог и когнитивный терапевт, автор рационально-эмоциональной поведенческой терапии (англ. rational emotive behavior therapy), подхода в психотерапии, рассматривающего негативные эмоции и дисфункциональные поведенческие реакции как появляющиеся не вследствие опыта самого по себе, а вследствие интерпретации этого опыта, то есть как результат неверных когнитивных установок — иррациональных верований (англ. «irrational beliefs» — см. Модель ABC). Также был известен как сексолог и один из идеологов сексуальной революции.

Альберт Эллис 1913-2008

- Рационально-эмотивно-поведенческая терапия
- Основоположником рационально-эмотивной психотерапии является Альберт Эллис.
- Первоначальный её вариант, созданный в 1955 г., Эллис назвал рациональной терапией, но уже в 1961 г. переименовал её в рационально-эмотивную терапию (РЭТ), поскольку полагал, что данный термин точнее отражает суть этого направления психотерапии.
- Через тридцать с небольшим лет (в 1993 г.), после широкого внедрения поведенческих техник в практику РЭТ, А. Эллис решил добавить в название своего метода слово «поведенческая»: рационально-эмоциональноповеденческая терапия – РЭПТ (второй вариант перевода на русский – рационально-эмоционально-бихевиоральная терапия, РЭБТ).



Аарон Темкин Бек
(англ. Aaron Temkin Beck;
18 июля 1921— 1 ноября 2021)

Американский психотерапевт, профессор психиатрии Пенсильванского университета.

Создатель когнитивной психотерапии, одного из направлений современного когнитивно-бихевиорального направления в психотерапии, крупный специалист в области лечения депрессий.

Аарон Бек

(18 июля 1921 – 1 ноября 2021)

- Основы когнитивной психотерапии были разработаны Аароном Беком в 60-х г.г. XX в. Бек родился в июле 1921 г. в Провиденсе (США) в семье эмигрантов из России. В 1946 г. получил диплом врача, с 1950 г. начал практиковать в качестве психиатра. С 1954 г. Бек преподает психиатрию в медицинской школе университета штата Пенсильвания, в 1959 г. получает должность ассистента, в 1967 г. становится доцентом, а в 1971 г. – профессором. Начальный этап развития когнитивной психотерапии приходится на период с 1960 по 1963 гг.

- Латинское слово cogito означает думать, cognition – знание или познание. Термином «когнитивный» обозначают процессы получения, обработки, оценки и хранения информации, полученной из внешней и внутренней окружающей среды. Вероятно, самым близким эквивалентом слова «познание» является термин «мышление», но сюда включены и такие высшие нейрокогнитивные функции, как внимание и память. Большая часть обработки информации происходит на бессознательном уровне, поэтому мы отличаем сознательные и бессознательные когнитивные процессы, в то время как понятие «бессознательное мышление» обычно не используется.
- Подобно тому, как поведенческая психотерапия фокусируется на анализе и изменении поведения, когнитивная психотерапия направлена на анализ и модификацию мышления, идей, убеждений, представлений. Основным теоретическим основанием когнитивной психотерапии является тезис когнитивной психологии «Организм реагирует прежде всего не на свое окружение, но на мысленное представление своего окружения» (Mahoney, 1974). Это мнение можно найти уже в римской философской школе стоиков, представитель которой Эпиктет сказал: «Нас беспокоят не сами вещи, а наше представление о вещах».

Объединение

- В начале 1980-х гг. авторы А.А. Lazarus, О. Meichenbaum, М. Mahoney попытались объединить оба психотерапевтических подхода в одно направление, которое сочетало бы в себе терапевтические процедуры обоих направлений, что позволило бы повысить эффективность психотерапии. Эта интеграция прошла успешно, и когнитивно-поведенческая психотерапия с тех пор превратилась в уважаемое психотерапевтическое направление с широким применением в лечении различных психических расстройств.
- Основываясь на теории, получается, что причинами психологических проблем являются некорректные способы поведения и мышления. Ошибочные способы мышления и поведения усваиваются и поддерживаются узнаваемыми внешними и внутренними факторами. При успешной психотерапии пациент может отказаться от своих ошибочных способов поведения и мышления и обучиться новым, более подходящим, что позволит ему лучше решать проблемы.

ПЕРВАЯ ВОЛНА



ИЗМЕНЕНИЕ
ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ

ВТОРАЯ ВОЛНА



ВЫЯВЛЕНИЕ И
ИЗМЕНЕНИЕ
ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
УБЕЖДЕНИЙ

ТРЕТЬЯ ВОЛНА



МЕТАКОГНИТИВНЫЕ
СПОСОБНОСТИ
ЧЕЛОВЕКА,
ОБЩЕПРИМЕНИМЫЕ
ЖИЗНЕННЫЕ НАВЫКИ

Основными течениями третьей волны являются:

1. Когнитивная терапия основанная на осознанности – Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
2. Основанная на осознанности редукция стресса – Mindfulness Based Stress Reduction (KabatZinn, 1990).
3. Терапия принятия и ответственности – Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
4. Диалектико-поведенческая терапия – Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).
5. Функционально-аналитическая терапия – Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).
6. Схемотерапия – Schema Therapy (Young, 1990).
7. Десенсибилизация и переработка движениями глаз – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989)
8. Метакогнитивная терапия – Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).

Человек в КПТ подходе

- Нейрохимия головного мозга
- Биохимия (работа нейрогуморальной системы)
- Нейрогенез – формирование новых нейронных связей в нейронных сетях



Поведение
(внутреннее и внешнее)

В рамках КПТ, терапевт имеет дело с поведением, как объектом для работы.

Поведение - психологическая реальность - единство внутреннего и внешнего, интегрирующего все составляющие человека в био-психо-социо-ноэтической (духовно-нравственной) модели его природы, развития, благополучия и нарушения здоровья.

(Г. В. Залевский, психотерапевт и супервизор когнитивно-поведенческой психотерапии, автор монографии «Основы бихевиорально-когнитивной психотерапии и консультирования», д. пс.н., профессор, член-корр. РАО, Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования, 2006г.)

Когнитивно-поведенческое направление:

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

Основная работа – прояснение взаимодействия лидирующих подсистем человека:

- Телесно-эмоциональной (физиологические реакции, чувства и эмоции)
- Когнитивной (мысли, воспоминания, ожидания, принципы, установки, внутренние правила)
- Двигательной, речедвигательной (действия, реакции).
- Психосоциальной (проблемы межличностных отношений, социальные роли).
- Духовно-нравственной составляющей поведения (ценности и смыслы).

Поведение:

- **Восприятие:**
- **Оценка ситуации:** 80-120 м/с
(см. "Нейропсихология" Е.Д.Хомская)
- **Оценка себя в ситуации:**
- **Эмоция:** 23-25 сек
- **Эмоциональное отношение (метакогниции):** обуславливает снижение или увеличение интенсивности эмоции.
- **Действия:**
- **Последствия:**

Вопросы:

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

- Человек адаптируется и превращает все стимулы внешней реальности в свою внутреннюю – т.е. формирует ту действительность, которая ему привычна (созвучная внутренним убеждениям, представлениям)!
- Здоровая личность характеризуется адаптивным (РАЗНООБРАЗНЫМ и ОСОЗНАННЫМ! РЕАЛИСТИЧНЫМ) восприятием, реагированием и поведением,
- а расстройство - результат неадаптивного (ОДНООБРАЗНОГО! ФИКСИРОВАННОГО! ПРИВЫЧНОГО! НЕОСОЗНАННОГО! НЕРЕАЛИСТИЧНОГО) поведения, появившееся в результате такого научения, которое сформировало искаженный опыт восприятия, реагирования и поведения.

В норме:

- Восприятие: я ошибаюсь/ это странно/это другой-плохой
- Оценка ситуации: разнообразная
- Оценка себя: нейтральная
- Эмоции: функциональные
- Эмоциональное отношение: функциональное
- Действия: оптимальные

Задача:

- Найти **однообразное, фиксированное** восприятие/оценку/отношение

→ ригидность

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

- В течении жизни человека формируются когнитивные структуры – устойчивые и не всегда в фокусе внимания (убеждения, установки, представления).
- В процессе **личностной переработки** **любая информация искажается** – и это норма!
- Такое искажение становится проблемой, если в результате вызывает стойкие негативные переживания и приводит к нарушению процесса адаптации человека.

Аарон Бек, Джудит Бек:
когнитивная терапия (1964)

Дисфункциональная когниция

– любая мысль, которая вызывает отрицательные, сверхинтенсивные, дезорганизирующие эмоции (реагирование, действия и т.д.):

3 вида:

- **Автоматические мысли** – проявление глубинных дисфункциональных когниций, возникают автоматически, быстро, повторяются.
- **Промежуточные убеждения** – система внутренних отношений, правил и предположений (долженствования).
- **Глубинные убеждения** – когнитивные образования – несут оценочную функцию (хорошо или плохо, правильно-неправильно, можно-нельзя), находятся **вне фокуса сознания**, и приводят к негативным реакциям.

Появление дисфункциональных когний

- Мнение становится убеждением по двум путям:
 1. накапливается, много раз сталкиваясь с негативным опытом
(медленный способ)
 2. оказался в эмоционально ярком состоянии и получил это мнение
(быстрый способ)

Цель и задачи КПТ

Овладение и закрепление навыков самоменеджмента, т. е. навыков организации жизни, анализа и решения проблем в будущем – стать компетентным в данных областях:

- **Самонаблюдение** (~~самокопание, самокритика, самоуничижение~~ и т.д.);
- **Самооценивание** – положительное или нейтральное (критическая саморефлексия), а не ориентация на мнение окружающих людей или фиксация на своих ощущениях.
- **Самоинструментирование и Самоподкрепление** (
 - нет пассивной позиции – всё сам);
- **Владение техниками самопомощи** (а не требование или ожидание помощи от окружающих).

Позиция КПТ терапевта –
мягкая директивность, т.е. партнерство для
получения результата.

Мы со-исследователи, которые вместе осуществляют
движение к поиску решения проблемы (принципы со-
активности и со-ответственности)!

- а как...?
- а почему так...?
- вот тут объясните (поясните)...?
- как у вас так устроено...?
- если у вас такое отношение, то отчего так...?
- отвечает ли это действительности...?

**Людам легче изучать себя, если терапевт проявляет
непосредственную заинтересованность, обращая
внимание пациента на те аспекты проблем, которые
самим пациентом не рассматриваются!**

Отличие психотерапии от беседы с другом:

- Профессиональный контакт
- Терапевтический контракт

Основания для психотерапии:

- Жалоб НЕ ДОСТАТОЧНО!
- Нужна готовность узнавать себя и что-то о себе, искать причины и меняться (разбираться, познать, выяснить, понять, изменить, попробовать по-другому) является основанием для психотерапии!

- Контакт – создание условий эмоциональной безопасности (заинтересованность, техники активного слушания, информирование о правилах, эмоциональная поддержка).
- Контракт – система договоренностей с пациентом - создание условий для изменения пациента – для расширения его самопонимания и возможности поведенческих экспериментов.
- Без системы договорённости – нет психотерапии.
- Контракт регулярно пересматривается.

Ответственность терапевта

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

Ответственность клиента

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

Этапы КП терапии

1) Создание рабочего альянса.

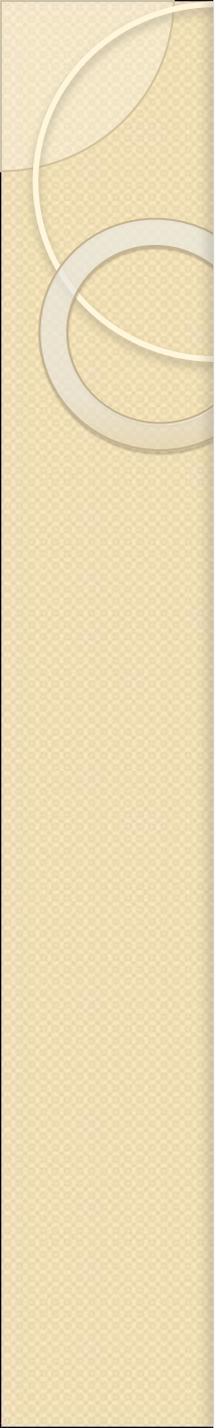
★ Объяснить зачем всё это.

Приобщение к философии КПТ. Проясняем как КПТ понимает человека, его поведение. Предлагаем заинтересоваться собой и поискать источник проблем.

2) Поиск глубинных дисфункциональных убеждений - когнитивных структур.

3) Изменение на новые оценки и когниции (Когнитивная реструктуризация).

Тренировка по отслеживанию ошибок мышления, неэффективных паттернов поведения и остановке их. Обучение влиять на вызывающие и/или сдерживающие изменения проблемы: учим базовым навыкам и умениям самопонимания и организации жизни).



Критерии наличия пациента:

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

Должны присутствовать все 3!!!!

Если нет – консультация с психоэмоциональной поддержкой и информированием.

Начало работы

- Общие запросы переводим в **конкретную ситуацию.**
- «низкая самооценка», «неуверенность в себе», «паническая атака», «чувство вины» и т.д.):
- **Опишите, в какой конкретной ситуации у вас это происходит?**
- **Самую последнюю ситуацию?**
- **Самую яркую ситуацию?**

Второй «поисковый» этап КПТ: формирование навыка самонаблюдения

- После создания **рабочего альянса**, при условии контракта и приобщения к философии КПТ.
- **Поиск и отслеживание автоматических, а затем и промежуточных когниций (убеждений)!**
- Учим отслеживать автоматические мысли (разные!) и соотносить их с чувствами, физиологическими реакциями и поведением (останавливать их; переосмысливать, переформулировать и т.д.)!
- **Влияние на мысли**: учим базовым навыкам и умениям самопонимания, самоанализа, самокоррекции.

Схема А-В-С-Д-Е (SMER): обучаем и помогаем заполнять!

- **А** – активирующее событие (время, пространство: где именно ситуация происходит? Время? Что в это время я вижу? Что в это время я слышу?)
- **В** – мысли: Какие мысли в голове в тот момент! Разные!
- **С** - негативное чувство или переживание (может быть несколько 2-3). Что я чувствую в данный момент? Какое чувство в этот момент?

Определяем **интенсивность (шкалируем)**

- **Д**- фиксируемое (наблюдаемое!) действие: В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие действия я совершаю?
- **Е** – физиологические ощущения: В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие ощущения в теле (жар-холод, онемение, сжатие, напряжение – ГДЕ? В какой части тела?)

ЦЕЛЬ техники:

- Овладеть **навыком отделять** мысли от чувств и интерпретаций, свои реакции, в том числе физиологические → самоанализ
- Обучаем **опознавать (называть)** свои переживания (чувства).
- Обучаем **размышлять и обобщать всю** информацию о себе.
- Большинство людей думают, что чувство раньше, чем мысль и не видят взаимосвязь когниций и чувств!
- Обучаем **анализировать информацию и рассуждать о первичных дисфункциональных когнициях (АМ)!**

Упражнение:

- **А** – активизирующее событие: Где именно ситуация происходит? Время? Что в это время я вижу? Что в это время я слышу?

- **В – мысли:** Какие мысли в голове в тот момент! Зафиксировать 7 - 10-15 мыслей.

- **С- негативное чувство или переживание:** Что я чувствую в данный момент? Какое чувство в этот момент?

Определить **интенсивность чувства**
(баллы/проценты)!

- **Д- фиксируемое (наблюдаемое!) действие:** В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие действия я совершаю?

- **Е – физиологические ощущения:** В это время и этом месте, когда я это чувствую – какие ощущения в теле? В какой части тела?)

- **Резюме** – что было важно? Полезно? Как это помогает?

Когнитивное прояснение:

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

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

Упражнение :

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

1) Узнайте **точное значение:**

Что это значит для него?

2) Определить **главные (2-5) признаки:**

Как это человек узнает?

По каким конкретным проявлениям / признакам он это определяет?

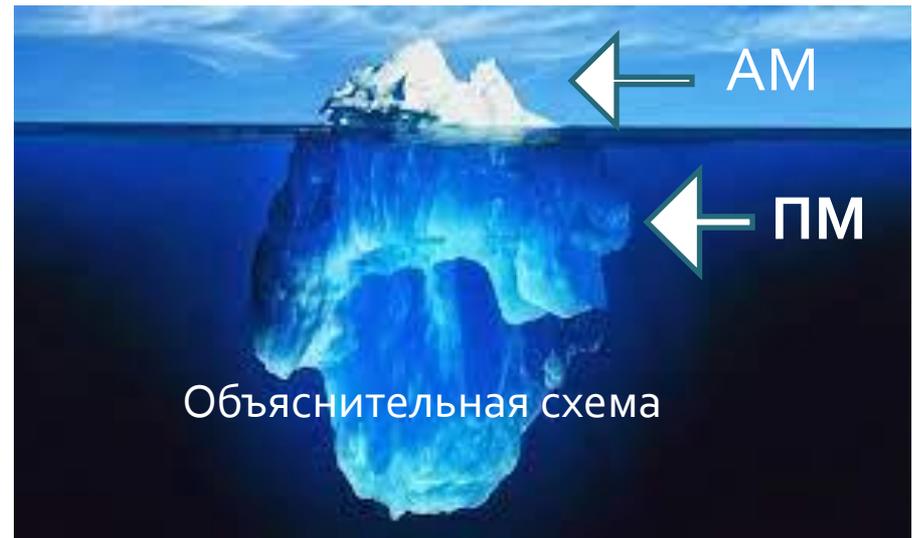
3) Проясните отношение (**оценку и чувство**) пациента к этой информации.

Что пациент думает об этом (как оценивает)? Что чувствует в связи с этим?

4) Обсудите результаты.

Промежуточные мысли

- Для формулирования ПМ задаём вопрос к АМ



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

Упражнение:

К каждой автоматической мысли из схемы АВСДЕ задать такой вопрос:

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

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

Формируем навык обобщения информации:

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

Цель 2 этапа КП терапии: **концептуализация**

Задача терапевта помочь пациенту сформулировать дисфункциональные глубинные убеждения/когниции:

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

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

Cognitive Conceptualisation Diagram

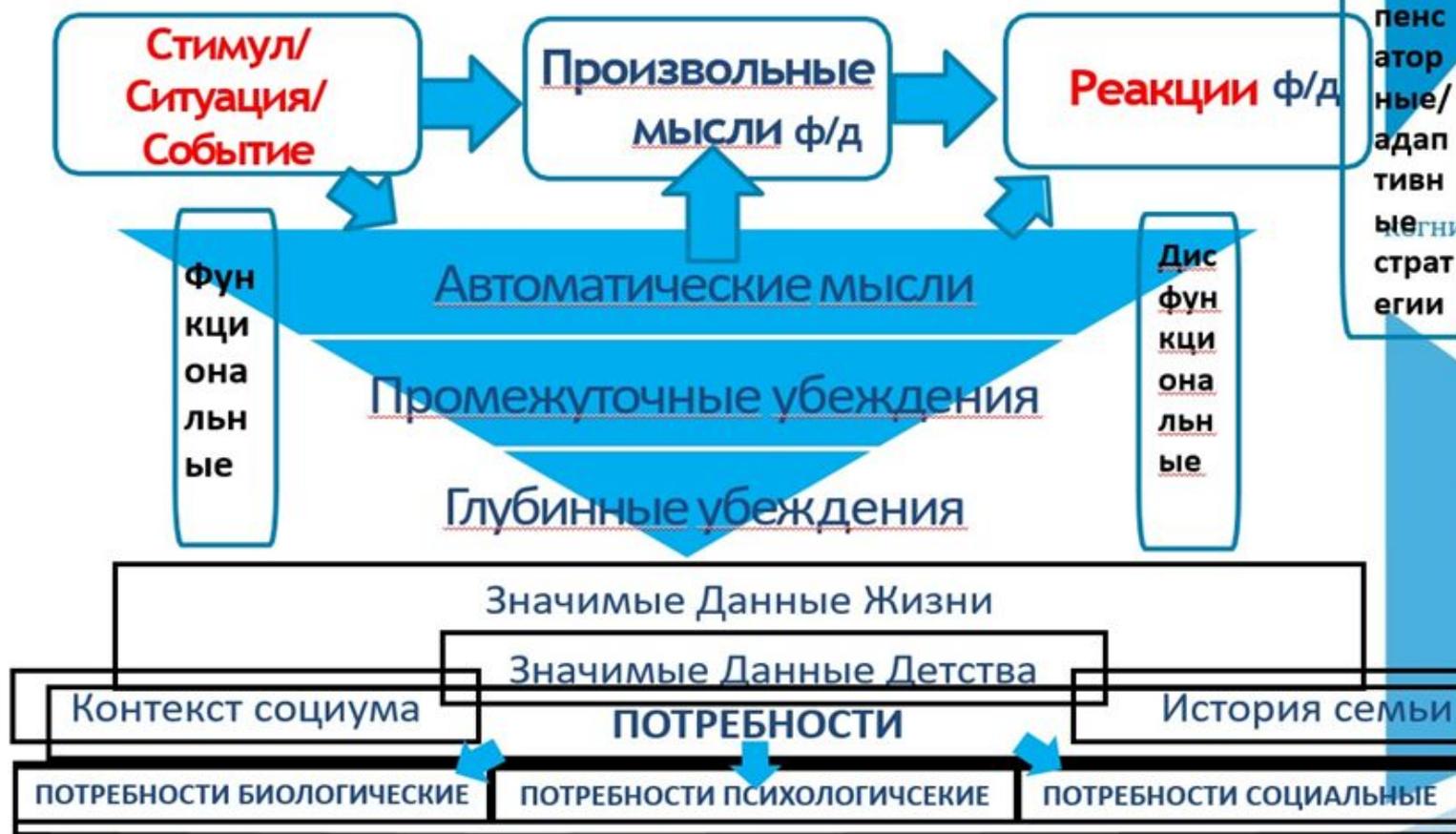
(Judith Beck, 1993)



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
www.associationcbt.ru



Модель концептуализации АКПП



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
www.associationcbt.ru

Ковпак
Д. В.,
Зрютин
М. А.,
АКПП
2020, ©

Технология концептуализации:

С нашей мягкой директивной помощью выполняем технику.

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

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

- **Долженствование к себе**

(Когда в голове такие мысли (Когда происходит эта ситуация), каким он (она) должен быть в этой ситуации?)

- **Долженствование к людям**

- (Когда происходит эта ситуация, какими окружающие должны быть в этой ситуации? или Если вы должны быть таким, то какими должны быть окружающие люди?)

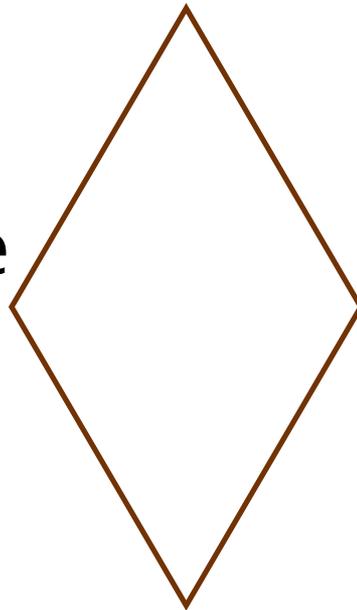
- **Глубинное убеждение о мире/людях**

(Когда ты такой и должен быть таким, каким **представляется/ кажется/ воспринимается** окружающий мир и люди в нем?)

Итог концептуализации: КОГНИТИВНАЯ СХЕМА ПАЦИЕНТА

Негативная Установка (Я глупый!)

Должен-е о себе
(Я должен быть умным!)
понимать!)



Должен-е о людях
(Люди должны меня

Убеждение о мире\людях
(Мир враждебный и люди конкуренты друг другу)

Упражнение. Концептуализация когнитивной схемы

Прочитайте пациенту из схемы ABCDE список автоматических (АМ) и промежуточных (ПМ) мыслей и попросите его сформулировать:

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

Глубинное дисфункциональное убеждение:

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

3 критерия иррациональности суждения (когниции):

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

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

Технология падающей стрелы (Барн, 1980)

выявление промежуточных
и глубинных убеждений.

- 1) **Выделить любую (одну) негативную мысль** из списка автоматических или промежуточных и работать по ней...!
- 2) К **выделенной мысли** задаем вопрос Падающей стрелы и просим сформулировать любой ответ, приходящий в голову пациенту в данный момент (обязательно фиксируем-записываем, клиент тоже может фиксировать).

3) К полученному ответу задаем следующий вопрос и фиксируем ответ.

Далее...

К ответу задаём следующий вопрос и так до тех пор пока не получим **похожие** формулировки и убеждения или **настроение человека не изменится** (чаще, может возникнуть беспокойство, замешательство, удивление, недовольство).

- Важно! Не дать пациенту увести вас от негативного убеждения
- (т.е. не допускать фиксации на позитивных мыслях, НО! всячески подкреплять их!)
- В конце концов просим прочитать весь список ответов пациента, обобщить информацию и сформулировать (или выбрать имеющееся) **негативное представление о себе, долженствования о себе, долженствование о людях и убеждение о мире/людях** (выстроить когнитивную схему).

Вопросы падающей стрелы:

- **Что это значит для Вас?**
- **Когда вы думаете так....., что вы думаете о себе?**
- **Когда вы думаете так....., на каком основании вы это думаете\говорите?**
- **Когда вы думаете так, что вы думаете о мире?**
- **Когда вы думаете так....., что вы думаете о своей жизни?**
- **Когда вы думаете так....., что вы думаете о других?**
- **Когда вы думаете так....., каким вы должны быть? Или (Как должно быть?)**

Падающая стрела 2 – классическая (Барн, 1980 год)

Сначала соглашаемся с АМ пациента:

- ***Давайте предположим, что это так! Действительно, может так быть – и тогда что?***
- ***Допустим, это так, и что это говорит о вас?***
- ***И?... Что это значит?***
- ***Предположим, это так... И что?***
- ***Так... И что надо сделать? (Как должно быть?)***
- Критерии окончания Падающей стрелы: а) получение похожих формулировок и убеждений, б) настроение человека меняется (чаще, ухудшается – он грустнеет).

3 вар. Падающая стрела

(Кочетков Яков Анатольевич, Москва,
Центр когнитивной терапии)

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

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

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

У человека есть **ВЫБОР**, а он им не пользуется! Почему? Объясни».

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

ЗНАНИЯ – повод начать что-то делать!
Приобретать новые навыки.

Дмитрий Викторович Ковпак

Изменение когниций

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

Изменение установок с помощью схемы АВСДЕ:

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

Когнитивные искажения - систематические ошибки в суждениях под влиянием эмоций

- 1. **Персонализация** - склонность интерпретировать событие в аспекте личных значений. Например, люди с повышенной тревожностью считают, что события, совершенно с ними не связанные, касаются их лично или направлены против них лично.
- 2. **Дихотомическое мышление.** Человек склонен мыслить крайностями в ситуациях, задевающих его чувствительные места, при вероятности опасности. Человек воспринимает мир в контрастных красках, отвергая полутона, нейтральное эмоциональное положение.
- 3. **Выборочное абстрагирование (извлечение).** Возведение в положение правила ситуаций на основе детали, извлеченной из общего контекста, при игнорировании другой информации. Например, на шумной вечеринке молодой человек начинает ревновать свою девушку, которая наклонилась к другому человеку, чтобы лучше его расслышать.
- 4. **Произвольные умозаключения** - бездоказательные или противоречащие очевидным фактам умозаключения. Например, работающая мать в конце тяжелого рабочего дня делает вывод: "Я - плохая мать".
- 5. **Сверхгенерализация** - неоправданное обобщение на основе единичного случая. Например, после неудачного свидания женщина делает вывод: "Все мужчины одинаковы. У меня никогда ничего не получится в отношениях с мужчинами".
- 6. **Катастрофизация** - преувеличение последствий каких-либо событий. Например, человек думает: «Эти люди обо мне плохо подумают - это будет просто ужасно!»

Просим клиента:

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

NB!

- Важно проговорить с клиентом, что у него могут быть ложные ожидания и представления, что привычные негативные мысли быстро и легко исчезнут (?!) – **это НЕ так!**
- Люди редко могут контролировать первые мысли или первое восприятие и оценку, которая появляется в голове, **НО!!!**
- Человек **ВСЕГДА** ! может контролировать вторую мысль, третью оценку, отношение к своим мыслям, оценкам, чувствам.

Просим клиента:

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

В современной КПТ есть два важных условия, обеспечивающих расширение самопонимания пациента и создающие **возможность изменений убеждений** (когнитивной реструктуризации).

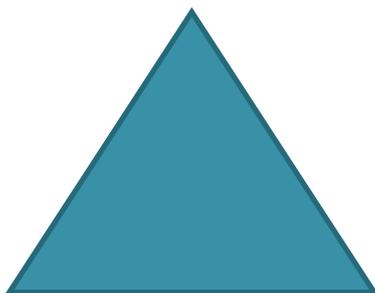
- Понимание пациентом причинно-следственных связей
- Историческая перспектива убеждения

Причинно-следственные связи:

Сформулированные дисфункциональные убеждения (когнитивная схема).

- Просим пациента найти СВЯЗЬ между:

УБЕЖДЕНИЯМИ (когнитивной схемой)



**СИМПТОМОМ
(ЖАЛОБОЙ/
ПРОБЛЕМОЙ)**

**АКТУАЛЬНОЙ ЖИЗНЕННОЙ
СИТУАЦИЕЙ/ОБСТОЯ-МИ.**

- Потенцировать, побудить пациента размышлять и формулировать гипотезы, любые предположения (Как это связано?)
- Вместе с пациентом рассуждать и анализировать (объясни – ПОЧЕМУ ТАК? ЗАЧЕМ ЭТО НУЖНО?)

Упражнение.

Причинно-следственные связи.

- Узнать актуальных 3 факта жизни клиента.
- Вместе с клиентом обсудите и сформулируйте причинно-следственные связи его когнитивной схемы – симптома (проблемы) – тремя фактами жизни.
- Сформулируйте собственные гипотезы о том, как всё связано и расскажите о них клиенту.
- Попросите клиента сформулировать свои гипотезы и обсудите их.
- Резюме.

Когнитивные структуры и убеждений:

- С момента формирования понятийного мышления (0-3 года) у ребенка формирует система представлений о жизни, о мире, о людях, о себе.
- К 5-6 годам основные (базовые) когнитивные структуры (убеждения) сформированы под влияние ближайшего окружения и социальной среды, и в дальнейшем они всю нашу жизнь дополняются и усложняются.
- Когнитивные структуры (система представлений о себе, мире и людях) постоянно трансформируется в учетом изменения обстоятельств жизни и фактов объективной реальности – у здоровых людей в естественном процессе приблизительно в течении 5-7 лет.
- У людей с незрелостью личности или с нервно-психическими расстройствами когнитивные структуры трансформируются дольше, либо остаются ригидными (неизменными).
- Психотерапия – целенаправленный ускоритель/катализатор процесса трансформации системы представлений.

Историческая перспектива:

Дисфункциональные убеждения (когнитивную схему) человеку легче менять, если известны истоки возникновения этих убеждений.

Восстановить по каждой УСТАНОВКЕ:

- Откуда у тебя это ПРЕДСТАВЛЕНИЕ?
- Когда и как появилось такое РЕШЕНИЕ о себе/о мире/о людях?
- Что укрепило это РЕШЕНИЕ? Какие ситуации или события?
- Что подтверждает это УБЕЖДЕНИЕ сейчас?
- На каждом этапе помогаем, поддерживаем пациента! Предлагаем свои гипотезы.
- ПОМНИМ: 2-4 года (Мнение?!)
- 6-8 лет (Убеждение!)
- 12-16 лет (ГЛУБИННОЕ УБЕЖДЕНИЕ!)
- Далее - подтверждение/укрепление...

КОГНИТИВНАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ

(создаем условия для процесса нейрогенеза – формирования новых нейронных сетей в мозге):

- **Мысль** формирует привычку,
- **привычка** формирует поступок,
- **поступок** формирует характер,
- **характер** формирует жизнь!

Чтобы изменить жизнь, надо изменить характер, а он крепиться на поступках, которые держаться на привычках - привычках мыслить определенным образом!

- В основе всего лежат наши глубинные убеждения (которые формируют промежуточные и автоматические мысли).
- Изменяя их - **привычку мыслить (воспринимать-оценивать) неадаптивно**, можно изменить реагирование и поступки, потом постепенно по мере накопления нового опыта меняется характер и жизнь.

Сначала изменения должны произойти

- **в голове (нейрохимия-биохимия),**
- потом **в речи (устная и письменная),**
- потом **в поступках (минимальное действие)!**

Только в такой последовательности можно добиться настоящего результата и изменения!

Технология изменения Негативной Установки о себе:

- Клиент самостоятельно выбирает НУ, с которой готов работать.
- Просим клиента самостоятельно сформулировать Позитивную Установку (что хотел бы вместо этого?)
- **Вместе с пациентом (!) производим поиск доказательств, фактов, информации, подтверждающих позитивную установку, отталкиваясь от любых прошлых событий жизни пациента, актуальных обстоятельств жизни, здравого смысла! Составляем список (2-5).**

- Клиенту **надо записать своей рукой** найденные аргументы в таком виде:

Я ...адаптивная установка...., потому что...аргумент.

- Предлагаем клиент вместе сформулировать адаптивное, гибкое, т.е. **НЕЙТРАЛЬНОЕ!** утверждение.
- Составляем текст для копинг-карточки (скажи своими словами! И запиши!).
- Придумать **МИНИМАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ** (маленький поступок) для закрепления новой установки.
- Резюме.

Психотерапевт может помогать и добавлять свои мнения, а также обращать внимание пациента на его факты жизни... на те обстоятельства, которые пациент игнорирует, не замечает, не берет во внимание.

Задача терапевта - сделать негативную установку не позитивной, а гибкой, более адаптивной, реалистичной, т.е. нейтральной (!), что формирует разнообразное самовосприятие и самооценивание!

Например:

- Я ленивая, но когда мамы нет дома я могу быть самостоятельной и дисциплинированной.
- Я иной раз чувствую себя никчемной, но у меня есть дела за которые я могу гордиться.
- Я глупая (дура) в личной жизни, но умная в профессиональной деятельности.

Важно!

- При переформулировке НУ важно не убедить пациента думать позитивно, а обратить его внимание на те аспекты жизни, обстоятельства, моменты, которые им не берутся во внимание, не учитываются, обесцениваются, игнорируются и т.д.
- Основная цель: **РАЗНООБРАЗНОЕ** восприятие и оценивание себя в разных сферах и моментах жизни, и нейтральное самоотношение.

Упражнение. Переформулирование негативного убеждения о себе.

- Просим пациента выбрать НУ, с которым он хочет поработать.
- Просим пациента сформулировать позитивное по смыслу понятие.
- Вместе с пациентом производим поиск фактов, событий, моментов, доказательств, подтверждающих позитивную установку, отталкиваясь от любых прошлых событий жизни, актуальных обстоятельств и здравого смысла.
- Найденные аргументы записываем:
Я (положительное понятие), потому что (аргументы).
- Формулируем гибкое **НЕЙТРАЛЬНОЕ** утверждение и записываем.
- **МИНИМАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ** для закрепления новой установки.

Долженствования

- ОШИБКА: думать, что должныствования помогают или пробовать отказаться от них, т.к. они компенсируют Негативные Установки. Однако, их ригидность и жесткость делает эмоциональные реакции и поведение клиента неадаптивным.

В каждом должныствовании заложена ЦЕННОСТЬ человека, от нее невозможно отказаться!

Формула переформулировки должныствований:

- **«Я хотел (а) бы..., но если иногда это не так, то...»**

- Пример: Я всегда должна быть лучшей!
- **Изменение:** Я хотела бы стремиться к успеху в своих начинаниях и быть лучшей, но если иногда это не так, то я могу проверить как это влияет на мою жизнь и это нормально, что мне что-то не удаётся, есть дела, которые я могу выполнять достаточно хорошо, а в чем-то могу не разбираться!
- (клиенту **важно самостоятельно сформулировать и прописать более гибкое и реалистичное утверждение**).
- Психолог может помогать и добавлять свои мнения, а также информировать и обращать внимание клиента на жизненные ситуации.

Технология изменения долженствования:

- Клиент выбирает Д.
 - Объясняем о ценности! И обсуждаем это.
 - Обучаем клиента переформулированию Д по заданному алгоритму...
- «Я хотел (а) бы..., но если иногда это не так, то...»**
- Пациент переписывает долженствование в более гибкое и реалистичное утверждение.
 - Минимальное действие для закрепления новой установки.

Технология изменения ГУ о мире/людях:

- Изменение ГУ: поиск более гибких и реалистичных установок для клиента!
- Просим сформулировать 2-5 аргумента «ЗА» и аргументы «ПРОТИВ» этого убеждения... (одинаковое количество)
- Просим переформулировать Убеждение на более РЕАЛИСТИЧНОЕ, отталкиваясь от этих аргументов.
- Психотерапевт поддерживает, делится своим мнением, информирует и обращает внимание пациента на жизненные ситуации...
- Обсуждаем условия РАЗНОобразного восприятия и поведения (Что вам потребуется, чтобы вы могли воспринимать мир более реалистично? Что для этого нужно? Что в этом случае я хочу от себя?)
- **Минимальное действие** для закрепления новой установки.
- Резюме (Что было важно в нашем разговоре? Что было полезно? Как это помогает?).

Пример переформулировки убеждения о мире/людях.

- Например: Мир враждебный и люди злые.

Мир враждебный и люди злые. Аргументы «ЗА»

На работе никто со мной не здоровается.
В метро толкают сзади.
Соседка ругается.
Отец оставил без денег.

Аргументы «ПРОТИВ» (Мир дружелюбный и люди добрые).

Одна коллега иногда зовет меня на обед.
Если к людям обратиться, то они ответят.
Мои друзья меня любят.
Начальник добр ко мне и можно договориться.

- Гибкая установка: Мир (люди) бывают враждебны, но у меня есть круг людей, которые дружелюбны ко мне.

NB!

- На любом этапе когнитивной реструктуризации, при столкновении с яростным сопротивлением пациента допускать/осмысливать/закреплять гибкую и реалистичную установку...

ПОМНИТЬ!

Это значит, что в сфере неосознанного (вне фокуса внимания/сознания) имеется ещё более жесткие, дисфункциональные убеждения, и их надо искать (проводим поисковые техники).

Иррациональные (неверные) утверждения по Эллису

Вариант рациональных утверждений

<p>Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих</p> <p>Есть поступки порочные, скверные, и повинных в них следует строго наказывать</p>	<p>Было бы желательно и полезно уважать себя, получать одобрение окружающих в конкретных делах и любить самому, а не надеяться на любовь окружающих.</p> <p>Определенные поступки антисоциальны. Те, кто их совершают, совершают их по глупости или в силу их невротичности. Было бы хорошо помочь таким людям измениться</p>
<p>Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы</p>	<p>Это плохо, что часто дела идут не так, как хотелось бы. Было бы желательно изменить ситуацию, чтобы дела пошли лучше. А если ситуацию изменить невозможно, лучше временно принять её такой, какая она есть</p>
<p>Должно существовать идеальное решение моей проблемы.</p> <p>Если что-то пугает или вызывает опасение – постоянно быть начеку</p> <p>Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать</p> <p>Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем-то, что он ощущает в себе</p>	<p>В нашей жизни много неопределенностей, но можно наслаждаться жизнью, несмотря на это</p> <p>Лучше встретить опасность и нейтрализовать её, а когда невозможно – принять неизбежное</p> <p>Так называемый легкий путь в конечном итоге всегда оказывается более тяжелым.</p> <p>Лучше думать и действовать независимо и самостоятельно, хотя в этом есть некоторый риск</p>
<p>Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным</p>	<p>Человек имеет право на ошибку</p>
<p>То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее</p> <p>На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении</p>	<p>Мы можем научиться на собственном опыте, не становиться заложниками предрассудков</p> <p>Мы не можем изменить других людей, но мы можем изменить собственное отношение к ним</p>
<p>Мир должен быть честным и справедливым</p>	<p>Мир часто несправедлив. Лучше принять этот факт и сосредоточиться на том, как можно радоваться жизни, несмотря на существующую несправедливость</p>
<p>Мы не властны над своими эмоциями, и не можем не испытывать их</p>	<p>Человек может научиться управлять своими эмоциями, если сумеет изменить ошибочные взгляды, создающие эмоциональные проблемы</p>

Домашнее задание:

1. Подумать над вопросом и найти любые варианты ответа...
2. Поразмышлять на темой и сделать выводы...
3. Собрать (узнать) информацию ...
4. Сформировать гипотезу или предположение...
5. Составить и написать текст:
 - Теперь мне известно...
 - Теперь я знаю...
 - Раньше я считал...
 - Теперь я узнал, что важно (необходимо)...

Задания для поведенческих экспериментов...

- Понаблюдать за собой (другими)...
- Попробовать изменить (мысли, чувства или действия)...

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

- Сделать помогающие стикеры, копинг-карточку и пользоваться.

4 признака хорошей (эффективной) сессии:

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

Роберт Лихи: терапия эмоциональных схем.



Эволюционная теория ЭМОЦИЙ:

- Эмоции универсальны – обладали защитной функцией сотни лет назад и обладают сейчас, которая является адаптивной и решает определенную жизненную задачу.
- Эмоции эволюционировали, потому что они нас очень важны – дают информацию о окружающем и внутреннем мире, защищают, адаптируют к среде, при этом эволюционная ценность эмоций сменилась с **физиологической на социальную**. Важный пример и метафора: животные больше агрессии проявляют в центре своей территории!

Задача КПТ эмоциональных схем:

- Некоторые виды переживаний (например, беспокойства, грусти, злости) бывают продуктивны, а некоторые – нет.
- Сделать их (эмоции/переживания) адаптивными.
- Важно уметь отличать продуктивные/непродуктивные эмоции и уметь использовать для улучшения качества жизни.
- Эмоции вызываются ОЦЕНКАМИ и подвержены когнитивным искажениям.

Спектр чувств (для помощи клиенту/пациенту):



Тактика (протокол) работы с эмоциональными схемами:

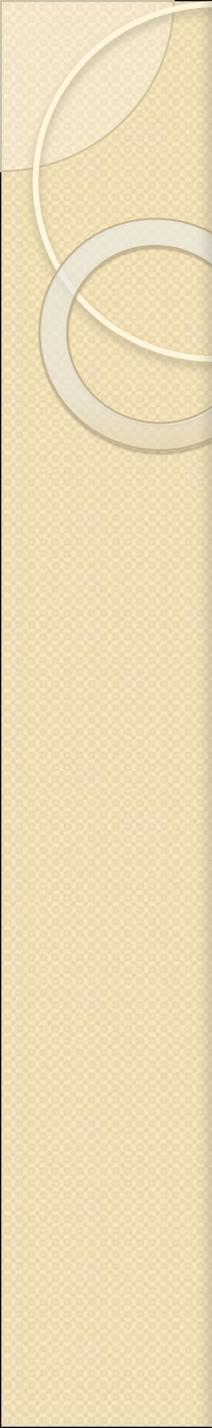
1. **Опознать и назвать эмоцию** в какой-то конкретной проблемной ситуации.

Основная идея: **ЭМОЦИИ не равно ДЕЙСТВИЯ!**

2. **Валидация** – подтверждение – поддержка наличия и проявления эмоции, клиент/пациент имеет право чувствовать и проявлять эмоции (У тебя есть достаточно важное, чтобы об этом плакать – грустить – злиться – обижаться и т.д.!).

Идея: **любые эмоции – НОРМАЛЬНЫ и ОБОСНОВАНЫ!**

3. Дать пространство для эмоции (определить ей место в жизни, отношениях) и учиться конструктивно проявлять. Обсудить, в каких обстоятельствах жизни эти эмоции могут быть проявлены, каким образом их уместно проявлять, в каких случаях их **НАДО** проявлять. Обсудить способ проявления!



4. Различать мысли об эмоциях – само чувство – поведение на почве эмоций. Убедись на собственном опыте, что **ЭМОЦИИ не равно ДЕЙСТВИЯ!**

5. Работа с руминациями (наплывом негативных мыслей) – формулировка альтернативных мыслей.

6. Прояснить потребность, которая скрыта под эмоцией.

7. Реализовывать (обучаться реализовывать) эту потребность в этих или других отношениях/обстоятельствах. Ориентация на формирование навыков самоэффективности (способности самому себе организовать то, что хочется).

8. Помнить: **наработанные копинги (способы справляться) важнее, чем срывы!**

Конструктивное проявление эмоций –
уметь сообщить о ней (и себе, и окружающим):

- **Злость (недовольство)** – это сигнал о нарушении личных границ (внутренних или внешних правил) – «Мне не нравится, что ...», «Я недоволен(а) тем, что...».
- **Печаль (грусть)** - переосмысление неадаптивных представлений – «Мне грустно (печально), потому что реальность (то, что происходит) не соответствует моим представлениям каким???».
- **Страх (тревога)** - прогнозирование опасности – «Я беспокоюсь о том, что...», «Мне страшно, потому что я прогнозирую ...».

- **Чувство вины и стыд** – регуляторы поведения – «Мне неловко (стыдно) за то, что ...», «Я чувствую вину за».
- **Отвращение (неприязнь)** – сигнал об опасности, о пресыщении – «Мне неприятно, что ...», «Я чувствую неприязнь к».
- **Растерянность (недоумение)** – сигнал о необходимости времени на обработку информации – «Я растерян(а), так как узнал(а) о ...».
- **Отчаяние** – отказ от желания/потребности и переоценка ресурсов - «Я переживаю отчаяние, так вынужден(а) отказываться от...».

- **Разочарование** – разрушение иллюзий, нереалистичных ожиданий – «Я чувствую разочарование, так как рушатся мои представления о ...».
- **Сомнения** – анализ совместных мнений – «Я переживаю сомнения, так как не могу определиться в ...».
- **Радость (интерес)** - "приковывает" внимание и удерживает его на объекте – «Я радуюсь тому, что ...».
- **Сожаление** - обучение на ошибках, коррекция поведения – «Я сожалею о том, что...».

- **Зависть** – анализ ограничений/возможностей личности – «Я завидую тому, что..., а это не соответствует мои возможностям».
- **Обида** - показывает несоответствие в отношениях того, что я получаю (ожидаю получить), и того, в чем нуждаюсь - «Я чувствую обиду (Мне обидно), так как ожидал (а), а в реальности получила»
- **Ненависть** – «не хочу видеть что-то, кого-то» - сигнал о необходимости дистанции – «Я не хочу видеть ..., по тому что чувствую».

Список потребностей:

- Потребность в любви (или принятии)
- Свободе
- Внимании
- Независимости
- Успехе
- Самоопределении
- Понимании
- Развитии
- Уважении
- Познании (собственного потенциала)
- Реализации
- Самосовершенствовании
- защите (безопасности)

ПОМНИМ, что является условием способности решать проблемы/развития личности!

Навыки самоменеджмента (самоэффективности) – навыки (компетенции) организации жизни, анализа и решения проблем в настоящем и будущем:

- Самонаблюдение (вместо...);
- Самооценивание (саморефлексия) (вместо...);
- Самоинструирование (вместо...);
- Самокоррекция (вместо...)
- Самоподкрепление (вместо...);
- Владение техниками самопомощи (вместо...).

**Этому возможно научиться в любом возрасте
любому человеку!**

Упражнение: протокол ТЭС

- 1. Оpoznать и назвать эмоцию** в какой-то конкретной проблемной ситуации.
Обсудить с клиентом/пациентом идею: **ЭМОЦИИ не равно ДЕЙСТВИЯ!**
- 2. Валидация** –поддержать наличие и проявление эмоции: У тебя есть достаточно важное, чтобы об этом плакать – грустить – злиться – обижаться и т.д.!).
- 3.** Обсудить какое может быть **пространство для этой эмоции** (какое место определить ей в жизни и в отношениях). Обсудить, в каких обстоятельствах жизни эти эмоции могут быть проявлены, каким образом их уместно проявлять, в каких случаях их **НАДО** проявлять. Обсудить способ проявления!

Тренировка эмоцию конструктивно проявить

(тренировка конструктивно сообщить об эмоции).

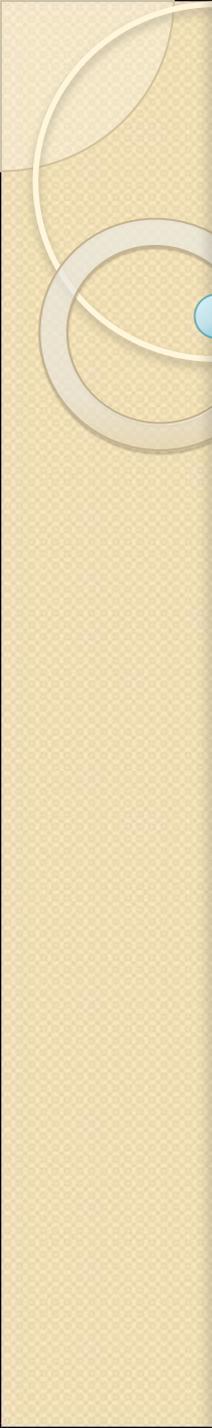
4. Обсудить мысли об эмоции – само чувство (как проявляется в теле) – поведение на почве эмоции, чтобы убедиться, что ЭМОЦИИ не равно ДЕЙСТВИЯ!

5. Работа с руминациями (негативными мыслями) – сформулировать 5-7 альтернативных мыслей, при которых эта эмоция будет более продуктивной\функциональной.

6. Прояснить потребность, которая скрыта под эмоцией (использовать список).

7. Обсудить как эту потребность можно реализовать в этих, или других отношениях/обстоятельствах/самому себе организовать.

Резюме.



Техника «Антикатастрофизация»

«АНТИКАТАСТРОФИЗИРУЮЩАЯ» ПРАКТИКА

Работа со страхами, опасениями, тревогами.

Суть техники:

- Прояснить и выявить систему представлений пациента;
- Создать шкалу событий и способов совладания;
- Создать контраргументы к катастрофизирующим убеждениям, задействуя мягкое опровержение;
- **Урезать высокий эмоциональный заряд,** вложенный в иррациональные мысли пациента;
- Расслабляясь и спокойно думая как о самом лучшем возможном исходе, так и о самом худшем исходе, **создавать и обсуждать континуум ситуаций.**

Техника (протокол) Антикатастрофизации:

- **Прояснить пугающую/устрашающую ситуацию** и прошкалировать чувство.
- **Выяснить убеждения**, связанные с пугающей ситуацией: Какие ваши представления об этом событии? Как вы это представляете? Что это значит для вас? О чем это для вас говорит? Почему вы так думаете/считаете?
- **Информировать** о технике антикатастрофизации (будем создавать шкалу и анализировать ваши способы совладания).
- **Нарисовать шкалу** – поместить пугающую ситуацию посередине – вместе с клиентом/пациентом придумать 5 ситуаций исходов лучше и 5 исходов хуже.
- По отношению к каждому событию обсудить **способ совладания** – как с этим можно справиться/как это можно пережить? Как вообще люди с этим справляются?
- **По каждому исходу** следует обсудить чувства (что буду чувствовать?), мысли (какие мысли будут в голове?) и действия (как я справлюсь с этим?).
- **Резюме:** что было важно? Какие выводы можно сделать?

ТЕХНИКИ ОПРОВЕРЖЕНИЯ: ЖЕСТКИЕ – психотерапевт создает условия, повышающие напряжение и тревогу человека...

- Жесткие техники опровержения требуют жестких контраргументов — это когниции/утверждения, которые противостоят иррациональным мыслям/идеям.
- Ими могут быть отдельные слова: «Нонсенс!», фразы «Это неправда!», «Так не бывает!», «Это невозможно!» и т.д.

Договариваемся о
СПЕЦИАЛЬНОМ/СЛОЖНОМ РАЗГОВОРЕ
или УПРАЖНЕНИИ!

Контратака (жесткое оспаривание).

- Жесткое оспаривание — процесс эмоциональный и одновременно интеллектуальный.
- **Суть Контратаки:** «Если вы разозлитесь на свои иррациональные мысли и будете в этом настойчивы, то вы сможете «растопить/расшатать» их...».
- **Интенсивность эмоции, которую клиент/пациент вкладывает в контратаку, — ключ к ее успешности.**
- **Дискуссия наиболее эффективна, когда клиент/пациент учиться и тренируется нападать/нападает на свою иррациональную идею в состоянии сильного эмоционального возбуждения.**
- Бывает полезно, перед тем как приступить к контратаке, побудить клиента к выражению возмущения/злости/гнева (надо показать или вызвать!). Самый лучший вариант поэкспериментировать громкостью голоса и тональностью.

Алгоритм КОНТРАТАКИ

1. Надо подготовить **список убеждений и список контраргументов (альтернативных мыслей)**.
- Психолог объясняет технику Контратаки: Я предлагаю вам технику Контратаки и попрошу вас сделать нечто странное, но это упражнение поможет вам справляться и оспаривать свои установки!
2. Пациент должен **практиковать технику контратаки** в вашем присутствии, моделируя роль психолога, пока не будет достигнут необходимый уровень напряженности.
3. Пациент/клиенты надо учить усиливать контратаку, модулируя голос, постепенно повышая тон и увеличивая громкость. Голос становится аналогом степени разгневанности клиента.
- **Организация условий, когда клиент сам нападает на свою идею, критикует её.**

Тренируемся:

- Вместе с клиентом составьте список его убеждений (5) и альтернативных мыслей к каждому убеждению.
- Список альтернативных мыслей остается у клиента, а список убеждений - у психолога.
- Психолог объясняет технику Контратаки: Я попрошу вас сделать нечто странное, и это поможет вам справляться и оспаривать свои установки! Мы сейчас проведем **ролевую игру, которая называется «Возрази мне! Громче и яростнее, чем я!»**. Я вам буду говорить какое-то убеждение и отстаивать его, а ваша задача эмоционально оспаривать его, опираясь на список альтернативных мыслей или любые подходящие вам с голову аргументы. Например, «Это неправда!», «Это не соответствует реальности!», «Это просто бред!» (ролевую игру стоит начинать после того, как клиент понял правила).
- Провести ролевую игру (где психолог помогает клиенту оспаривать себя как можно более эмоционально и яростнее – громче и категоричнее!). 5-7 минут.
- Обсудите результаты. Резюме.

Психотерапия не избавляет от боли, она делает эту боль выносимой

- Дж. Франчесетти: В нем обозначены границы и возможности терапии относительно ожиданий избавления от душевной боли.

А реальность такова, что:

- Психотерапия не избавит вас от проблем, она научит **вас как их решать;**
- Психотерапия не избавит вас от страха, она **научит вас, как его преодолевать;**
- Психотерапия не даст вам радость, она **научит вас, как ее обнаруживать;**
- Психотерапия не сделает вас счастливым, она покажет вам, что **счастье возможно, и вы сами можете его себе организовать;**
- Психотерапия не укажет вам ваш правильный жизненный путь, она **подскажет, как его отыскать...**