

Лекция №7. Когнитивно-поведенческая психотерапия (часть 1).

Когнитивно-поведенческая психотерапия. Общая характеристика.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это комплексное направление в психотерапии, представляющее собой объединение когнитивного и поведенческого (бихевиористского) подхода.

Из первого подхода она вобрала в себя постулаты о том, что все проблемы и расстройства психического плана вызваны неправильными (нелогичными, нецелесообразными) убеждениями, взглядами, мыслями, жизненными принципами и приоритетами. Они порождают дисфункциональные стереотипы мышления, которые приводят к неразрешимым и тяжёлым ситуациям.

От бихевиоризма КПТ заимствовала идею о том, что проблемное, нездоровое, неадекватное поведение человека — результат неправильно сформированных навыков в результате соответствующего обучения.

Когнитивно-поведенческая психотерапия интегрировала основы обоих направлений и сумела их гармонично соединить в единое целое. Первоначально данный подход начал свое функционирование как сугубо поведенческая психотерапия, а его когнитивная составляющая сформировалась позднее. В связи с этим, в литературе часто когнитивно-поведенческую психотерапию обобщенно называют поведенческой (бихевиоральной), подразумевая, что когнитивная составляющая «автоматически» включается в это понятие.

Поведенческая психотерапия принадлежит к числу относительно молодых методов психотерапии. В качестве самостоятельного метода поведенческая психотерапия сложилась в 50-е гг. двадцатого века и, практически сразу, с момента своего образования, начала очень бурно расти и развиваться, подразделившись на несколько направлений.

С самого начала своего развития поведенческая психотерапия опиралась на классические поведенческие теории (бихевиоризм) и в этом плане заимствовала у психологии поведения пристальное внимание к экспериментально полученному знанию и пренебрежение к тем психическим явлениям, которые не поддаются непосредственному наблюдению и объективной фиксации.

В этом отношении она является альтернативой психоанализу и всему психодинамическому направлению, серьезно потеснив его с рынка психотерапевтических услуг и для этого есть объективные основания.

Такие качества поведенческой психотерапии как конкретность, прагматизм, четкая постановка целей и структурированность процесса работы, краткосрочность и быстрая результативность (хотя и не всегда в долгосрочной перспективе) доказательность и т.д., хорошо вписываются в современные реалии развития медицины, в частности, в наибольшей степени удовлетворяют запросы различных финансово-административных структур,

обеспечивающих оплату психотерапевтических услуг (страховые, больничные кассы и т.д.), тенденцию к утверждению принципов доказательной медицины (научность), как правило не требуют наличия специальных условий для ее проведения, например, обеспечивают возможность использования в амбулаторной практике (практичность) и т.д.

Обучение поведенческой психологии входит в обязательный стандарт подготовки врачей психиатров многих стран, например, США, Германии.

Важное преимущество поведенческой психотерапии –конкретность и «понятность» ее целей и методов (стандартизированность) как для пациента, так и для специалиста и административно – финансовых служб, к которым он относится.

Поведенческая психотерапия основывается на психологии поведения (бихевиоризме) и разработанных им теориях научения. В результате под этим термином скрывается большое количество различных подходов и методов.

Представление о личности и детерминантах личностного развития.

С точки зрения бихевиоризма –личность – это ее поведение или опыт, который приобрел человек в течении жизни в результате научения, при этом, основной целью поведения личности является достижение адаптации к окружающей среде.

Научение – центральная проблема бихевиоризма, определяющая личностные особенности. Научение – это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Оно рассматривается как появление определенных способов поведения или его модификации в условиях действия конкретных раздражителей при повторении одинаковой ситуации. Здоровье и болезнь – это результат того, чему человек научился или не научился в течении жизни.

Невротический симптом (невротическое поведение) рассматривается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения. Другими словами поведенческая терапия с самого начала рассматривала болезненное поведение как одну из множества других форм поведения, подчиняющуюся тем же самым законам, что и поведение здоровое. Соответственно, в качестве основного методического принципа и главной задачи поведенческой психотерапии рассматривалось научение или переобучение более адаптивным способам поведения или терапевтического обучения, основывающегося на достижениях психологии.

Виды научения.

Существуют 3 основных вида научения, на которых базируется психология поведения и, соответственно поведенческая психотерапия.

1. Классическое обусловливание
2. Оперантное (инструментальное) обусловливание.
3. Социальное (викарное) научение или моделирование.

Основными инструментами для модификации поведения в этих процессах являются подкрепление (позитивное и негативное) и наказание. И позитивное и негативное подкрепления усиливают частоту реакции. Наказание уменьшает частоту реакции. Иногда путают наказание и негативное подкрепление, но они совершенно различны. Подкрепление усиливает поведение, а наказание ослабляет его.

Позитивное подкрепление – это предъявление стимулов, которые усиливают реакцию. Иными словами, это награждение. Примером может служить учитель, который хвалит ребенка за хорошую учебу.

Негативное подкрепление – процесс усиления поведения путем изъятия, удаления негативных стимулов, таких как боль, скука, избыток тепла или холода и т. п. Примером может служить пациент, испытывающий страх в метро, может избежать этого переживания, оставшись дома.

Кроме того, выделяют дискриминационное научение, которое имеет место тогда, когда реакция награждается (или наказывается) в одной ситуации, но не награждается (не наказывается) – в другой. В таком случае говорят, что реакция (поведение) находится под контролем стимула. Этот процесс особенно важен в объяснении гибкости поведения в различных социальных ситуациях.

Генерализация состоит в том, что поведение обнаруживается в иных ситуациях, а не только тех, в которых оно было приобретено. Например, терапевт может помочь пациенту стать более уверенным и экспрессивным во время терапии. Но цель терапии в том, чтобы пациент стал более уверенным в реальных жизненных ситуациях, другими словами, очень важно, чтобы произошла генерализация

Классическое обусловливание.

Основы классического обусловливания были созданы в начале XX века И. П. Павловым. В опытах Павлова условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается условная связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны).

Формирование условного рефлекса происходит при наличии

1. совпадении по времени условного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением условного
2. повторения, многократного сочетания условного и безусловного раздражителя.

Схема условного рефлекса S-R (стимул - реакция). Для усиления поведения сформированного на этой основе в подкреплении нуждается условный стимул, предшествующий реакции (поведение типа S).

Важный феномен для практики психотерапии, описанный Павловым – угасание.

Угасание – постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами. В отсутствии подкрепляющего действия безусловного раздражителя сила условной реакции постепенно уменьшается (психотерапевтический принцип систематической десенситизации, реципрокного торможения, иммерсионных техник).

Хорошо известным наглядным примером классического обусловливания является эксперимент Джона Б. Уотсона (J. B. Watson) с девятимесячным мальчиком Альбертом, на основании которого Уотсон сделал вывод, что дети научаются всему, в том числе фобиям.

Инструментальное, или оперантное, обусловливание

Условные связи могут также возникать между реакциями и стимулами, которые следуют за ними, другими словами, между поведением и его последствиями. Например, ребенок научается говорить «пожалуйста», чтобы получить конфету. Эти реакции являются инструментами для получения какой-то награды. Инструментальное обусловливание – это процедура научения, при которой реакции приводят к награждению или желаемому эффекту.

Принципы инструментального научения открыл американский психолог Эдвард Торндайк (Edward Thorndike) примерно в то время, когда Павлов проводил эксперименты в России. Животное – обычно голодная кошка, помещалась в специальную клетку, названную «загадкой», и должна была научиться какой-то реакции; например, наступить на маленький рычаг для того, чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошке это удавалось, она награждалась пищей и вновь возвращалась в ящик. После нескольких проб кошка спокойно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, как результат выбора нужного эталона поведения и последующего его закрепления. Научение, согласно Торндайку, управляется *законом эффекта*: поведение контролируется его результатами и последствиями; поведение, которое приводит к достижению положительного результата, удовлетворению, закрепляется, и наоборот – не приводящее к положительному результату стирается или ослабляется.

Спустя несколько десятилетий американский психолог, Б. Скиннер (B. Skinner), развил идеи своего предшественника. Скиннер подчеркивал, что при инструментальном обусловливании животное оперирует со средой, производит какое-нибудь движение, воздействует на среду. Поэтому процесс научения этим реакциям он назвал оперантным обусловливанием.

Оперантное обусловливание подчеркивает, что поведение есть функция его последствий. Для описания оперантного обусловливания используется формула R- S. (научение типа S). Стимул следует за поведенческой реакцией. Подкрепление связано с реакцией.

Социальное научение.

Как правило, научение у людей имеет место тогда, когда они находятся с другими людьми. И в большинстве случаев научение следует принципам инструментального и классического обусловливания. Согласно традиционным взглядам на обусловливание, для того чтобы произошло научение, организм должен иметь непосредственный, личный опыт с сочетаниями стимулов или с последствиями реакций (поведения). Теоретики же социального научения утверждают, что люди также учатся на опыте других, посредством процессов, известных как викарное обусловливание и викарное научение (или моделирование).

Викарное обусловливание может быть как классическим, так и инструментальным.

Опыты Альберта Бандура продемонстрировали, что научение может осуществляться не только посредством прямого обусловливания, но также и посредством викарного (замещающего) обусловливания. Викарное научение – это способность обучаться новому поведению, наблюдая поведение других, при этом научение возможно и без подкрепления. Бандура показал, что сложное социальное поведение формируется посредством наблюдения и имитации социальных связей.

Формула для описания процесса: S-промежуточные переменные – R. В данном случае решающая роль отводится воздействию на промежуточные переменные, а не на подкрепление стимула или реакции.

Таковы основные виды или принципы научения в поведенческой психологии и поведенческой психотерапии. Объектом терапевтического вмешательства которого становилось болезненное, т.е. доставляющее страдания самому человеку или его непосредственному окружению, поведение.

Устранив или модифицировав болезненное поведение, психолог избавляет пациента от страданий и достигает заранее согласованных с пациентом целей терапии.

Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему обучению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (классическое и оперантное обусловливание) до методов, направленных на изменение более глубоких закрытых образований (основанных на теориях социального научения, моделировании и социальных подходах).

Теоретические и методологические потребности такой эволюции и создали объективные предпосылки для продуктивной интеграции поведенческого и когнитивного подходов в рамках целостного взаимосвязанного направления.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные – на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. И те и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы они практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, в когнитивно-поведенческую модель.

Мишень «чистого» поведенческого терапевта – изменение в поведении; мишень когнитивного терапевта – изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

С этой точки зрения поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия — с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали.

Различные подходы в поведенческой терапии отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом конце – теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории.

Общие характеристики поведенческой терапии и ее цели.

Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов.

Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения человеческого поведения – психологическая, которая

фундаментально отличается от психодинамической – квазиэволюционной – модели психического заболевания.

Второе положение: приверженность научному методу.

Из этих двух основных положений вытекают следующие.

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни, с точки зрения поведенческой терапии представляют собой непатологические «проблемы жизни». К таким проблемам относятся прежде всего тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения.

2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.

3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее специфичность: человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.

4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделения в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально к различным проблемам у различных индивидов.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) необязательно для осуществления поведенческих изменений: успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

7. Поведенческая терапия основана на научном подходе. Это значит, во-первых, что она отталкивается от ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; во-вторых, терапия согласуется с содержанием и методом экспериментально-клинической психологии; в-третьих, используемые техники можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно или чтобы повторить их; в-четвертых, терапевтические методы и концепции можно оценить экспериментально.

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый коррективный опыт научения. Коррективный опыт научения предполагает приобретение новых умений совладания (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов.

В современной поведенческой терапии этот коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Коррективный опыт научения является результатом широкого диапазона различных поведенческих стратегий, которые осуществляются как в ходе лечебных сеансов, так и между сеансами терапии. Научение тщательно структурируется.

Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни между терапевтическими сеансами. Пациентам предлагается, например, практиковать релаксационный тренинг, контролировать ежедневное потребление калорий, совершать различные самоутверждающие действия, сталкиваться с ситуациями, вызывающими тревогу, воздерживаться от выполнения навязчивых ритуалов.

Однако поведенческая терапия не является односторонним процессом влияния терапевта на пациента, направленным на вызов изменений в его убеждениях и поведении. Терапия предполагает динамическое взаимодействие терапевта и пациента.

Решающим фактором терапии является мотивация пациента. Сопротивление изменению и отсутствие мотивации являются причинами неудачного лечения.