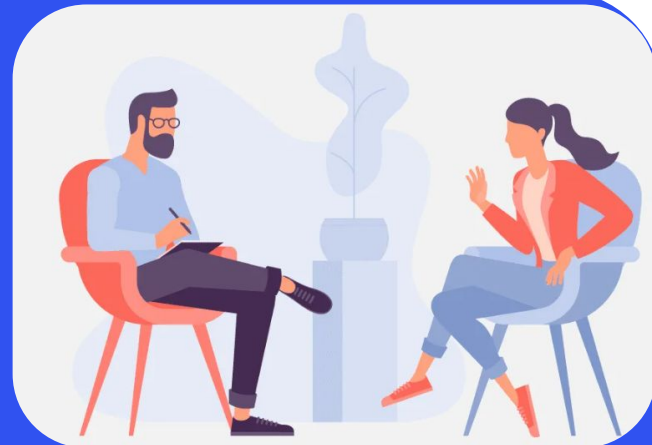




БелГУ
BELGOROD STATE
UNIVERSITY (BSU)

Когнитивная-поведенческая психотерапия А. Бека

Выполнил: Трофимов Р.В.
группа 02062207



- Когнитивно-поведенческая терапия (или КПТ) – методика, которая выделяет неосознанные мотивации человека, переводит их на сознательный уровень, помогает изменить убеждения и поведение, вызывающие невротические и другие патологические состояния.

ТРЕВОГА *и* БЕСПОКОЙСТВО

КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ
ПОДХОД

ДЭВИД А. КЛАРК,
д-р философии

ААРОН Т. БЕК,
д-р медицины

КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В РАМКАХ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ

Задачи. Помогает клиентам лучше приспособить, изменить недостаточно адаптивное поведение, обучает продуктивным реакциям; позволяет устанавливать конкретные цели и подцели и достигать их; изменяет мышление.

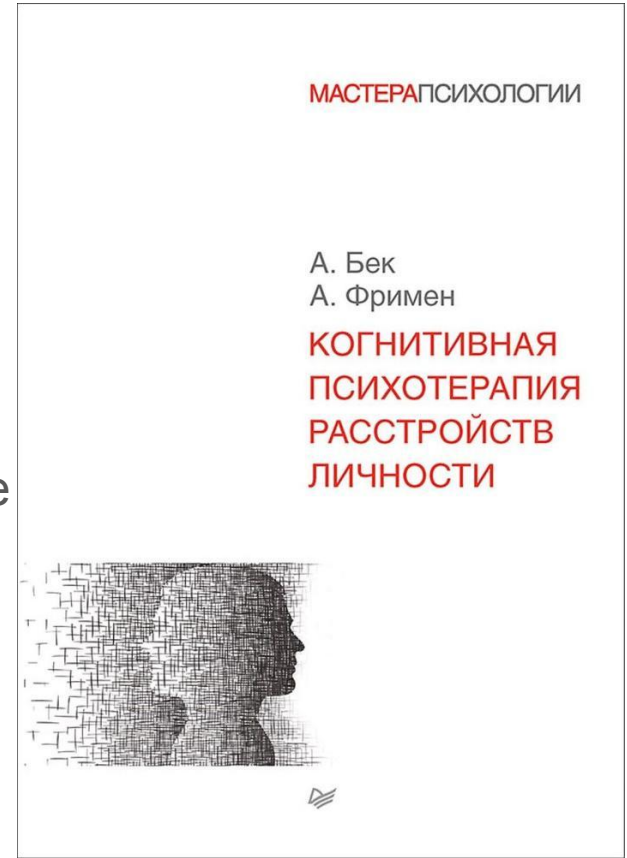
Методы. Использование подкрепления (позитивного и негативного, первичного и вторичного, непрерывного, прерывающегося), самонаблюдения, наказаний, планирования окружения, систематической десенсибилизации, техник «взрыва» и «погружения», таймаутов, сверхкоррекции, имитации, инокуляции стресса, приостановки мышления.

КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В РАМКАХ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ

Взгляд на природу человека. Любое человеческое поведение - предмет научения; старые формы поведения могут быть подавлены, а новые формы поведения установлены; условное научение, оперантное обусловливание и социальное моделирование - три главных способа научения.

Роль консультанта. Консультант выступает в роли учителя, руководителя и эксперта, проявляет активность на сессиях, помогает клиенту прояснить цели и добиться изменений в поведении и в мыслях.

- Из названия понятно, что КПТ соединяет в себе два научных психологических подхода: когнитивный и поведенческий (бихевиористский). Первый заявляет то, что психологические проблемы и нервно-психические расстройства вызываются мыслями и убеждениями, стереотипами мышления, приобретенными в течение жизни. Второй утверждает, что поведение человека (как и животного) можно изменить с помощью поощрения желаемых форм действий и отсутствия подкрепления нежелательных поступков.



- **Теория бихевиоризма** (от англ. behavior — поведение) получила развитие в начале XX века. Она рассматривает поведение как набор реакций (рефлексов) на стимулы среды. Одни из основных понятий бихевиоризма – позитивное и отрицательное подкрепление. Позитивное подкрепление, или поощрение, применяется, когда особь совершила нужный, правильный поступок, и помогает закрепить желаемую форму поведения. Отрицательное подкрепление подразумевает негативную реакцию на нежелательное поведение обучаемой особи. Как правило, в КПТ используется первая форма подкрепления: она работает быстрее, четко обозначает то, чего нужно добиться.

КЛАССИЧЕСКИЙ БИХЕВИОРИЗМ ДЖ. УОТСОНА



Для классического бихевиоризма все психические явления сводятся к реакциям организма, преимущественно двигательным: мышление отождествляется с речедвигательными актами, эмоции — с изменениями внутри организма, сознание принципиально не изучается, как не имеющее поведенческих показателей.

- **Когнитивизм** – научное течение, зародившееся в 1960-х. Оно фокусируется на психических процессах: том, как люди воспринимают, думают, запоминают, учатся, решают проблемы, куда направляют свое внимание. Когнициями называют любые мысли и представление, которые становятся плодами нашего мышления. Согласно когнитивному подходу, работать лишь с поведением человека для решения его психологических проблем неэффективно: сперва нужно выявить убеждения, представления и мысли, которые заставляют его действовать деструктивно или ощущать дискомфорт, избавиться от них, и только потом работать над поведенческим аспектом.

СОЗДАТЕЛЬ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ



Аарон Темкин Бек — американский психотерапевт, профессор психиатрии Пенсильванского университета, создатель когнитивной психотерапии, одного из направлений современного когнитивно-бихевиорального направления в психотерапии. Когнитивная терапия А. Т. Бека наиболее широко применялась в области работы с депрессивными больными.

Изменив личное отношение к какому-то фактору или явлению, заменив жесткую, ригидную, неконструктивную жизненную стратегию гибким мышлением, человек обретет эффективное мировоззрение.

Возникшие функциональные эмоции улучшат психоэмоциональное состояние личности и обеспечат прекрасное самочувствие при любых жизненных обстоятельствах. На этой основе была сформулирована **концептуальная модель когнитивно-поведенческой терапии**, представленная в простой для понимания формуле ABC, где:

- А (activating event) – некое происходящее в реальности событие, являющееся для субъекта стимулом;
- В (belief) – система личностных убеждений индивидуума, когнитивная конструкция, отражающая процесс восприятия человеком события в виде возникающих мыслей, формируемых представлениях, образуемых убеждениях;
- С (emotional consequences) – итоговые результаты, эмоциональные и поведенческие последствия.

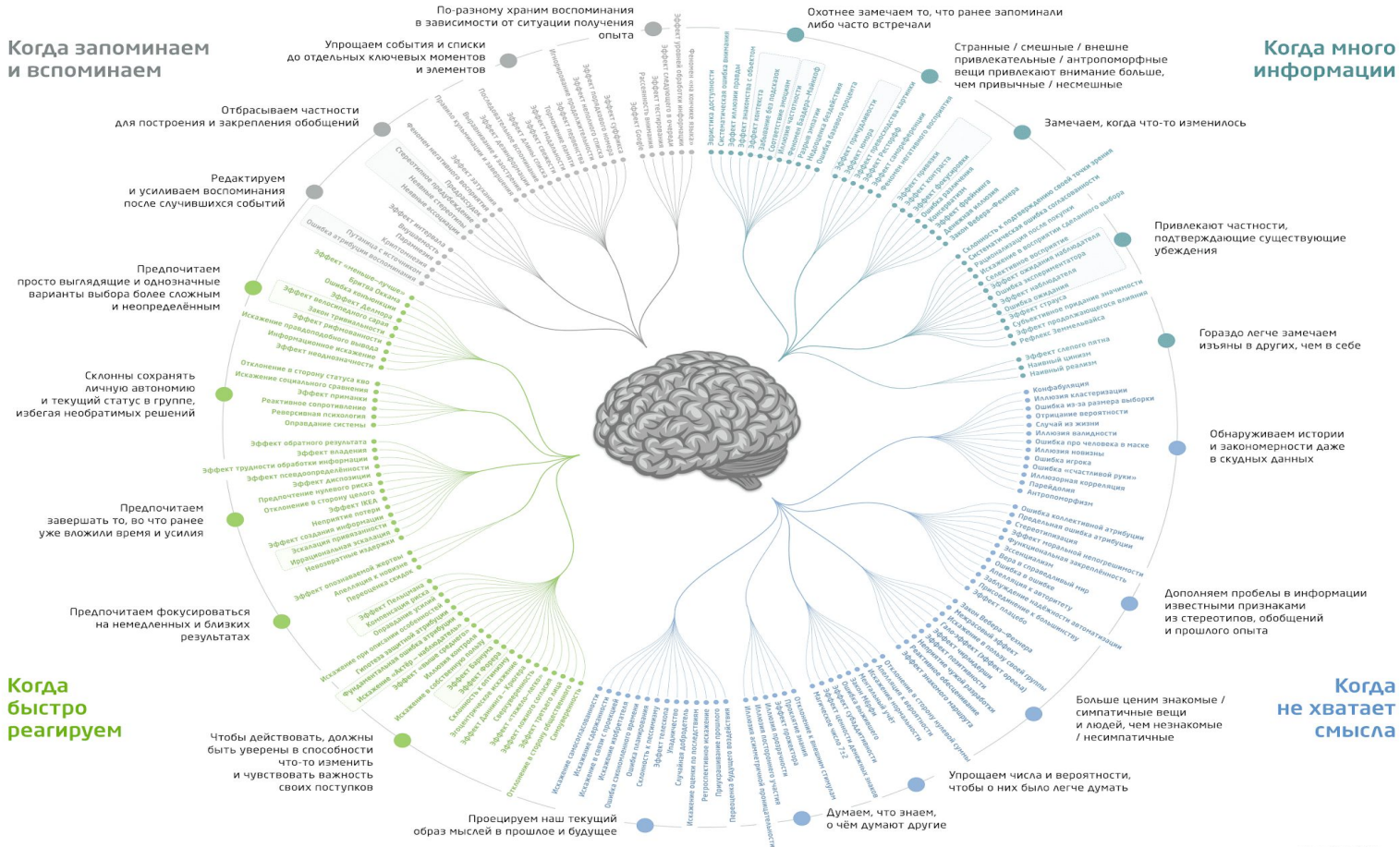
Когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на выявление и последующее преобразование искаженных компонентов мышления, что обеспечивает формирование функциональной стратегии поведения личности.

- Поиск и осознание *автоматических мыслей* – основа метода КПТ. В нашей голове за сутки возникает порядка 20 тысяч таких быстрых мыслей, которые являются откликом на происходящее с нами. Они всегда оценочны. Эволюционно автоматические мысли необходимы, чтобы мы могли быстро реагировать на изменения в окружающей среде. Большинство из них мы не успеваем осознать. Эти мысли запускают нашу эмоциональную реакцию. Для того, чтобы понять, почему наше состояние изменилось (появилась тревога, страх, упало настроение), надо выявить, какая именно мысль вызвала это изменение. КПТ предлагает искать быстрые мысли, чтобы прорабатывать их и переводить свои суждения в рациональное русло.

- Всегда существует ситуация, которая становится триггером изменения состояния. Например, человек идет в темноте и слышит, что в кустах что-то шуршит. Ему становится тревожно. Скорее всего, промелькнула мысль о том, что рядом опасность. В ответ на эту мысль и чувство тревоги человек принимает решение быстрее уходить. Однако не всегда быстрая мысль и реакция на нее бывают рациональны. Например, вы делаете рабочую задачу и понимаете, что не успеваете закончить в срок. У невротичного человека могут возникнуть автоматические мысли: я недостаточно ответственный, меня уволят. Эмоциональный ответ на них – тревога, страх. Хотя если рассуждать рационально, вряд ли один пропущенный дедлайн негативно отразится на всей карьере

- Когнитивно-поведенческая терапия работает над когнитивными искажениями (или ошибками), которые возникают на основе автоматических мыслей. Когнитивные искажения – это ошибочные умозаключения, иррациональные идеи, которые в конечном итоге приводят человека к психологическим проблемам. Существует более 100 видов когнитивных искажений.

КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ



- **Генерализация**

«У меня никогда не складываются отношения», «Я всегда все порчу», «Вечно мне не везет». Человек переносит характеристики единичного случая на всю жизнь.

- **Катастрофизация**

«Все очень плохо», «Это провал», «Случилось непоправимое». Под воздействием негативных суждений и эмоций ощущение от ситуации нагнетается до полной безысходности.

- **Долженствование**

«Я должен», «Они мне должны», «Все должно было сложиться именно так, а не иначе». Социальные роли и обязанности становятся непреложными истинами, не берется в расчет ни специфика ситуации, ни состояние человека, ни сложности взаимоотношений.

- **Конформизм**

«Все делают/ведут себя только так. Те, кто делает иначе – плохие/неполноценные и т.д.». Полученные извне идеи о нормах заставляют стигматизировать малейшее отклонение у себя и окружающих.

Заполнение пустоты. Техника применяется для выявления автоматических мыслей. Событие, которое «включило» негативные переживания, психотерапевт делит на три части:

событие;

«рой» неосознанных мыслей, которые образуют «пустоту»;
неадекватная реакция и дальнейшие действия пациента.

Задавая вопросы, специалист помогает заполнить «пустоту» между инициирующим событием и реакцией на него, которую пациент не может объяснить.
После того как деструктивные мысли «выловлены», их нужно скорректировать.

Для этого терапевт применяет такие техники, как декатастрофизация, реатрибуция, переформулирование, децентрализация.

- **Декатастрофизация.** Многие пациенты склонны к преувеличению – катастрофизации – последствий негативных событий. Например, люди с повышенной тревожностью не могут избавиться от мыслей о том, что окружающие – знакомые, а еще страшнее, если незнакомые люди – плохо о них подумают. Они находятся в постоянном напряжении, боятся услышать негативную оценку, критику, «сочиняют» реакции совершенно посторонних людей. Отвечая на вопрос психотерапевта «Что если...», пациент понимает, насколько ошибочны его выводы, нелепы ожидания условного «конца света». Он видит, что фактически происходит и к каким последствиям это приводит. Он готов к возможным неприятностям и переживает их не так остро, как раньше.

- **Техника реатрибуции.**
- Когнитивный паттерн депрессивного пациента обычно содержит элемент самобичевания. В депрессии человек склонен винить себя или брать на себя ответственность за неблагоприятный исход событий, причем даже в тех случаях, когда он реально не мог повлиять на результат. Если терапевт обнаруживает, что пациент объясняет неприятности только собственными просчетами и изъянами, например ругает себя за неумелость или недостаток старательности, он может применить технику реатрибуции.
- Цель данной техники вовсе не в том, чтобы полностью снять ответственность с пациента, а в том, чтобы путем объективного анализа ситуации высветить все факторы, которые могли повлиять на исход событий. Объективный взгляд на вещи помогает пациенту и уточнить свои просчеты, и выработать пути исправления неблагоприятной ситуации, и предотвратить ее повторение.

Пациент. Вы не представляете, как я все испортил! Я совершил очередную ошибку — непростительную ошибку, которая может стоить мне должности.

Терапевт. Расскажите, что это была за ошибка.

П. Я санкционировал выдачу кредита неплатежеспособному заемщику. Я опять принял неправильное решение.

Т. Вы помните, как вы принимали это решение?

П. Да, конечно. На бумаге все выглядело отлично: хорошее обеспечение, высокий рейтинг кредитоспособности. Но я должен был предвидеть, что возникнут проблемы.

Т. Вы располагали всей необходимой информацией, когда принимали решение?

П. Нет, тогда нет. Но спустя шесть недель у меня была вся информация... Понимаете, от меня ждут прибыли, а я разбазариваю деньги банка.

Т. Я понимаю, вы расстроены. Но я хочу знать, какой именно информацией вы располагали в момент принятия решения.

Когда пациент, понуждаемый терапевтом, сопоставил все данные, он пришел к выводу, что действовал в соответствии с установленными правилами предоставления кредитов. Применение метода реатрибуции позволило пациенту понять, что неприятная ситуация возникла не по его вине. Однако теперь пациент должен был решить проблему с отчетом. Дело в том, что, ругая себя за мнимые оплошности, он не сообщил о сложившейся ситуации руководству. Терапевт убедил пациента, что еще не поздно исправить эту ошибку, и помог выработать приемлемый план действий.

- Техника реатрибуции особенно полезна при работе с пациентами, склонными к самобичеванию и/или принятию на себя чрезмерной ответственности. Терапевт может применить следующие тактики: а) рассмотреть «факты», вызвавшие самокритику (как в описанном выше случае); б) показать пациенту, что он исходит из разных критериев при оценке собственного поведения и действий других людей (двойной стандарт); в) оспорить убежденность пациента в том, что он «на сто процентов» ответствен за неблагоприятную ситуацию.

Когнитивная триада депрессии складывается из трех основных когнитивных паттернов.

- Первый компонент триады связан с негативным отношением пациента к собственной персоне.
- Вторым компонентом когнитивной триады является склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта.
- Третий компонент триады связан с негативным отношением к собственному будущему.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Так, если пациент ошибочно *полагает*, что он отвергнут людьми, его эмоциональная реакция будет столь же негативной (печаль, гнев), как и в случае *действительного* отвержения.

Если он ошибочно считает себя изгоем, он будет испытывать чувство одиночества. Будучи убежден в своей бездарности и беспомощности и видя во всем только трудности и преграды, пациент считает, что не может справиться даже с самым банальным заданием. Он ищет помощи и поддержки у окружающих, которые кажутся ему гораздо более компетентными и способными, чем он сам.

Когнитивная модель позволяет объяснить и физические симптомы депрессии. Апатия и упадок сил могут быть результатом убежденности пациента в бесплодности своих начинаний. Пессимистический взгляд на будущее (чувство тщетности) может вызывать «психомоторную заторможенность»

Пациентка, 22-летняя студентка колледжа, была убеждена, что преподаватель по английскому языку считает ее «неспособной». Чтобы подтвердить этот свой вывод, она показала терапевту копию написанного ею очерка. Работа заслужила отметку «3» и сопровождалась двумя страницами критических замечаний, повергших девушку в отчаяние. Она видела в этом доказательство своей «неспособности» и была готова бросить учебу.

Терапевт попросил девушку привести все возможные объяснения, а затем проранжировать их по степени «правдоподобности». Составленный пациенткой перечень объяснений выглядел так.

1. «Я не способна к языкам» — 90%.
2. «Профессор с предубеждением относится к девушкам» — 5%.
3. «Моя оценка не сильно отличается от оценок других студентов» — 3%.
4. «Профессор высказал свои замечания, желая помочь мне. Значит, он не считает меня безнадежной» — 2%.

Терапевт сумел уговорить девушку, чтобы она прямо из его кабинета позвонила профессору («Или сейчас — или никогда») и выяснила, как он оценивает ее перспективы. В результате состоявшегося разговора выяснилось, что 1) средняя оценка по группе не превысила уровня «3» и что, 2) несмотря на претензии к стилю, профессору понравилось содержание очерка.

A	B	C	R	
Опишите стрессовую ситуацию, спровоцировавшую эмоции (что случилось?)	Определите когницию: опишите отношение к ситуации, свои мысли (в чем проблема? почему я так реагирую?)	Опишите эмоцию (чувство) и свое поведение (какое возникло настроение из-за этого и что вы сделали?)	Рациональный вариант отношения к ситуации (что противопоставить B? чем себя успокоить, ободрить, как действовать?)	Ошибка мышления (когнитивное искажение)

После того, как клиент научился выявлять свои автоматические мысли, он начинает вести дневник в течение недели. Мы смотрим, какие мысли чаще всего возникают в разных ситуациях. Это может быть страх того, что человек будет выглядеть в чьих-то глазах необязательным (то есть плохим), либо ощущение, что он неуспешный, или чувство, что он уязвим и не справится.

Из автоматических мыслей, которые мы распознаем, начинают вырисовываться глубинные убеждения. Не быстрые, поверхностные мысли, а основа, на которой зиждется психика человека.

Над изменением этого массива убеждений в рациональную сторону мы и работаем

- Другая важная для КПТ техника – *экспозиция*. Она особенно полезна при всех видах фобий. Экспозиция помогает клиенту научиться не избегать тревожных ситуаций, а переживать их.

Например, человек боится заходить в лифт. При использовании техники экспозиции клиент и терапевт подходят к кабине, останавливаются и начинают наблюдать за реакцией клиента. Когда тревога возрастает, вместе с терапевтом они делают упражнения, которые помогают перенести волнение. Если с реакцией удастся справиться, клиент и терапевт переходят к следующему этапу: они вместе заходят в лифт. Уровень тревоги снова повышается, терапевт снова отрабатывает с клиентом его состояние. Интенсивность ситуации постепенно увеличивается до тех пор, пока клиент не получает все необходимые навыки для того, чтобы осознавать и рационально оценивать свое состояние, справляться с ним.

- КПТ при панических атаках
- Панические атаки — спонтанные приступы паники, которые сопровождаются учащенным дыханием, сердцебиением, головокружением, тремором, тошнотой, потливостью и другими соматическими проявлениями.

Паническая атака может являться следствием других психических расстройств, а не отдельной болезнью. Рецидивирующие панические атаки без иных симптомов могут быть проявлениями панического расстройства. Когнитивно-поведенческая терапия является подтвержденным и наиболее эффективным методом его лечения.

- Сначала идет этап психообразования: мы рассказываем, что происходит в момент атаки в организме пациента. Разбираем циклы, мысли, эмоции, поведение, ищем причину, которая запускает процесс. Дальнейшая работа основана на том, что в условиях кабинета мы учимся вызывать симптомы: головокружение, сердцебиение, гипервентиляцию. Мы практикуем техники, позволяющие переносить тревогу, которую эти симптомы вызывают. Таким образом, постепенно мы выстраиваем толерантность. Тревога снижается, и в конечном итоге исчезает.

Нехватку воздуха можно вызвать гипервентиляцией – частым поверхностным дыханием. Головокружение – кружением на месте. Сердцебиение – приседаниями или бегом по лестнице. Все упражнения выполняются вместе с терапевтом. Мы проговариваем, что это не опасно, человек понимает это. Когда на сеансе я дышу вместе с пациентом, он видит, что я нормально переношу это состояние. При этом он наблюдает, что происходит с его собственными ощущениями.

Суть панической атаки в том, что она всегда проходит. Страх того, что она начнется, чаще всего и становится триггером для ее старта. Он приносит и другие проблемы, такие как избегание определенных ситуаций или тщательная проверка своего состояния

Выводы

Достоинства. Делается упор на симптомах, на «здесь» и «сейчас». Имеется в наличии множество доступных процедур. В основе подходов - теория научения. Хорошая профессиональная организация. Подходы эффективны при различных расстройствах, хорошо исследованы, продолжают развиваться.

Ограничения. Внимание направлено не на целостную личность, а только на поведение. Может применяться механически. Временами трудно для воспроизведения в конкретных условиях консультирования. Игнорирует прошлое и бессознательное, не учитывает стадии развития личности.

Список литературы

1. Бек, А. Тревожные расстройства и фобии : когнитивный подход / Аарон Т. Бек, Гари Эмери с участием Рут Л. Гринберг ; перевод с английского О. Л. Пелявского. – Москва ; Санкт-Петербург : Диалектика, 2022. – 432 с.
2. Бек, Дж.. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям [Текст] : [16+] / Джудит Бек ; [перевела с английского А. Соломина] ; Ассоциация когнитивно-поведенческой терапии. - Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2019. - 416 с
3. Власов, Н. А. Когнитивно-поведенческая психотерапия: исторический аспект / Н. А. Власов // Человеческий фактор: Социальный психолог. – 2020. – № 2(40). – С. 7-12.
4. Добсон, Д. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии / Д. Добсон, К. Добсон – СПб.: Питер, 2021. – 400 с.
5. Иванов, Д. И. Теория когнитивно-прагматических программ [Текст] : монография / Д. И. Иванов– Иваново : ИПК «ПресСто», 2019. – 311 с.
6. Кнаус, У.Дж. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги : пошаговая программа : [16+] / Уильям Дж. Кнаус ; перевод с английского Сергея Комарова. - Санкт-Петербург : Весь, 2019. – 301 с.
7. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери ; [Пер. с англ. А. Татлыбаева]. – М. [и др.] : Питер, 2003 (ГП Техн. кн.). – 298 с.
8. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: И.Д. Вильямс, 2018. – 592 с.
9. Смит, Н. Современные системы психологии./Пер. с англ. под общ. ред. А. А. Алексеева – СПб.: ПРАЙМЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
10. Харитонов, С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / С. В. Харитонов. – Москва : Психотерапия, 2009. – 172 с.

Спасибо за внимание

