**ХРИСТИАНСКИЙ ГУМАНИТАРНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**студентки 5 курса гуманитарного факультета**

**Учебная дисциплина:**

**«Организация психологической службы»**

**Тема: « КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БЕКА»**

**«Защищен»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Оценка»\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Одесса-2008г.**

ПЛАН

ВВЕДЕНИЕ

1. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БЕКА

Когнитивная терапия депрессий

Когнитивная терапия личностных расстройств

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

ВВЕДЕНИЕ

Психотерапия – деятельность, осуществляемая психологом, прошедшим специальную подготовку, основанную на теоретических, эмпирических и практических знаниях. Работа психотерапевта имеет широкий диапазон: от простого снятия симптома до глубокой и долговременной работы над личностью. Если врачи под методом психотерапии понимают принцип лечения, вытекающий из патологии заболевания, то для психологов метод означает научную парадигму, находящуюся в рамках данной психологической ориентации.

Основная проблематика когнитивной психологии – выявление и изучение различных структур мыслительного процесса. Она, с одной стороны, возникла как реакция на бихевиористическое игнорирование внутренней организации психических процессов, в другой – как продолжение бихевиоризма с когнициями.

Основателями когнитивного направления терапии считаются Аарон Бек и Альберт Эллис, которые заложили основание когнитивной терапии почти одновременно и независимо друг от друга. Как считает сам А. Бек, теоретической основой когнитивной терапии послужили:

- во-первых, феноменологический подход в психологии с положением о том, что индивидуальное видение «Я» и личностного мира есть та ось, вокруг которой формируется способ поведения;

- во-вторых, глубинная психология, в частности структурный подход фрейдовской теории;

- в-третьих, когнитивная психология, в частности теория личностных конструктов Дж. Келли. Задача данной работы дать характеристику предложенных А. Беком направлений когнитивной терапии депрессии и когнитивной терапии личностных расстройств.

**КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ А. БЕКА**

**Когнитивная терапия депрессии**

Аарон Бек родился в 1921 году в семье евреев-эмигрантов из России. Тремя годами раньше, во время эпидемии гриппа, его родители потеряли свою единственную дочь, из-за чего он с детства с болью наблюдал за депрессивным состоянием своей матери. После получения медицинского образования, он начал профессиональную карьеру на кафедре психиатрии Пенсильванского университета. В начале 60-х годов он пересматривает психоаналитическую концепцию и разрабатывает основы когнитивной психотерапии. Первоначально Бек занимался исследованием депрессии, а затем перешел к изучению широкого круга психологических проблем, включающих в себя тревожные расстройства.

Рассмотрим когнитивную терапию депрессии. Некоторые люди смотрят на мир через так называемые розовые очки. Когнитивный подход Бека к депрессии предполагает, что «очки» человека, страдающего от депрессии, имеют тонированные стекла. Бек считает, что симптомы как депрессии, так и тревожности являются результатом представлений клиента о мире. В частности, мышление человека, страдающего депрессией, характеризуется когнитивной триадой:

- негативным взглядом на себя (низкая самооценка);

- на свое личное будущее;

- на свои переживания.

Люди, находящиеся в состоянии депрессии, также допускают грубые ошибки при обработке информации – они обычно преувеличивают негативное и преуменьшают позитивное.

Пациенты, страдающие депрессией также склонны к излишнему обобщению («Никто меня не любит»). Еще одной ошибкой таких пациентов является избирательная абстракция, при которой одна деталь вырывается из ситуации, а затем обобщается.

По мнению Бека, склонность к депрессивным состояниям приобретается в раннем детстве. Он считает, что дети мыслят глобальными, абсолютными категориями – и/или, а у депрессантов эти примитивные способы мышления сохраняются и в зрелом возрасте. В частности они придерживаются неких примитивных, упрощенных схем, усвоенных в раннем возрасте.

Когнитивная терапия является систематическим конструрированным, решающим проблемы подходом. Обычно она ограничена во времени и редко превышает 30 сеансов. Каждый терапевтический сеанс имеет программу, в которой в отличие от свободной формы психоанализа или клиентцентрированной терапии. Бек полагает, что терапевт должен быть доброжелательным, эмпатичным и искренним. Однако при этом не считает, что этого достаточно для проведения терапии. Скорее терапевтические отношения важны, поскольку являются источником изучения. Сам терапевт является моделью того, чему он хочет научить. Если терапевт чересчур обстоятелен и может читать нравоучения, это просто подкрепит первоначальную рассудительность клиента.

Конечная цель когнитивной терапии – выявить дисфункциональные суждения, увидеть, как они «спускают курок» и вызывают депрессивные чувства и поведение, а потом попытаться их изменить. Важно отметить, что Бек заинтересован не столько в том, о чем клиент думает, сколько в том, как он думает.. Он даже допускает, что иногда депрессивные познания могут быть правильными (например, кто-то может игнорировать вас, потому что вы ему не нравитесь). Бека не интересует процесс обучения «позитивному мышлению». Он считает его столь же разрушительным, как и негативное мышление. Вопрос не в том, любит ли себя клиент или нет, а в том, мыслит ли он категориями «Я хороший» или «Я плохой» в зависимости от того, что происходит.

Аналогичным образом жизнь для Бека – это не поиски счастья. Счастье, по его мнению, является побочным продуктом деятельности. Бек хочет, чтобы его клиенты научились проверять гипотезы. Даже если депрессивные мысли иногда могут быть правильными, депрессия возникает при наличии депрессивной триады и дисфункциональных ошибок людей при обработке информации. Бек пытается научить клиентов рассматривать эти идей в качестве гипотезы, а не фактов, а потом проверять их с помощью доказательств. Развитие такой установки проверки гипотез приведет к созданию гораздо более гибкой, ненавязчивой когнитивной системы, способной справиться с возникающими иногда негативными мыслями, которые подкрепляются доказательствами. Во время первых сеансов Бек изучает трудности клиента и составляет план действий. Связь между мыслями и чувствами демонстрируется клиенту на примерах. Затем используется две основные линии атаки для борьбы с дисфункциональными мыслями. Это бихевиоральные и когнитивные техники.

Бихевиоральные техники используются в первую очередь с клиентами, находящимися в глубокой депрессии. Такие клиенты могут испытывать трудности при обработке информации. Следовательно, когнитивные вмешательства для них часто являются неэффективными.

Бихевиоральные вмешательства помогают снять депрессию клиента. Заставить клиента действовать – значит научить его оказывать сопротивление мыслям типа «Я ничего не могу сделать» или «Я кретин». К тому же терапевт может заставить клиента приступить к проверке дисфункциональных мыслей во время реальных актов его поведения. После того, как удастся снять депрессию, клиент становится открытым для когнитивного вмешательства.

Бек не верит, что вылечить депрессию можно одними только бихевиоральными методами. Нужно также бороться с основными негативными мыслями, которые вызвали депрессию, иначе она вернется снова.

Бек использует несколько бихевиоральных вмешательств. Например, *перечень ежедневных действий* является почасовой записью клиентом своих поступков, какими бы тривиальными они не были. Это помогает бороться с такими дисфункциональными мыслями, как «Я никогда ничего не делаю».

При работе с клиентами, страдающими депрессией, Бек использует также другое бихевиоральное вмешательство – серию *поэтапных заданий*. Клиент, для которого подъем с кровати является достижением, может получить задание почистить зубы и побриться. После того, как он справится с этим ему может быть поручено приготовить себе завтрак и отправиться на прогулку. На следующей неделе его задание может включать в себя чтение газеты и просмотр объявлений о рабочих вакансиях. Стратегия заключается в подборе заданий, которые постепенно возвращают клиента, страдающего депрессией к полному функционированию. Однако при этом, важно подбирать такие задания, которые под силу клиентам. Бек подчеркивает, что целью поступка является его совершение, а не доведение до конца.

Еще одной техникой является *когнитивная репетиция* Клиенты, страдающие глубокой депрессией, часто не могут справиться со сложным заданием, поскольку испытывают трудности с концентрацией и мышлением. В результате они могут навредить сами себе. Чтобы предугадать трудности, которые могут встретиться при выполнении задания, терапевт заставляет клиента отрепетировать его, т.е. пройти шаг за шагом. В этом случае трудности обнаруживаются заранее и клиенту удается принять меры по их преодолению. К тому же терапевт может дать клиенту соответствующие рекомендации.

В качестве еще одной техники, используется также ролевая игра. После того как депрессия уменьшится, психотерапевт может начать сосредотачиваться на когнитивных техниках. Вначале необходимо добиться понимания клиентом связи между своими мыслями и чувствами. Для этого ему дается задание вести ежедневный *отчет о бессознательных мыслях*. Каждый раз, когда клиент замечает наступление депрессии, он должен попытаться восстановить мысли, предшествовавшие наступлению депрессивных чувств.

Кроме ежедневных записей дисфункциональных мыслей и чувств клиента просят отметить альтернативные, менее дисфункциональные пути восприятия ситуации. В результате клиент понимает, что ограничивает себя одним способом восприятия ситуации, в то время, когда их существует множество.

Основной когнитивной техникой, используемой терапевтом, является *опрос*. Вопросы ставятся так, чтобы помочь клиенту изучить и проверить дисфункциональные мысли. При этом важно отметить, что Бек предпочитает задавать вопросы, а не разубеждать клиента в его дисфункциональных мыслях. Техника опроса Бека мобилизует депрессивных клиентов ставить под сомнение собственные мысли.

**Когнитивная терапия личностных расстройств**

В последнее время когнитивная терапия получила дальнейшее развитие благодаря лечению личностных расстройств. Бек и его коллеги считают, что личностные расстройства, например, зависимое и параноидальное расстройства, являются приобретенными дисфункциональными межличностными стратегиями или схемами, которые запускаются в различных ситуациях.

Эти дисфункциональные схемы приобретаются в детстве и постоянно влияют на поведение человека. Например, при параноидальном личностном расстройстве индивид обычно относится у другими людям с подозрением и реагирует на них негативно и агрессивно. Это расстройство основано на схемах, при которых такие люди изображают себя добродетельными и испытывающими плохое отношение со стороны окружающих. Последние, в свою очередь, рисуются ими подозрительными и недоверчивыми, что заставляет их быть постоянно настороже и выискивать признаки плохого отношения и неуважения со стороны других.

Целью когнитивного терапевта при лечении личностных расстройств является изменение этих дисфункциональных схем. Многие из техник, используемых когнитивной терапией при лечении депрессии и тревожности, применяются при работе с личностными расстройствами. Однако полное изменение этих схем требует очень большого времени и терапевтическая стратегия часто состоит не в их полном уничтожении, а в частичном изменении, чтобы сделать их менее дисфункциональными. При праноидальном личностном расстройстве терапевт может поощрить клиента научиться доверять некоторым людям в определенных ситуациях или проверять свои дисфункциональные схемы, чтобы не руководствоваться ими слишком жестко.

Следует отметить одну новую стратегию при работе с личностными расстройствами. Бек и его коллеги отмечают, что иногда стойкие дисфункциональные межличностные модели нельзя модифицировать, не обратившись к переживаниям детства. С детскими переживаниями здесь работают не так активно, как при психоанализе. Однако когнитивный психотерапевт может заставить клиента «проиграть» встречу со своим отцом или матерью, если они являются основным источником приобретения им дисфункциональных схем. В когнитивной терапии клиент не просто заново возвращается к травматическим переживаниям раннего детства, а с помощью ролевой игры старается использовать функциональные взрослые способы реагирования на человека, о котором идет речь. Это позволяет клиенту переоценить детские переживания с точки зрения взрослого и отбросить старые дисфункциональные установки, возникшие из этих переживаний. Эту стратегию можно рассматривать как развитие идеи «ярких мыслей».

Обычно человек идентифицирован со своими автоматическими мыслями. Когда он прокручивает в уме привычную мысль, например, «этот человек – мой враг», он механически приравнивает ее к реальности. Задача психотерапевта – показать не реалистичность автоматической мысли и побудить пациента принять участие в формировании реалистической. Помимо этого, может применяться домашнее задание с каждодневной фиксацией автоматических мыслей и дальнейшее обсуждение этих записей с терапевтом, взвешивание всех «за» и «против», определение альтернативных возможных вариантов схем и др.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На основе рассмотренного когнитивного подхода Бека, можно определить, что основными особенностями когнитивной терапии являются:

Активность (терапия протекает при полном понимании пациентом плана, целей, техник; устанавливаются отношения, по словам А.Бека «эмпирического сотрудничества», при котором терапевт мобилизует клиента к деятельности и активному участию).

Структурированность (данная терапия основана на двухуровневой структуре организации когнитивных процессов).

Краткосрочность (сеанс длится 40-50 мин. От 6 до 25 сеансов в зависимости от вида психологического расстройства).

Симптомоориентированность (прицельная направленность на конкретный симптом).

Таким образом, цель когнитивной терапии – приспособить процесс информации к начальным позитивным изменениям во всех системах посредством действий внутри когнитивной системы. И А. Бек предложил пути этих изменений.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Московский психиатрический журнал. Спецвыпуск по когнитивной терапии-1996.-№3.-С.40-49.
2. Соколова Е.Т. Общая психотерапия.-М.: Проспект, 2001.-652с.
3. Тодд Дж., Богарт А. Основы клинической и консультативной психологии.-М.: Эксмо-Пресс, 2001.-768с.
4. Шавердян Г.М. Основы психотерапии.-СПб.:Питер, 2007.-208с.