

КОГНИТИВНО БИХЕЈВИОРАЛЕН ПРИСТАП - ПОТЕКЛО, ПРИМЕНА, КРИТИКА

Кратка содржина

Когнитивно бихејвиоралниот пристап е, пред сè, насочен кон тешкотиите што клиентот ги има „сега и овде“ и се базира на развивање заедничко гледиште за проблемот на клиентот. Когнитивно-бихејвиоралниот пристап се спроведува на поединци, семејства и групи на луѓе за да се обезбеди психолошка помош на секого, без оглед на способностите, културата, расата, полот или сексуалната преференција. Психотерапевтите што го применуваат овој модел се стручњаци од областа на менталното здравје, како што се медицински сестри, психолози, лекари, социјални работници и советници. Когнитивно бихејвиоралниот пристап може да се користи групно или индивидуално, самостојно или во комбинација со медикаменти во зависност од тежината или природата на проблемот на клиентот. Основните чекори во структурата на когнитивно бихејвиоралниот пристап се: идентификување на негативни мисли, модификување на негативни мисли, идентификување и модификување на дисфункционални претпоставки и бихејвиорален експеримент.

Клучни зборови: КОГНИТИВНО БИХЕЈВИОРАЛЕН ПРИСТАП, НЕГАТИВНИ МИСЛИ, ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ПРЕТПОСТАВКИ, БИХЕЈВИОРАЛЕН ЕКСПЕРИМЕНТ

Постојат многу различни психотерапевтски техники кои се применуваат во клиничката социјална работа и нивната главна цел е да го ослободат клиентот од неговите проблеми и да му помогнат да созрее, да му овозможат да се здобие со самодоверба и независност во живеењето, преку заемна комуникација меѓу клиентот и терапевтот. Низ овој процес на комуницирање клиентот е воден од впечатокот дека има соговорник за своите проблеми, за своите чувства и ставови. Тоа кај него создава

чувство на топлина, разбирање и поддршка без да биде критикуван и омаловажуван од „соговорникот“. Разговорот или дијалогот, нè само што претставува главен терапевтски инструмент, туку истовремено тој е главен дијагностички инструмент бидејќи овозможува да се откријат дефектите во психолошките функции или нарушувањата на интегритетот на личноста. Денеска во праксата се соочуваме со мноштво терапевтски пристапи и техники кои се применуваат во клиничката социјална работа, но впечаток е дека изборот на пристапот, сè уште, е далеку од критериумот на строга рационалност. Во натамошниот дел од овој труд подетално ќе биде направен приказ на когнитивно-бихејвиоралниот пристап и неговата примена во клиничката социјална работа.

Когнитивно бихејвиорален пристап (КБП)

Меѓу поновите настојувања во психотерапевтските пристапи присутна е идејата за компилација на принципи на работа својствени на неколку терапевтски пристапи. Од тој аспект денеска сè помалку се зборува за бихејвиоралниот или независно од него за когнитивниот пристап, а сè повеќе акцент се става на когнитивно-бихејвиоралниот пристап. Од овие причини, заради поедноставно согледување на начинот на кој функционира когнитивно-бихејвиоралниот пристап, сукцесивно, накратко ќе бидат прикажани бихејвиоралниот и когнитивниот пристап.

- Бихејвиорален пристап (БП)

Бихејвиоралниот пристап е ориентиран кон *сегашното однесување*, кон условите што му претходат и оние што следат. На тој начин, минатите искуства имаат само секундарно значење, какво што е всушност и значењето на „несвесното“. Времетраењето на третманите е од неколку недели до неколку месеци, при што терапевтските цели се многу ограничени и строго ориентирани кон менување на некој симптом во однесувањето. Битен терапевтски фактор е видот на применетата постапка или техника, а не личноста на терапевтот или односот клиент-терапевт.

Евалуацијата на спроведената постапка подразбира неколку сукцесивни мерења на однесувањето кое е предмет на модификување. Мерењата се изведуваат пред третманот, за време на третманот и по неговото завршување, а податоците се собираат од неколку извори:

- а) процените и исказите на клиентот,
- б) процените и забележувањата од страна на блиските лица,

- в) со директно перципирање и мерење на однесувањето,
- г) со различни физиолошки мерења.

Спроведувањето на евалуацијата е со цел, пред сè, да се утврди дали промените во перципираното однесување по одредена законитост ја следат применетата постапка (Anic, 1990).

- Методи на бихејвиоралниот пристап

БП се состои од поголем број терапевски техники со различна ефикасност. Според мислењето на Застров (според Видановиќ, 1999) пред примената на било која бихејвиорална техника прва задача на бихејвиоралниот терапевт е да ги идентификува веројатните врски меѓу *стимулусите и одговорите* кои се јавуваат кај клиентот во однос на проблемот што го има. Бихејвиоралната анализа започнува со тоа што терапевтот детално ја запишува историјата на актуелниот проблем. Не е потребно обемно истражување на минатото, акцент се става на сегашниот момент и *лицата, местата, времето и ситуацијата*. Ваквата анализа има цел да се идентификуваат претходните стимулуси кои го создаваат неприлагоденото однесување. Потоа, клиентот и терапевтот се договараат за целите на третманот што можат да се постигнат со примена на еден од следните методи: систематска десензитизација, тренинг на самодовербата, учење според модел, аверзивни техники, економија на бонови (жетони).

Техниката позната како *систематска десензитизација* е наменета за отстранување на стравови и фобии. Класичен пример за десензитизација во терапевтски цели е примерот со дете кое се плаши од некое животно-на пример, мачка. Кога детето е гладно му се дава омилена храна, со тоа се постигнува релаксација, а истовремено му се приближува објектот од кој се плаши. На овој начин постепено се зголемува толеранцијата на детето кон мачката. Процесот на десензитизација е завршен кога детето успева да ја допира и држи мачката без страв и во отсуство на хранење (Gelfand & Hartman, 1975). Успехот на оваа техника зависи и од личноста на терапевтот, квалитетот на воспоставениот однос меѓу него и клиентот, од односот на клиентот кон пристапот, мотивацијата и слично.

Најчесто користен метод за модификување на неприлагоденото интерперсонално однесување претставува *тренингот на самодовербата*. Овој метод особено е ефикасен за менување на срамежливото и агресивното однесување. Условите на современиот живот го направија овој метод мошне популарен особено кај клиенти кои имаат проблеми во

комуникацијата со други луѓе, кај преосетливи и лесно навредливи лица кои реагираат со повлекување или бес, како и кај лица со инхибиции во социјалната комуникација (Zastrow, 1992).

Учењето по модел или со имитирање на однесувањето на моделот, исто така е многу распространета техника на бихејвиоралниот пристап и претставува брз и ефикасен начин за усвојување на оние форми на однесување кои лесно се замислатат, но тешко е да се најдат во реалниот живот. Често се случува како модел да служи терапевтот, доколку неговото однесување и ставовите се совпаѓаат со замислениот идеал на клиентот. Оваа техника е особено корисна во работата со деца и млади во функција на надминување на ирационалните стравови и фобии.

Аверзивните техники во БП се базираат на примена на аверзивни стимулуси, т.е. стимулуси што личноста би ги избегнала доколку има можност за тоа. Аверзивниот стимулус може да се даде на два начина:

1. како класично условување, кога аверзивниот стимулус се применува непосредно пред непожелното однесување,
2. како оперантно условување, кога непожелното однесување е проследено од некој аверзивен стимулус (на пример, непријатен бол) или кога таквото однесување е проследено со укинување на позитивните стимулуси кои наградуваат.

Во методот *економија на бонови (жетони)*, боновите претставуваат симболички поттикнувачи, кои подоцна можат да се заменат за добра кои претставуваат директни форми за поткрепување на пожелното однесување. Оваа техника се применува во повеќе институции, како: училишта, домови за деца и млади, домови за деликвенти, установи за деца со посебни потреби итн. Техниката им помага на индивидуите и групите да научат кој вид на однесување одговара на одредени социјални услови. Постои варијанта на овој метод кога поединците добиваат бонови за пожелно однесување, а губат за непожелно.

Со економијата на бонови тесно е поврзан и методот *на условен договор*. Во овој метод се определуваат саканите цели, задачите што мора да се исполнат за да можат тие цели да се постигнат, задачите што ќе ги извршува клиентот и оние што ќе ги извршува терапевтот, како и термините за нивното извршување. Овој терапевтски метод најчесто е во употреба во брачните советувањашта, како и во семејните советувањашта во случаи кога се пореметени семејните односи меѓу родителите и децата.

Склопувањето договор во индивидуалната и групната работа се одликува со повеќе предности. Договорите им служат на клиентите како патоказ за активностите што треба да ги преземат во проблематичните

ситуации, за да може да се доведе во склад нивната положба со очекувањата и ситуациите. Тие имаат мотивирачки карактер, па исполнувањето на обврските треба да се оцени како позитивна промена.

- Когнитивен пристап (КП)

Основниот концепт на когнитивниот пристап подразбира постоење на еден генерален когнитивен механизам кој е вметнат меѓу стимулусот и реакцијата, меѓу перцепцијата и емоционалниот одговор. Дури со појавата на когнитивниот пристап, како што истакнува Биро (Биро, 1992), почна да се истакнува значењето на *свесните мисли и идеи* и да се нагласува значењето на *здравиот разум* како значаен фактор во борбата на човекот со психолошките проблеми. Базирајќи се на рационалните компоненти на личноста целта на когнитивниот пристап е да ги измени погрешните премиси, да ги поправи грешките во заклучувањето и да се насочи кон објективната реалност. Во Оксфордскиот медицински речник когнитивниот пристап се дефинира *како форма на пристап која се базира на уверението дека психичките проблеми се условени од погрешниот начин на сфаќање на реалноста*. Целта на пристапот е *да му се помогне на клиентот да ги идентификува погрешните форми на размислување и да ги замени со адекватни* (според Виденовиќ, 1999, стр. 33).

Називот на оваа терапевска постапка потекнува од називот Cognitive Social Learning Therapies. За разлика од БП, овој пристап вклучува динамика меѓу мислите, чувствата и однесувањето на поединецот во интеракција со средината со вклучувањето на мисловните и емотивните компоненти во функционирањето и овозможува терапевски да се интервенира во емоционалните пореметувања.

Следејќи ги основните претпоставки за можните извори и механизми за настанување на пореметувања, во рамките на овој пристап создадени се повеќе терапевски техники. Меѓу нив најпозната е техниката на *когнитивно реструктурирање*. Таа се состои од постапки со кои му се помага на субјектот да ги согледа дисторзиите во своето когнитивно функционирање и да усвои нови ставови, да го извежба перципирањето на условите кои се поволни и охрабрувачки за него.

Може да се каже дека и во овој пристап учењето претставува значајно средство за постигнување промени. Во таа смисла најчесто се применува учењето според модел и се вежба отпорноста на стресни ситуации.

- Форми на когнитивниот пристап

Најпознати форми на когнитивниот пристап се: *рационално-емотивниот* и *Бековиот когнитивен пристап*. Рационално-емотивниот пристап е врзан со името на Алберт Елис. Познат е неговиот постулат за АБЦ формула на емционалните пореметувања во која:

А - е активирачкиот настан,

Б - е верување, замисла и самовербализација,

В - реакција (Ellis, 1962, според Видановиќ, 1999, стр. 33).

Главна улога има компонентата Б и погрешни се претпоставките дека В директно произлегува од А. Според Елис повеќето луѓе грешат верувајќи дека нашите емоции и нашето дејствување се, пред сè, определени од нашето искуство, односно од настаните што ни се случиле. Спротивно на тоа, рационалниот пристап истакнува дека основната причина за сите наши емоции и активности потекнува од тоа што сме си кажале за настаните што ни се случиле.

Обично не можеме да ги контролираме доживувањата што ни се случуваат, но имаме моќ да размислуваме рационално, и така да ги измениме сите наши непожелни емоции и неадекватни постапки. Непожелни емоции се оние што клиентот сака да ги измени, а за да успее во тоа тој користи различни техники, како: *откривање и промена на ирационалните уверувања, замена на ирационалните уверувања со рационални, инхибирање на ирационалните уверувања*.

И Бек исто како и Елис, смета дека внатрешниот говор, односно самоинструкцијата е одговорна за однесувањето на човекот. Според овој автор по декодирањето на информациите од надворешниот свет, процесот на донесување одлука се сведува на самонасочување, односно на вербални пораки кои го насочуваат однесувањето. Вербалните пораки Бек ги наркува *автоматски мисли*. Најважна задача на терапевтската постапка е откривањето и корегирањето на тие мисли што клиентот ги доживува како валидни, уверливи и покрај нивната ирационалност.

Автоматските мисли се поврзуваат во *правила* или *претпоставки*. Повеќе слични претпоставки формираат *когнитивен сет*, а целата когнитивна организација претставува *когнитивен шема*. Когнитивниот шема поврзана со повеќе специфични, особено социјални ситуации, Бек ја нарекува *когнитивен модус*.

- Техники на когнитивниот пристап

Без сомнение когнитивниот пристап има придонес во третманот на депресивните состојби, паничните пореметувања и агорафобиите, опсесиите и компулзиите, хипохондричните состојби, соматопсихичките пореметувања, пореметувањата во исхраната, зависностите, социјално неприлагоденото однесување, суицидалните личности и др.

Во последно време на когнитивниот пристап се гледа не само како на терапевска техника, туку како интегрален терапевски пристап базиран на когнитивен етиолошки модел на емоционалните пореметувања и едукативен модел за корекција на однесувањето.

Методски посматрано, во структурата на когнитивниот пристап се практикуваат три фази, кои ќе бидат елаборирани во понатамошниот текст:

- идентификација на негативните автоматски мисли и дисфункционалните претпоставки,
- модификација на негативните мисли и автоматските дисфункционални претпоставки, и
- бихејвиорални експерименти и учење на ново однесување.

Во изминатиот период отсутнуваат и евалуативни студии за сите подрачја во кои се применува КП. Податоците со кои располагаме укажуваат дека когнитивниот пристап дава многу добри резултати во третманот на депресијата, во третманот на лица со поголема телесна тежина, во третманот на алкохоличари и лица со деликвентно однесување.

Суштината на когнитивно-бихејвиоралниот пристап

Називот „*когнитивно-бихејвиорален пристап*“ (КБП) потекнува од англискиот збор *cognition* (мислење) и *behaviour* (однесување). Во основата на моделот на овој пристап се нашите негативни или нереални мисли кои како интерен монолог делуваат на маргините на нашата свест. КБП делува на нив менувајќи ги во реални мисли за себе и за светот во кој живееме.

Во овој облик клиентот и терапевтот настојуваат да го идентификуваат и да го сфатат проблемот на клиентот преку соодносот што постои меѓу неговите мисли, емоции и однесувања. Пристапот е, пред сè, насочен кон тешкотиите што клиентот ги има „сега и овде“ и се базира на развивање заедничко гледиште за проблемот на клиентот. Когнитивно-бихејвиоралниот пристап се спроведува на поединци, семејства и

групи на луѓе со цел да обезбеди психолошка помош на секого, без оглед на способностите, културата, расата, полот или сексуалната преференција. Психотерапевтите што го применуваат овој модел се стручњаци од областа на менталното здравје, како што се медицински сестри, психолози, лекари, социјални работници и советници.

- Како се остварува когнитивно-бихејвиоралниот пристап?

Во когнитивно бихејвиоралниот пристап терапевтот и клиентот соработуваат за да:

- *го разберат заедно проблемот на клиентот,*
- *идентификуваат на кој начин проблемот влијае на мислењето, однесувањето, чувствувањето и функционирањето на клиентот (според Ellis, 1975)*

Врз основа на идентификуваниот проблем, терапевтот и клиентот заедно ги одредуваат целите на пристапот и се договараат за планот на третманот. Пристапот овозможува клиентот да открие решение за својот проблем, кое ќе му биде од поголема помош од она што актуелно го користи. Обично, меѓу две сеанси, клиентот многу често се обидува да примени нови решенија. Бројот на сеанси низ кој се остварува терапевтскиот процес варира во зависност од природата и тежината на проблемот (10-15).

Врз основа на објавените истражувања за когнитивно - бихејвиоралната пристап евидентно е дека овој облик на психопристап дава значајни резултати, особено во третманот на следните проблеми:

- анксиозност и напад на паника,
- фобии (агорафобија, социјална фобија),
- синдром на хроничен замор,
- депресија и проблеми во расположението,
- опсесивно-компулзивни пореметувања,
- проблеми со исхрана (анорексија и булимија),
- сексуални проблеми и проблеми во партнерските односи,
- проблеми со деца и млади,
- проблеми со општото здравствена состојба,
- хронично болни,
- проблеми на навика (тикови),
- бес, лутина, гнев, страв, вина,
- дрога и алкохол,

- шизофренија и психоза,
- проблеми поврзани со потешкотии во учењето или работата,
- биполарни пореметувања,
- пореметувања кај пост-трауматски стрес,
- пореметувања во спиењето,
- срамежливост,
- хронична анксиозност и непотребна загриженост,
- намалена самодоверба и себепочитување (Clark & Fairburn, 1999).

Покрај наведените проблеми, КБП вклучува и проблеми поврзани со релациите на клиентот со другите членови во семејството, во училиштето, во работната средина, но и со несоницата и себепочитувањето (Bush, 2005). Во разрешувањето на овие проблеми, особено бележат успех искусните социјални работници, кои ја познаваат и внатрешната, но и надворешната средина во која клиентот егзистира.

КБП може да се користи групно или индивидуално, самостојно или во комбинација со медикаменти во зависност од тежината или природата на проблемот на клиентот.

Пионерските обиди во развојот на когнитивно - бихејвиоралната пристап се направени во шеесетите години од минатиот век од страна на психолозите Арон Бек и Алберт Елис (1964). Според нив, несоодветното однесување и пореметеното расположение се резултат од неадекватно или нерационално размислување (односно, автоматски мисли). Така, клиентите наместо да реагираат реално на ситуација, реагираат субјективно раководејќи се од нивна гледна точка. Работејќи во оваа област, Бек, подоцна направил и шема на тоа како би требало да изгледа основниот когнитивен модел, која е прикажана подолу.

Основен когнитивен модел (Bach & Emery, 1985)

Рано искуство

Пр. Отказ од работно место или загуба на член од фамилијата



Дисфункционална шема

Пр. „Јас сум инфериорен како личност“.

„Мојата цена зависи од тоа како другите мислат за мене“.

„Ако не правам тоа што другите го сакаат ќе бидам неприфатлив за друштвото“.



Критичен настан

Пр. Развод



Активирање на шемата



Негативни автоматски мисли

Пр. „Виновен сум за сè“.

„Не можам да се справам со ништо во животот“.



Симптоми на нервоза/депресија

Однесување (behaviour): намалени работни способности, социјална отуѓеност

Мотивација: намален интерес и задоволство

Емоции: тага, вина, срам

Мислење (cognition): неодлучност, самокритичност, намалена концентрација, суицидни идеи

Биолошки / Соматски: *намален апетит, несоница*

Според Бек (Bach, 1975)

Според Арон Бек и Алберт Елис најбитниот чекор во когнитивно-бихејвиоралниот пристап е откривањето и модификувањето на внатрешниот говор, односно самоинструкциите кои се одговорни за човековото однесување. Ова е нужно бидејќи клиентот своите автоматски мисли ги доживува како валидни, уверливи, реални и разумни без оглед на тоа колку тие во суштина се ирационални. Од оваа причина, има потреба да ги истакнеме и да ги елаборираме основните чекори во структурата на КБП:

а) Идентификување на негативни мисли

Негативните автоматски мисли се неразумни, дисфункционални и идиосинкретски. Тие се јавуваат автоматски, паралелно со други мисли. На пример, со изјавата „Се чувствувам анксиозно во друштво“, паралелно оди автоматска мисла: „Ќе сфатат колку сум глупава“. *Автоматската мисла претставува проценка на ситуацијата и на самиот себе си во дадената ситуација и ја одредува емоционалната реакција на таа ситуација* (Биро, 1999).

Кај некои пациенти автоматските мисли се јавуваат многу лесно, а кај некои тоа се постигнува со вежбање со метод на интроспекција. Кај анксиозните пациенти, каде автоматската мисла предизвикува состојба на страв која сама по себе е непријатна, постои можност да се јават потешкотии кои се последица на фактот дека пациентот ги потиснува мислите или едноставно го избегнува нивното предизвикување.

Во процесот на идентификување на негативните мисли се тргнува од последниот критичен настан и се бара најпрво опис во воопштена форма, а потоа се преминува на комплетна „ментална репродукција“ на ситуацијата и констатирање каква била реакцијата, што работел клиентот, каде и кога почнал да се чувствува лошо, колку лошо се чувствува (на скала од 1-100), какви мисли му се јавиле во тој период и какви предвидувања и претпоставки имал.

б) Модификување на негативни мисли

Првиот чекор во модификацијата на негативните автоматски мисли е со намера да се увери клиентот дека тоа што го правиме има смисла, односно дека постои поврзаност меѓу мислите и емоциите. За таа цел, Бек (1975), препорачува демонстрација слична на оваа наведена подолу.

Со оваа постапка клиентот многу брзо може да го сфати когнитивно-бихејвиоралниот пристап. Овој пристап многу се базира на самиот пациент, па така и главната постапка на модификување на автоматските мисли се спроведува преку „домашна задача“, која има двојна функција: „*принцип на задоволство/успешност*“ и регистрирање на дисфункционалните мисли со помош на техниката „*три столба*“. Задачата во постапката на задоволство/успешност е клиентот да ги регистрира сите свои активности и при тоа да ги рангира во однос на количеството на задоволство или незадоволство, како и во однос на степенот на успешноста што ја демонстрира клиентот во дадена активност, како и во однос на степенот на анксиозност што истата му ја предизвикува.

Т: *Начинот на кој личноста размислува или ги интерпретира случувањата влијае на неговото однесување и чувства. На пример, некој е сам дома и слуша тропаче во другата соба. Доколку си помисли „Во куќата има крадец“, што мислите дека ќе чувствува?*

П: *Анксиозност.*

Т: *И како ќе се однесува?*

П: *Можеби ќе се обиде да се сокрие, или ако се сети-да телефонира во полиција.*

Т: *Значи неговата реакција на помислата дека во куќата има крадец е анксиозност. А сега, замислете дека личноста го чула истото тоа тропаче и си помислила „Прозорецот е повторно оставен отворен и од промајата нешто се скршило“. Како тогаш би се чувствувала таа личност?*

П: *Па, не би била исплашена. Би била тажна доколку би помислила дека нешто важно се скршило или изнервирана затоа што децата го оставиле прозорецот отворен.*

Т: *А, дали нејзиното однесување би било поинакво?*

П: *Секако, би отишла да види што се случило, но сигурно не би викнала полиција.*

Т: *Добро, значи овој пример ни покажува дека постојат голем број начини на кои една ситуација може да се интерпретира. Начинот на кој ситуацијата се интерпретира влијае на однесувањето и чувствата.*

Легенда: **Т**-терапевт; **П**-пациент (според Биро, 1999)

Врз основа на дневникот, се прави распоред на дневните активности, се форсираат оние активности кои му носат задоволство на клиентот и кои ја подобруваат неговата слика за себе. Во текот на оваа фаза, терапевтот му помага на пациентот да пронајде рационални одговори со тоа што самиот си поставува прашања кои му помагаат во тестирањето на негативните мисли, како на пример: Што е доказ за овие мисли?, Како некој друг би мислел во оваа ситуација?, Што би било лошо дури и ако тоа се случи? итн.

Во случаите кога станува збор за екстремно анксиозни клиенти, каде анксиозноста ги нарушува когнитивните процеси, клиентите се учат својата анксиозност да ја контролираат со користење на методи за релаксација или со концентрација на некои неутрални или пријатни содржини. Кај особено вознемирувачките мисли се применува техника за „стопирање на автоматските мисли“ (според Kirk & Clark, 1989).

в) Идентификување и модификување на дисфункционални претпоставки

Поимот дисфункционални претпоставки опфаќа збир од негативни мисли со исто значење. Од аспект на терапевтската постапка, најзначајни се претпоставките кои кај депресивните пореметувања се наоѓаат на оската бол-задоволство, а кај анксиозните пореметувања на оската опасност-сигурност. Погрешната проценка дека ќе се доживее болка води до депресија, а погрешната проценка дека ќе се доживее опасност води до анксиозност. Како примери за дисфункционални претпоставки можат да послужат следните: Морам секогаш да бидам среќен; Ако сум сам-се чувствувам мизерно; Ако не ме сака ... не можам да бидам среќен; Мојата вредност зависи од тоа што другите мислат за мене и др.

Постапката за идентификување на дисфункционалните претпоставки се сведува на анализирање на доминантните теми во автоматските мисли на клиентот или во примена на т.н. метод на „вертикална стрела“ кој подразбира барање верувања што се надвор од автоматските мисли. После секоја добиена автоматска мисла се поставува прашањето: Што значи ова за вас? и на тој начин се доаѓа до основната претпоставка.

Поаѓајќи од идејата дека менувањето на дисфункционалните претпоставки носи радикални и трајни промени во структурата на личноста, а во однос на пореметувањето - го спречува рецидивот, Бек го практикува модификувањето на дисфункционалните претпоставки при крајот на третманот. Оваа постапка претставува учење на нова логика и корегирање на карактеристичните когнитивни дисторзии (мисловни грешки) и се спроведува со поставување на некои карактеристични прашања, како на пример „Кога се чувствувате виновен, се прашувате ли, дали постои доказ за чувството на вина“?

На пример:

Јас сум досаден
 ↓
 Никој не ме сака
 ↓
 Не сум добар
 ↓
 Не треба да живеам
 ↓

Ако не ме сака не можам да бидам среќен

г) Бихејвиорален експеримент

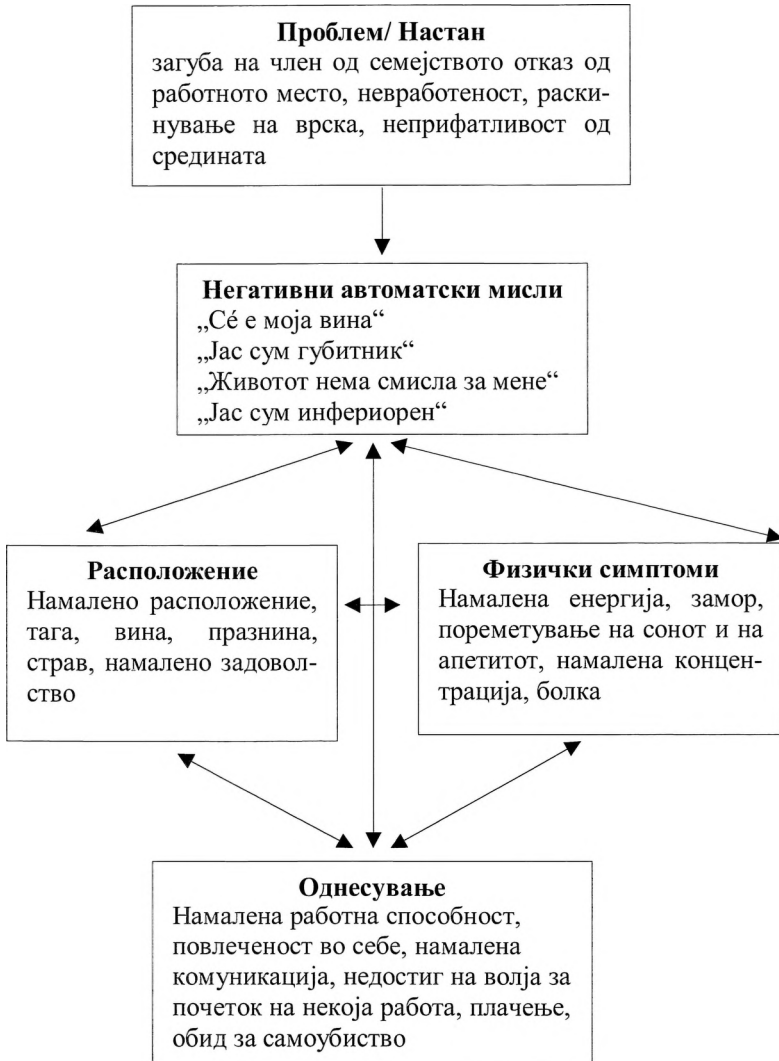
КБП користи техники кои претставуваат комбинација од когнитивниот и бихејвиоралниот пристап. Честопати, клиентот се изложува на дразбата, особено ова е случај при паника и агорафобија, или за спречување на контрафобичните активности кај опсесивно-компулзивните пореметувања. Кај клиентите со социјална анксиозност се вежбаат различни форми на социјално однесување, додека пак, за клиентите со депресија значајна постапка е „пристапот на успех“ која ги негира идеите за немоќ и неуспешност. Многу духовита бихејвиорална постапка во борба со дисфункционалните претпоставки е „картичката за потсетување“ (флеш картичка), која клиентот ја носи со себе, и на која на едната страна се наоѓа неговата основна дисфункционална претпоставка, а од другата страна рационалните одговори. Кога и да се најде во проблематична ситуација, клиентот преку картичката ќе се потсети на сите алтернативни толкувања на кои се инсистирало во текот на терапијата.

Литература

- Anić, N., 1990. *Bihevioralen pristap*, Berger J. at all. (1990). Klinička psihologija, Naučna knjiga, Beograd.
- Beck, A., 1975. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press Inc.
- Biro, M., 1992. *Kognitiven psihopristap*, U Metode kliničke psihologije, (1992) Naučna knjiga, Beograd.
- Biro, M., 1999. *Osnovi kliničke psihologije*, Filozofski Fakultet, Novi Sad.
- Bush, J.W., 2005. *Cognitive behavior therapy: The basics*, New York Institute for Cognitive and Behavioral Therapies. (www.alumni.stanford.org)
- Clark, M.D. & Fairburn, C.G., (Ed) 1999. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.
- Ellis, A., 1975. *A Guide to Rational Living*. New York, Prentice Hall.
- Dobson, H.K., 2003. *Handbook of cognitive behavior therapies*. The Guilford Press.
- Kaslow, W.F., 2002. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral approaches*. John Wiley & Sons, Inc.
- Gelfand, D.M. & Hartman, D.P., 1975. *Child Behaviour analysis and therapy*, New York, Pergamon Press.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, M.D., (Ed) 1989. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford University Press.
- McCullough Jr. & James P., 2003. *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York, Guilford Press.
- Мицев, В., и Чадловски, Г., 1994. *Психијатрија 1*, Просветно Дело, Скопје.
- NACBP National Association of Cognitive-Behavioral Therapists (1996-2006), (www.nacBP.org).
- Udruzenja za kognitivne i bihevioralne terapije (UKBP) (www.ukBP.org)
- Vidanović, I., 1999. *Terapijski modeli socijalnog rada*, Naučno istraživački centar za socijalni rad i socijalnu politiku FPN, Beograd.
- Zastrow, Ch., 1992. *The practice of Social Work*, 4th ed., Wadsworth Publishing Company, Belmont, California (www.zastrow_ch-online.com)

ПРИЛОГ 1:

ПРИМЕР НА ФУНКЦИОНИРАЊЕ НА КБТ ВО СИТУАЦИЈА НА ДЕПРЕСИЈА (според McCullough & James, 2003)



Sofija ARNAUDOVA
Frosina DENKOVA

COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH - ROOTS, APPLIES AND CRITIC

Abstract

Cognitive Behavioral approach is focused to the difficulties that client has “now and here” at it is based of developing a common point of view of the client’s problem. Cognitive Behavioral approach is used with individuals, families and groups of people for giving psychosocial help and support to everyone no matter of the people abilities, culture, gender or sexual preference. Psychotherapists that gain this model are professionals in mental health, like medical nurses, psychologists, doctors, social workers and counselors. Cognitive behavioral approach can be used in group or individually, only the therapy or in combination with medicaments depending from the client’s problem. The main steps in the structure of this approach are identifying negative thoughts, modifying negative thoughts, identifying and modifying dysfunctional assumptions and behavioral experiment.

Key words: COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH, NEGATIVE THOUGHTS, DYSFUNCTIONAL ASSUMPTIONS, BEHAVIORAL EXPERIMENT