

3. PODEJŚCIE BEHAVIORALNE

Przedstawiciele behawioryzmu uznają za naukowe i obiektywne jedynie to, co sprawdzalne empirycznie. Ich zainteresowania koncentrują się na wpływie otoczenia na zachowanie człowieka. Opierają się na teorii uczenia się.

Symptomy psychopatologiczne uważa się za skutek zachowań wyuczonych, nabytych i nieprzystosowanych. Lęk jako stan wewnętrzny nie interesuje behawiorystów, lecz fakt, iż określony bodziec zewnętrzny zaczyna wywoływać niepożądaną reakcję. Zachowania takie ukształtowane zostają w procesie warunkowania (klasycznego, instrumentalnego) lub modelowania.

W toku warunkowania klasycznego uczymy się znaczenia pewnych bodźców, podczas warunkowania instrumentalnego nasze zachowania uzyskują określone wzmocnienia, a modelowanie pozwala nam na uczenie się poprzez obserwowanie i naśladowanie innych.

Przyjrzyjmy się przykładowym technikom opartym na zasadach warunkowania i modelowania:

- reakcja lękowa może zostać zahamowana przez równoczesne wywołanie reakcji antagonistycznej; w ten sposób następuje skojarzenie bodźca lękotwórczego z reakcją o charakterze antagonistycznym, Np. bodziec lękotwórczy – stan relaksacji, co osłabia siłę poprzedniego związku: bodziec lękotwórczy – reakcja lęku; następuje więc przeuczenie; w takim wypadku terapię zaczyna się od uzyskiwania stanu relaksu, po czym bodziec lękotwórczy ma początkowo słabe nasilenie, stopniowo wzrastające aż do osiągnięcia jego właściwej siły (często stosuje się wyobrażenie sytuacji lękotwórczej, potem stosuje się jej złagodzenie przez obecność i wsparcie osób bliskich, a następnie doprowadza do sytuacji samodzielnego radzenia sobie),
- uczenie się instrumentalne opiera się na stosowaniu wzmocnień pozytywnych i negatywnych (brak wzmocnień zachowań niepożądanych) przy pozytywnym wzmocnianiu zachowań oczekiwanych; wzmocnienie pozytywne powodują wzrost zachowań pożądanых, natomiast brak wzmocnień zachowań niewłaściwych powoduje ich wygaśnięcie,
- przebywanie z osobami podobnymi do osoby przeżywającej lęk, ale nie przeżywającymi lęku, powoduje upodabnianie się zachowań i osłabianie siły reakcji pierwotnej; tu także stosuje się stopniowe oswajanie z bodźcem awersyjnym.

Jako kryterium patologii zachowań uznaje się skutek zachowania w postaci cierpienia jednostki lub szkody ponoszone przez otoczenie z powodu jej zachowania. Zadaniem terapeuty jest rozpoznanie sposobu ukształtowania się zachowania, mechanizmu powstania określonych reakcji i nawyków. Celem psychoterapii jest likwidacja zachowań niepożądanych i wytworzenie w ich miejsce zachowań pożądanых. Jeśli stworzymy pacjentowi odpowiednie warunki, uczenie się następuje automatycznie. Oczywiście zawsze powstaje pytanie, czy zmiana samego zachowania stanowi dostatecznie istotną zmianę i jest wystarczającym wskaźnikiem efektywności terapii.

4. TERAPIA POZNAWCZA

Psychoterapia poznawcza, chociaż w znacznej mierze odmienna od terapii behawioralnych, także odwołuje się do twierdzenia, iż zachowanie człowieka jest wynikiem procesów uczenia się. Tyle, że efektem uczenia się są nie tylko zewnętrzne zachowania, ile przede wszystkim określone struktury poznawcze, które z kolei wpływają na zewnętrzne zachowania i na reakcje emocjonalne. Zaburzenia powstają w rezultacie procesu uczenia się. Zaburzenia emocjonalne i zachowania są skutkiem zaburzeń myślenia. Między sytuacją, zdarzeniami, w jakich pacjent uczestniczy, a jego emocjami i zachowaniami pośredniczy

sposób interpretacji zdarzeń składających się na tę sytuację. Stały, automatyczny, uznawany za oczywisty sposób interpretacji zdarzeń powinien być traktowany wyłącznie jako hipoteza, którą należy weryfikować.

W pracy terapeutycznej pacjent uczony jest rozpoznawać stosowane przez siebie błędy w myśleniu, które przyczyniają się do utrzymywania dysfunkcyjnych interpretacji zdarzeń. Uczy się także identyfikować schematy poznawcze, tkwiące u podstaw irracjonalnych myśli.

Czynnik wywołujący → interpretacja → konsekwencje (przeżycia i zachowania).

Moje myśli w danej sytuacji → wzbudzają uczucia → wyznaczają moje zachowanie

Terapia kognitywna stara się pomóc osobie w rozpoznaniu i zmianie błędnych wyobrażeń i procesów poznawczych. Chodzi zatem o funkcjonowanie umysłu pacjenta. Człowiek dokonuje interpretacji na podstawie przekonań, czyli pewnych utrwalonych schematów, które mogły powstać w jego umyśle dawno, nawet w dzieciństwie.

Najbardziej popularne terapie tej orientacji to:

- racjonalno-motywacyjna terapia Ellisa oraz
- kognitywna terapia Becka.

Terapia racjonalno-emocjonalna-behawioralna Ellisa

Wg Ellisa psychopatologia wpływa z nieracjonalnych przekonań, a zwłaszcza:

- Przekonania, iż coś nie może mi się zdarzyć (np. nie powinienem być krytykowany),
- Przekonania, iż nasza wartość zależy od naszych sukcesów,
- Przekonania, że nasze powodzenie zależy od czynników zewnętrznych.

W konsekwencji przeżywamy smutek, przygnębienie, złość, poczucie winy oraz pojawiają się zachowania zwrócone przeciwko sobie.

Głównym celem psychoterapii jest pomoc pacjentowi w zrezygnowaniu z jego nierealistycznych poglądów. Tendencja do myślenia irracjonalnego jest wrodzona. Często bywa wzmacniana przez otoczenie – np.:

Wszyscy powinni nas lubić i szanować.

Wartość człowieka wyznaczają jego sukcesy.

Życie powinno się układać zgodnie z naszymi planami, inaczej będzie katastrofa.

Ludzkie szczęście zależy od losu, loterii, zbiegu okoliczności i innych zdarzeń, na które nie mamy wpływu.

Każdy problem ma doskonałe rozwiązanie i należy je koniecznie znaleźć.

Pod koniec Ellis wprowadza znaczenie i reorganizację wartości – rozszerzenie, zmiana punktu widzenia – w kierunku samoakceptacji, tolerancji i wartości przeżyciowych.

Wspólną cechą irracjonalnych poglądów jest silne, sztywne przekonanie, iż rzeczy muszą być w określony sposób uporządkowane (zrozumiałe), że ludzie muszą się zachowywać w określony (przewidywalny) sposób, że my musimy coś konkretnego zrobić. Jeśli nie ma tego, co powinno lub musi być, nadejdzie nieuchronnie katastrofa.

W terapii nie należy zajmować się analizą zdarzeń przeszłych, bo nie można w nich nic zmienić. Nie poświęca się dużo czasu na analizę obecnych negatywnych emocji, by ich zbyt nie aktywizować i rozszerzać. Interpretacja terapeuty nie wskazuje na związki między aktualnymi problemami czy trudnościami a dawnymi przeżyciami, lecz na związki pomiędzy aktualnymi skargami i poglądami, odpowiedzialnymi za obecny brak satysfakcji i negatywne emocje.

Ellis proponuje inny rodzaj wglądu niż poszukiwanie powiązań z przeszłością. Wgląd oznacza:

1. Zrozumienie, że wpływ zdarzeń jest uzależniony, określony postawami wobec nich.
2. Wgląd oznacza zrozumienie, że aktualne oceny zdarzeń są irracjonalne.
3. Odrzucić te i szukać oraz wypróbować inne podejścia.

Terapeuta jest aktywny, wiele wyjaśnia, przekonuje, daje zadania domowe (perfekcjonista nie sprząta, zaganiany lub niezastąpiony zostawia wszystko i wyjeżdża).

Relacja terapeuty i pacjenta: współpraca, ale ekspertem jest terapeuta. Akceptuje, ale krytykuje poglądy i zachowania. Trenuje, odgrywa, nie pozwala na irracjonalne przeniesienia. Sny, symbole, archetypy – strata czasu.

Najważniejsze – optymalna tolerancja wobec siebie (minimalizacja wymagań) i wobec innych. Własne sukcesy nie są konieczne do akceptacji siebie. Zachowania innych zgodne z własnymi oczekiwaniami nie są konieczne do ich tolerowania.

Terapeuta ma pomóc w pełnym przeżywaniu i radości z tego, co się realnie dzieje tu i teraz. Rezygnując z teraz, marnując to, co tu, zmniejsza pacjent szanse na satysfakcję w przyszłości.

Terapia poznawcza Becka

Wg Becka zaburzenia psychiczne wynikają z nieprzystosowawczych schematów poznawczych i postaw dysfunkcyjnych. U podłoża poszczególnych zaburzeń leżą inne treści poznawcze. U pacjentów depresyjnych dominują następujące schematy:

- Negatywnie interpretują wszystkie wydarzenia,
- Nie lubią samych siebie,
- Negatywnie oceniają przyszłość.

Cele psychoterapii kognitywnej:

- Zidentyfikowanie irracjonalnych przekonań i schematów,
- Zastąpienie irracjonalnych przekonań racjonalnymi.

Podstawowe przekonania kształtują osobowość. Powstają one z osobistych doświadczeń i identyfikacji ze znaczącymi osobami. Jednostka wytwarza sobie wyobrażenia o sobie, o innych i o tym, jaki jest świat. Tworzone przez osobę schematy mogą być adaptacyjne lub dysfunkcyjne. Np. pacjent depresyjny myśli negatywnie o sobie, swoim otoczeniu i o swojej przyszłości. Takie pesymistyczne myślenie wpływa na jego emocje, procesy motywacyjne, relacje z ludźmi, skuteczność działania oraz prowadzi do objawów psychicznych i somatycznych. Owe negatywne myśli określa Beck myślami automatycznymi, gdyż one same się narzucają.

Przykłady:

1. Znowu się nie uda, znowu będzie źle. Nigdy nie będzie dobrze.
2. To było o mnie, znowu coś przeciwko.
3. Przesada – niby dobrze, ale w sumie stracony czas, bo ktoś popatrzył, powiedział...
4. Nadmierna odpowiedzialność – to przeze mnie, gdybym inaczej.
5. Zawsze to mnie musi spotkać pech. Taki już mój los.

Terapeuta nie ocenia poglądów. Stawia pytania o ich użyteczności, o skutki i ich sens. Beck proponuje dialog sokratejski – prowadzenie do logicznych wniosków. Odkrywanie innego widzenia.

PODSTAWY TEORETYCZNE PPB

Cechą wspólną terapii poznawczych i behawioralnych jest nacisk na procesy uczenia się – sposobu myślenia i sposobu zachowania.

Model ABC Ellisa:

A – wydarzenie aktywizujące,

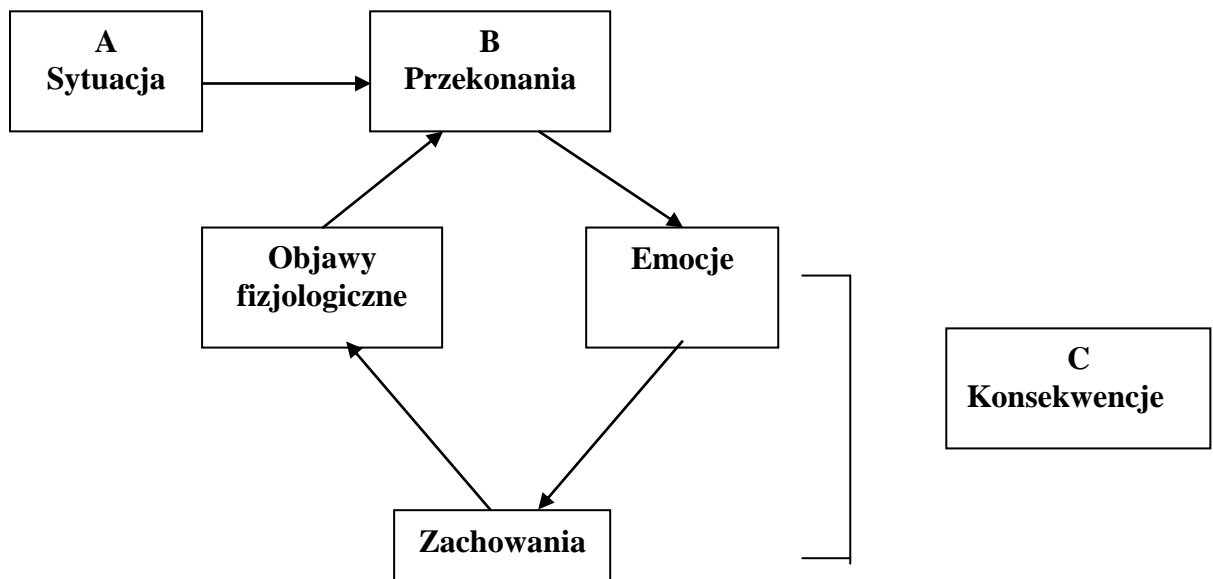
B – przekonania,

C – konsekwencje (emocje, objawy somatyczne i zachowania).

Wydarzenia aktywizujące stanowią pretekst dla aktywacji myśli, stanowiących odzwierciedlenie bardziej utrwalonych przekonań danej osoby na temat siebie, ludzi i świata oraz zasad nim rządzących.

Problem powstaje wówczas, gdy myśli negatywne stają się ugruntowanymi i aktywizującymi takie przekonania o sobie, o innych i własnej przyszłości wpływającymi na powstanie lub podtrzymywanie objawów zaburzenia.

Ellis podkreśla wielokierunkowość zależności: myślenie – emocje – zachowanie – objawy fizjologiczne. Niemniej istotę modyfikacji zaburzonego sposobu funkcjonowania widzi w modyfikacji sposobu myślenia lub zmianie zachowania.



Istotne relacje:

przekonania – zachowanie,

przekonania – emocje,

przekonania – objawy fizjologiczne (somatyczne)

Wspólnym podłożem przekonań będących podstawą ludzkich problemów jest formułowanie imperatywów dotyczących siebie, ludzi i świata (życia). One

skazują jednostkę na niepowodzenia, gdyż rzeczywistość nie ma zwyczaju spełniać oczekiwań ludzi.

MYŚLI AUTOMATYCZNE

M. a. – pojawiające się w danej sytuacji natychmiast i niezależnie od woli, odpowiedzialne za wzbudzenie i podtrzymywanie specyficznych emocji. To z kolei lokalizuje je w obszarze pierwotnej oceny poznawczej.

M. a. pojawiają się po zadziałaniu bodźca, którym może być zachowanie innej osoby, obraz, dźwięk, podobieństwo sytuacji lub osób, wspomnienie. Treść m.a. nie zależy jednak od sytuacji – są one specyficzne dla jednostki w różnych okolicznościach. Treść jest charakterystyczna dla określonych stanów emocjonalnych. Stanowi o specyficzności poznawczej różnych zaburzeń psychicznych. M.a. pojawiają się w skrótowej postaci, przez co trudno je uchwycić, wydają się oczywiste, nie są więc przedmiotem krytycznej refleksji. Stanowią zarazem najszybszą, natychmiastową formę interpretacji zdarzenia czy sytuacji i tworzenia przewidywań.

Szczególne znaczenie w psychopatologii mają myśli automatyczne odnoszące się do Ja, będące wypadkową leżących u ich podłoża bardziej złożonych i ogólnych struktur poznawczych – schematów poznawczych. W schematach zawarte są przekonania o sobie, relacjach Ja – inni i przekonania dotyczące zjawisk otaczającej rzeczywistości (przede wszystkim wszystkiego, co moje i co dla mnie ważne).

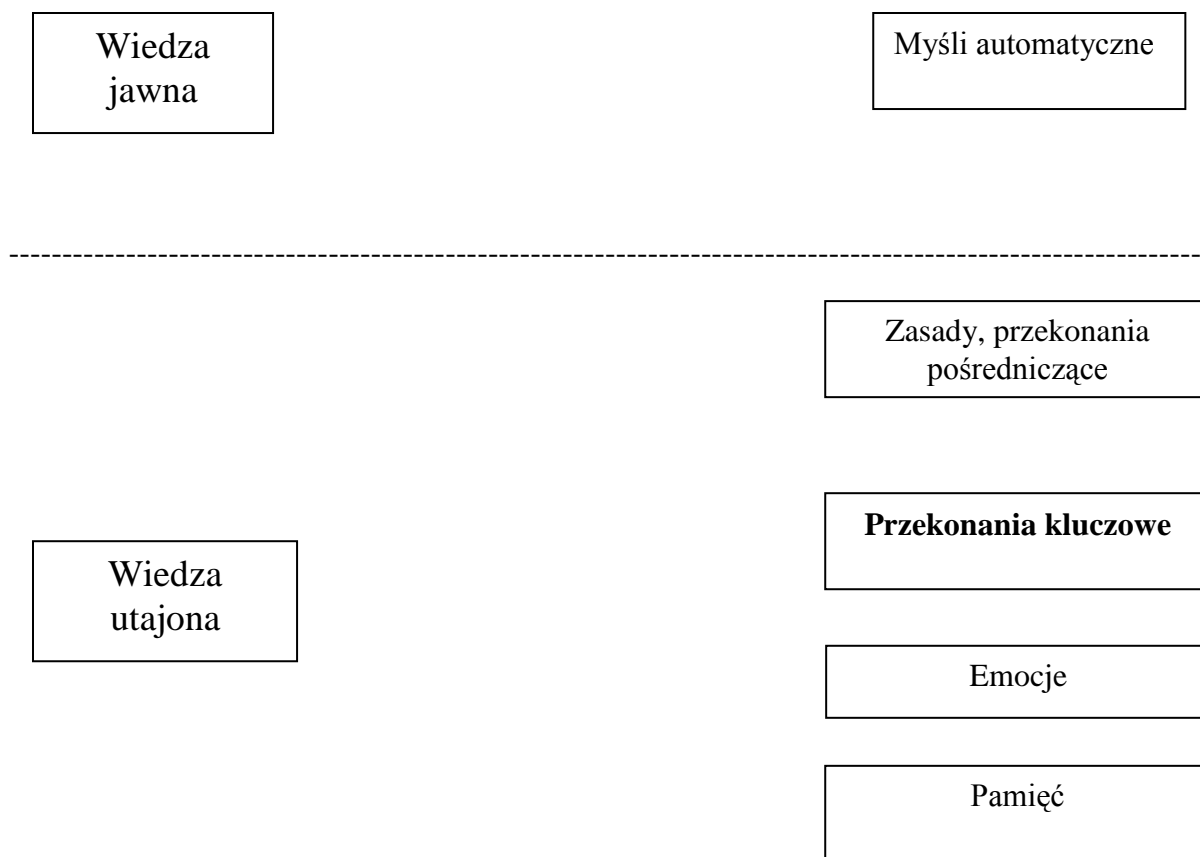
SCHEMATY POZNAWCZE

Schematy stanowią spójną i utrwaloną wiedzę jednostki sformułowaną na podstawie wcześniejszych doświadczeń i reakcji. Odpowiadają za wydobywanie z pamięci zdarzeń i informacji zgodnych z nastrojem danej osoby.

W sytuacji niejednoznacznej schematy stanowią wskazówkę (podpowieź) do interpretacji napływających informacji. W efekcie interpretacja nowych informacji często odbywa się zgodnie z podstawowymi przekonaniem i oczekiwaniami.

Wiedza zawarta w schematach tylko częściowo jest wykorzystywana świadomie. A priori przyjmuje się za słuszne i oczywiste treści zawarte w schematach poznawczych, determinujące z kolei zachowanie.

Wiele schematów nie podlega weryfikacji, spora część pozostaje poza świadomością człowieka, wchodząc w skład wiedzy utajonej. Schematy poznawcze osadzone są we wspomnieniach i nasycone emocjami.



Przekonania kluczowe – podstawowe przekonania o sobie i innych ludziach. Część istotna – schematy Ja – prywatne aksjomaty, często wyrażane w formie twierdzeń bezwarunkowych (jestem głupi, jestem silny, jestem skuteczny, jestem śmieszny). Przekonania kluczowe dotyczą także innych osób i rzeczywistości (ludzie są..., świat jest..., życie jest...).

Przekonania pośredniczące – by powierzchowne (jeśli będę szczery, wiele stracę; jeśli nie będę usłużny, to mnie docenią). Z tego powstają często zasady, określane własną filozofią życiową (Nie należy nikomu ufać, Lepiej się nie wychylać).

Przekonania sformułowane są na różnych etapach życia. Najsilniejsze są te wczesne, które powstały pod wpływem osób znaczących i bliskich. Mogą decydować o określonych deficytach, wrażliwych punktach, zwłaszcza w relacjach z ludźmi. Część z nich utrzymuje się przez całe życie, inne podlegają modyfikacji (zdobywanie wiedzy, nowe doświadczenia, zmiany rozwojowe). W przypadkach skrajnych pewne przekonania są silniejsze nawet od chęci życia (fanatyzm polityczny, religijny, w imię ratowania lub realizowania uznawanych wartości – kamikadze, dla dziecka, dla ojczyzny).

Schemat poznawczy organizuje zatem przyjmowanie i odrzucanie, różnicowanie i kategoryzowanie ogromnej liczby bodźców. Przekonania to wynik i zapis doświadczeń. Zbiór zasad decydujących o ocenie sytuacji i wyborze optymalnej strategii działania.

Wydarzenia życiowe są sygnowane emocjami pozytywnymi i negatywnymi. Stają się punktami orientacyjnymi w skomplikowanej rzeczywistości.

Sposoby znakowania zależą od różnic indywidualnych, także biologicznych (poziom ekspresji emocji, sposoby wyrażania, nasilenie optymizmu).

Poznawcza aktywność sprzyja selekcji informacji, aby je dopasować do już istniejących przekonań o sobie, relacjach i świecie. Z jednej strony ten

mechanizm redukuje dysonans poznawczy. Z drugiej jednak służy zachowaniu spójności dotychczasowego doświadczenia i adaptacji. W wyniku tego zmniejsza szansę optymalizacji funkcjonowania, nie pozwala bowiem na asymilację aktualnego doświadczenia i modyfikację już istniejących przekonań (elastyczność geniuszy, podstawa wynalazków, poziom otwartości i twórczego działania).

Proces poznawczy przebiega w cyklu życia w sposób nieciągły z okresami stabilizacji i rewolucyjnych przemian.

ZNIEKSZTAŁCENIE POZNAWCZE

Schematy poznawcze są wypadkową:

- procesów poznawczych uwarunkowanych neurofizjologicznie (pamięci, uwagi, myślenia)
- doświadczeń
- wpływu środowiska.

Analiza treści myśli, które łączą się z negatywnymi emocjami wskazuje na błędy logiczne określane jako zniekształcenia poznawcze. Są one zwykle niezauważalne i stanowią powszechną cechę myśli automatycznych. Zniekształcenia poznawcze występują u wszystkich ludzi. W psychopatologii widać ich większe nasilenie i trwałość, a niektóre są by charakterystyczne dla określonych zaburzeń.

Najb. powszechnym zniekształceniem jest **uogólnianie** – kwantyfikatory: zawsze, każdy, nigdy. Podobne: **myślenie dychotomiczne** (albo albo) – zwane też błędem **falszywego dylematu**.

Inne:

- **przepowiadanie przyszłości** (może być tylko gorzej),
- **katastrofizacja** (zwariuję),
- **wyciąganie pochopnych wniosków** (stało się, bo ja...),
- **personalizacja (to przeze mnie), czytanie w myślach** (powinien wiedzieć, że ...).
- **błędne koło** w rozumowaniu odzwierciedla zniekształcenie zwane uzasadnieniem emocjonalnym (czuję się przy nim tak cudownie, a więc: to dobry człowiek; matka mordercy – mój syn), minimalizowanie: pomijanie pozytywów lub negatywów (tak, ale... +/-).
- **selektywna uwaga** – wybieranie treści potwierdzających założenie pierwotne (wiedziałem, że tak lub nie).
- **etykietowanie** – teoria naznaczenia społecznego. „Uważaj co do siebie mówisz, bo może okazać się, że słuchasz”.

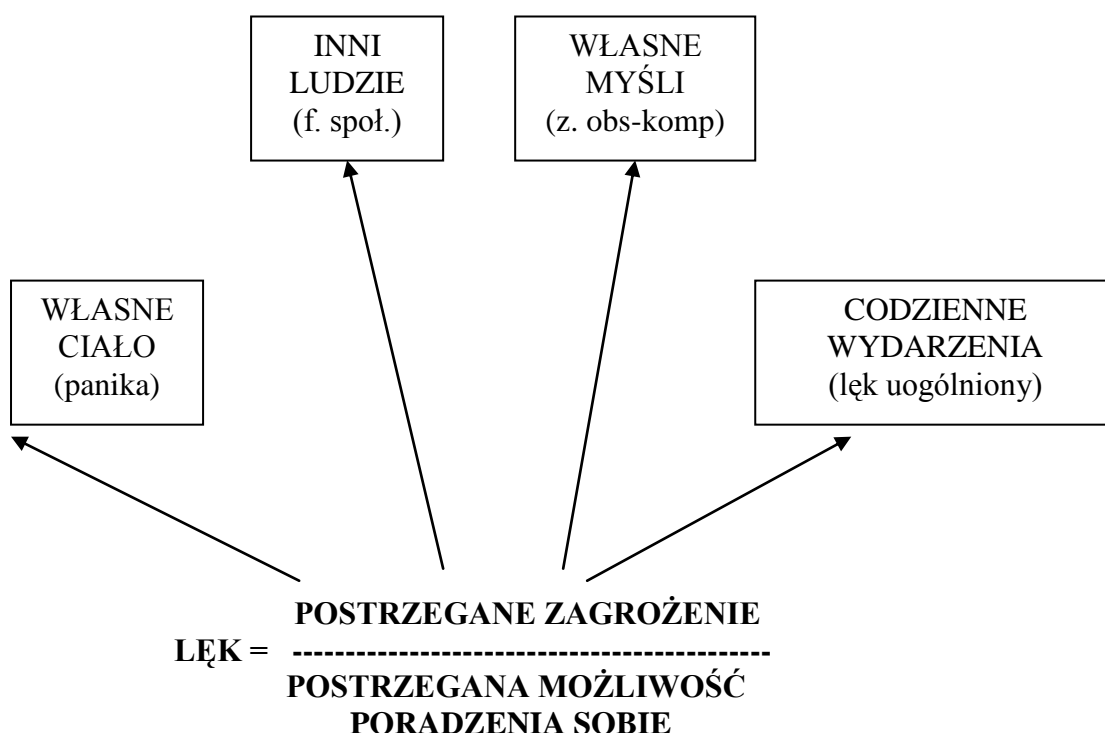
Jedno przekonanie może zawierać kilka zniekształceń poznawczych.

Model poznawczy zaburzeń lękowych

Koncentracja na bodźcach postrzeganych jako zagrażające (schematy pełniące funkcję wykrywania (detektory) niebezpieczeństwa). Pierwotnie i zawsze lek jest konieczny – funkcje obronne przed zagrożeniem zdrowia i życia. Miarą intensywności lęku jest dysproporcja między postrzeganym niebezpieczeństwem a ocenianymi możliwościami poradzenia sobie z nim w danej sytuacji (!!!).



Zdrowy, funkcjonalny lęk pozwala na przetrwanie organizmu w określonych okolicznościach i adaptację do otoczenia. Zaburzenia lękowe to takie nasilenie lęku, które negatywnie wpływa na funkcjonowanie osoby i powoduje cierpienie lub dyskomfort.



Źródło lęku jest zwykle sprecyzowane, ale ocena zagrożenia jest nieadekwatna i przesadna. Lęk = ocena zagrożenia i fizjologiczne pobudzenie układu współczulnego. //Ale: cel wyższego rzędu, narażenie się celowe na zagrożenie dla...//

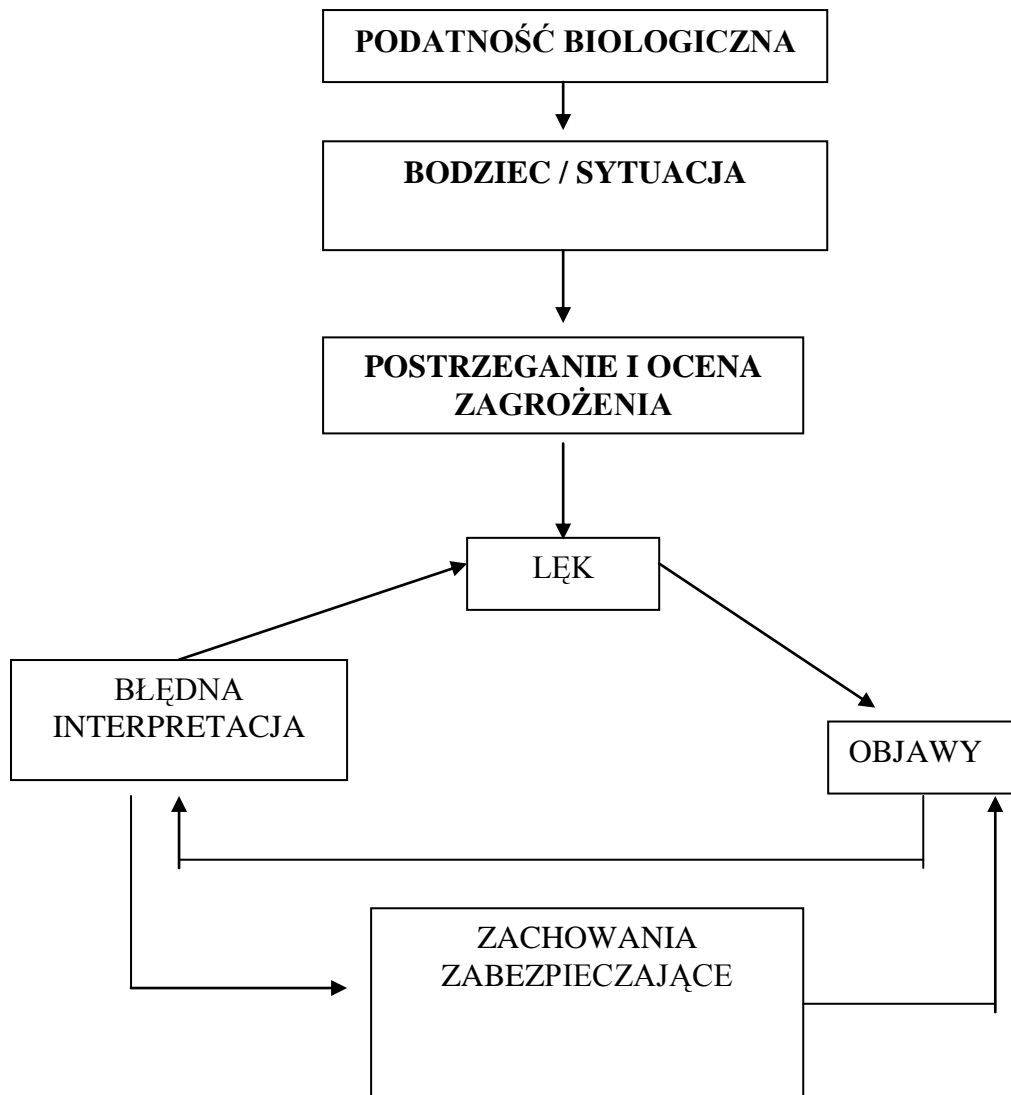
Zachowania zabezpieczające: ucieczka, unik – u podłoża ocena: nie poradzę sobie.

Unikanie poznawcze – unikanie myśli na zagrażający temat.

Unikanie emocjonalne – zabezpieczanie się przed doświadczaniem przeżywaniem przykrych emocji.

Zachowania zabezpieczające mają w zaburzeniach lękowych charakter dysfunkcyjny, stają się źródłem trudności, nasilenia objawów i dyskomfortu. Jednostka uniemożliwia sobie

przetworzenie informacji związanej z zagrażającym bodźcem. Unikanie uniemożliwia realną ocenę zagrożenia. Błędne koło.



Clark – model paniki. //Myślę, że także każdej fobii//.

W **zaburzeniach lękowych**: zniekształcenie poznawcze, selektywna, uwaga i błędna interpretacja dotycząca zagrożenia i własnej słabości. Skupienie na zagrożeniu (nie mogę oddychać) powoduje pojawienie się uczucia lęku wraz z jego objawami wegetatywnymi. Zgodnie ze schematem „grozi mi niebezpieczeństwo” osoba dokonuje interpretacji objawów jako zagrożenia i przewidywania katastroficznej przyszłości (zawał, zemdleję, umrę). Podjęte zachowania zabezpieczające (głębokie oddychanie) mogą nasilić objawy lęku. Dalsze działania zabezpieczające polegają na unikaniu sytuacji uznawanej za zagrażającą.

Model poznawczy zaburzeń osobowości

Zaburzenie to charakteryzuje szczególna stałość zachowań, sposobu myślenia, reakcji emocjonalnych w wielu różnych sytuacjach. Inaczej: brak elastyczności lub sztywność.

Osoba z zaburzeniami osobowości wydaje się uwikłana we własny, często dezadaptacyjny sposób reagowania i mimo niejednokrotnie podejmowanych wysiłków nie potrafi go zmienić. Ograniczenie zakresu możliwych reakcji na wydarzenia życiowe, w tym sytuacje trudne i stresujące, może wpływać na zwiększoną predyspozycję jednostki do występowania dodatkowo zaburzeń typu lęk, depresja czy nawet schizofrenia. Zaburzenia te z kolei, same będąc źródłem cierpienia oddziałują na utrzymywanie się zaburzeń osobowości. W grupach korzystających z profesjonalnej pomocy rozpowszechnienie zaburzeń osobowości sięga 60%.

W przekonaniu osób z zaburzeniami osobowości wypracowane przez nią stałe strategie są optymalne. Ten optymalny sposób staje się antyoptimalny, powodując znaczny dyskomfort i problemy w różnych sytuacjach interpersonalnych.

CECHY PROCESU TERAPII

1. Określenie celu (problemu) i ukierunkowanie na jego rozwiązanie.
2. Dobór metod na podstawie dynamicznie tworzonej konceptualizacji problemu pacjenta.
3. Skupienie na teraźniejszości w początkowej fazie terapii.
4. Nadanie struktury procesowi terapii i każdej sesji.
5. Przymierze terapeutyczne – relacja umożliwiająca zmianę.
6. Aktywna współpraca.
7. Psychoedukacja.
8. Stosowanie technik modyfikujących wzorce myślenia.
9. Ograniczenie terapii w czasie.

Cel – usunięcie trudności, poprawa satysfakcji. Może spowodować rozwój.

Jak doszło do powstania nawyków w sferze myślenia i zachowań, które powodują aktualne problemy.

Jedyne, do czego mamy dostęp, to zjawiska dziejące się **tu i teraz**. W terapii poznawczej nie traktuje się przeszłości jako czynnika determinującego i definiującego problemy obecne. W kodowaniu śladów pamięciowych ważne są emocje, styl funkcjonowania poznawczego, umiejętność werbalizacji, kontekst, w jakim pojawia się zapamiętywane wydarzenie czy czyjaś wypowiedź. Nasze ślady pamięciowe nie są dokładnym, obiektywnym zapisem wydarzeń. Do przeszłości nie ma powrotu. W cyklu życia mają miejsce nieustanne, nieodwracalne zmiany. Możemy jedynie nadać inne znaczenie przeszłym wydarzeniom z obecnego punktu widzenia. W teraźniejszym funkcjonowaniu człowieka znajduje odzwierciedlenie jego przeszłość. W terapii p-b istotna jest poprawa aktualnego i przyszłego funkcjonowania. Mechanizmem zmiany w funkcjonowaniu jest modyfikacja obecnego sposobu myślenia lub bieżących zachowań, co umożliwia wpływanie na negatywnie doświadczane stany emocjonalne.

Struktura – czas, częstotliwość, identyfikacja i określenie wagi problemów, których rozwiązanie byłoby celem terapii oraz kolejność wytyczonych celów.

Relacja – zaufanie, zatem przekonania i interpretacje to hipotezy. Empatia, akceptacja, elastyczność.

Zmiana – pod wpływem celowych wzmocnień, którymi operuje terapeuta. Bezwarunkowa akceptacja pacjenta ukierunkowana na konkretne pożądane zachowania.

Współpraca – prawda sama w sobie jest niepoznawalna, a zatem współpraca z pacjentem w badaniu charakterystycznych dla niego procesów nadawania znaczenia

własnym doświadczeniom. Stymuluje samoobserwację i analizę konsekwencji dotychczasowego myślenia. Zachęca przy tym, aby konstrukty te traktować jako hipotezę, a nie pewnik. Przedmiotem terapii nie jest prawdziwość przekonań, lecz zależność między nimi a cierpieniem czy trudnościami doświadczanymi przez pacjenta. Terapeuta jest ekspertem od mechanizmów powstawania problemu, pacjent jest ekspertem w dziedzinie własnych problemów, przemyśleń, przeżyć i doznań. Suma wysiłków obu stron może doprowadzić do rozwiązania problemu i zmniejszenia związanego z nim cierpienia.

Psychoedukacja – podstawą zmiany jest informacja o stanie obecnym. Edukacja pacjenta obejmuje dostarczenie mu wiedzy dotyczącej diagnozy, natury zaburzenia, wpływu czynników biologicznych, stresorów i typowych objawów. Drugim ważnym aspektem psychoedukacji jest omówienie zależności pomiędzy myślami pacjenta a jego emocjami, zachowaniem i stanem wzbudzenia autonomicznego układu nerwowego oraz roli zniekształceń i schematów poznawczych w nasilaniu problemów w funkcjonowaniu. Założenia i proces terapii mają być dla pacjenta jawne, aby mógł podejmować świadome decyzje na każdym etapie leczenia.

TECHNIKI – TYPOWO POZNAWCZE (RESTRUKTURYZACJA POZNAWCZA):

- **Rozpoznanie własnego systemu znaczeń** (umiejętności metaloznawcze),
- Rozpoznanie systemu przetwarzania informacji (zniekształceń, zamartwiania się, luminacja – stałe powracanie do różnych wątków tematycznych),
- **Modyfikacja sposobu interpretacji relacji** między jednostką i otoczeniem.
- **Dialog sokratejski** (dialog kierowany, ukierunkowane dochodzenie do prawdy)
- **Klaryfikacja**: zrozumienie wypowiedzi pacjenta i zdefiniowanie używanych przez niego pojęć.
- **Sondowanie** – odkrywanie systemu znaczeń –myśli automatycznych, przekonań kluczowych i pośredniczących (nadawanie znaczeń wydarzeniom, bodźcom z otaczającej rzeczywistości);
- **Skalowanie** – (1) określenie miary intensywności emocji, przekonań, (2) określenie i modyfikacja zniekształceń poznawczych, (3) monitorowanie przebiegu zmian zachowania w czasie terapii;
- **Poszukiwanie dowodów prawdziwości sądu**:
(1) stymulowanie autorefleksji,
(2) modyfikacja automatycznych myśli,
(3) ograniczenie stosowania unikania poznawczego i selektywnej uwagi;
- **Badanie konsekwencji, przewidywań i wyobrażeń** –
(1) odkrywanie systemu znaczeń, przekonań kluczowych i pośredniczących, (2) identyfikacja zniekształceń poznawczych (katastrofizacji, uogólniania);
- **Dekatastrofizacja** – modyfikacja myśli zawierających zniekształcenia: przewidywanie przyszłości i katastrofizację;
- **Bezpośredni spór** (dyskusja); (1) modyfikacja lub konfrontacja przekonań, np. takich, których konsekwencje stanowią zagrożenia dla pacjenta lub innych osób, (2) modelowanie zachowań asertywnych i określanie granic osobistych;
- **Odgrywanie ról** – diagnoza i modyfikacja przekonań oraz repertuaru zachowań;
- **Rozpraszenie i przemieszczanie uwagi** - wykazanie wpływu, jaki pacjent może mieć na własne automatyczne czy natarcywe myśli;
- **Różnorodne formy zapisu** – zapisy myśli automatycznych, stanów emocjonalnych, sposobów radzenia sobie, nowych pomysłów, okoliczności pojawienia się negatywnych emocji lub depresyjnych myśli.

Inne – przejęte z innych kierunków terapii:

- genogram: analiza uwarunkowanych rodzinie przekonań pacjenta;
- Technika pisania listów do osób znaczących – poznanie przetwarzania doświadczeń w schematach pacjenta;
- Techniki wyobrażeniowe – przyspiesza restrukturyzację poznawczą.

Autoterapia

Terapia może być traktowana jako uruchomienie procesu zmian, które zachodzą w życiu pacjenta. Pacjent określa warunki i kierunek oczekiwanych zmian, uczy się radzenia sobie z codziennymi problemami.

PLAN TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ**Etap 1:**

1. Diagnoza psychologiczna – określenie problemu i stanu psychicznego pacjenta.
2. Konceptualizacja problemu.
3. Określenie celów terapii.

Etap 2:

1. Określenie czasu poświęconego realizacji każdego z celów.
2. Zaplanowanie technik pracy nad realizacją celów.
3. Interwencje nastawione na realizację celów-zmniejszenie intensywności lub wyeliminowanie problemów kluczowych.
4. Ocena skuteczności poszczególnych technik i działań.

Etap 3:

1. Zapobieganie nawrotom.
2. Ocena zakresu skuteczności terapii.
3. Zakończenie terapii.