

Osnove vedenjsko-kognitivne terapije in MNS II.

nadaljevalni del

UPORABNOST, PRIMERI IZ PRAKSE

Jakob Filip Tamše, univ. dipl. psih.

Specialist klinične psihologije

Kognitivno-vedenjski terapevt

Transakcijski analitik – psihoterapevt

Moje izkušnje

.Potreba po psihologu v somatski bolnišnici

.Izkušnje iz nevrološke klinike

.Izkušnja iz ambulate družinske medicine

.Od ortodoksne psihoanalize do vedenjsko-kognitivne terapije

Od nepojasnjenega k pojasnjenemu ...







Dreaming of
MALDIVES
THE UNIQUE JOURNEY

© Dreamingofmaldives.com
PHOTOGRAPHY
by Sakis

Ali k dovolj jasnemu?

Zgodovinski primeri **pojasnjevanja** nepojasnjenega

- Histerija, maternica ki potuje po telesu in dela zgago,
- **zdravljenje?**
- Panični napad, kdo **napade** koga?

Kognitivna terapija

Aaron T. Beck



Born	Aaron Temkin Beck July 18, 1921 (age 97) Providence, Rhode Island, U.S.
Residence	Philadelphia, Pennsylvania, U.S.
Nationality	American
Alma mater	Brown University , Yale Medical School
Known for	his research on psychotherapy , psychopathology , suicide , and psychometrics
Spouse(s)	Phyllis W. Beck (m. 1950)
Awards	Heinz Award in the Human Condition (2001) Grawemeyer Award in Psychology (2004) Lasker Award (2006) Scientific career
Fields	Psychiatrist
Institutions	University of Pennsylvania , Center for the Treatment and Prevention of Suicide

Začetki sodobne kognitivne terapije segajo v šestdeseta leta 20. stoletja.

Razvoj kognitivne terapije je tesno povezan z delom Aarona T. Becka.

V začetnem obdobju lahko to psihoterapevtsko usmeritev opredelimo kot strukturirano, kratkoročno, na sedanost usmerjeno psihoterapijo depresij, usmerjeno v reševanje aktualnih problemov in modifikacijo disfunkcionalnih misli in vedenj (A. Beck, 1964; J. Beck, 1994).

Odkrivanje **tope vode**?

Že grški stoiki so poudarjali, kako pomembno determinira naše vedenje subjektivno individualno videnje sebe in sveta.

Mnogi avtorji v razmišljanju o začetkih kognitivne terapije citirajo Epikreta (1. stol. pr. n. št): »Ljudi ne motijo stvari, ampak predstave, ki jih imajo o teh stvareh.«

Epiktet se je ukvarjal tudi z razumom, vse presoje naj bi izhajale iz razumne presoje, torej hladno in brezčutno, saj si s tem človek prihrani razne nevšečnosti. Tudi smrt ni sama po sebi nič strašnega, le naša presoja jo lahko naredi strašno. Po njegovi filozofiji mora človek na splošno sprejeti stvari takšne kot so in je lahko srečen v kateremkoli času živi.

(A. Ellis po Krizmanič, 1985, J. Resman, 2004, D. Resman, 2004, Bush, 2005).

Prav tako poudarjajo pomen subjektivne izkušnje sveta različni filozofi, kot so Immanuel Kant, Martin Heidegger in Edmund Husserl.

Kognitivna terapija **danes**

Skoraj celotno področje kliničnih slik duševnih motenj:

Anksioznih motenj

Depresij

Osebnostnih motenj

Somatoformnih motenj

Motenj hranjenja

Vedenjskih in čustvenih motenj v otroštvu in adolescenci

Psihoz

Medicinsko nepojasnjenih stanj?

Integracija z vedenjsko terapijo

1. Razvoj vedenjsko-kognitivne terapije ima korenine v teorijah učenja in klasičnih vedenjskih principih ter njihovi uporabi v klinični praksi.
2. V naslednjem valu razvoja je značilna integracija vedenjske terapije s kognitivnimi terapevtskimi orientacijami.
3. Za tretji val razvoja je značilna postopna integracija vedenjsko-kognitivnih terapij in upoštevanje tradicionalnih psihoterapevtskih pristopov.

Osnovna načela kognitivne terapije

- Psihološko delovanje in prilagajanje je tesno povezano z ustvarjanjem pomenskih – kognitivnih struktur, ki jih imenujemo sheme. »Pomen« odseva osebno interpretacijo in odnos posameznika do selfa v danem kontekstu.
- Funkcija »usmerjanja pomena« je v kontroli različnih psiholoških sistemov, kot so vedenje, čustvovanje, pozornost, spomin. Na ta način se aktivirajo strategije adaptacije.
- Povezanost med kognitivnim sistemom in ostalimi sistemi je vzajemna.
- Sam pomen s svojimi kategorijami vpliva na vzorce čustev, pozornosti, spomina in vedenja.
- Pomen bolj ustvarja oseba, kot pa obstoj realnosti. V povezavi s podanim kontekstom in ciljem je ta pravilen ali pa ne. Kognitivne distorzije so nefunkcionalne ali maladaptivne. Pri tem lahko vključujejo kognitivne vsebinske napake (pomen) ali napake v kognitivnem procesiranju (oblikovanje pomena) ali pa kombinacijo obojega.

– Posameznik poseduje **predispozicijo** za specifične **kognitivne zmote** (kognitivne distorzije). To imenujemo kognitivna vulnerabilnost. Kognitivna vulnerabilnost povzroča nagnjenost k specifičnim sindromom. Kognitivna specifičnost in vulnerabilnost sta medsebojno povezani.

– Maladaptivno prepričanje o **sebi**, **okolju** (izkušnje) in **prihodnosti** (cilji) imenujemo **kognitivna triada**. Klinični sindromi imajo karakteristične maladaptivne pomena, povezane s kognitivno triado.

– Govorimo o dveh ravneh pomena:

1. javnem (objektivnem) pomenu, ki pomembno vpliva na posameznika,
2. osebnem oz. privatnem pomenu.

Osebni pomen se razlikuje od javnega in vključuje samoumevno, pomembno ali posplošeno posameznikovo izkušnjo dogodkov.

– Govorimo o treh ravneh kognicij:

1. nivoju **avtomatskih misli**, ki so nenamerne,
2. **zavestnem** nivoju in
3. nivoju **metakognicij**.

– SHEME se razvijajo, da bi olajšale adaptacijo posameznika v okolju. V tem smislu psihološko stanje samo po sebi ni adaptivno oz. maladaptivno, temveč ga pojmujeemo zmeraj v širšem kontekstu socialnega in fizičnega okolja, v katerem je posameznik.

Čvrst terapevtski odnos

Izjemnega pomena je odnos pacient – terapevt; le ob **kvalitetnem** terapevtskem odnosu je mogoč napredek terapije.

Poudarja pomen **topline**, **empatije** in **sprejemanja brez obsojanja**.

Kognitivna terapija izraziteje poudarja pomen **sodelujočega** odnosa in **soodgovornosti**.

Kognitivna psihoterapija je bolj **aktivna** pri opredeljevanju problemov, usmerjanju k pomembnim temam, predlogih za uporabo kognitivnih ali vedenjskih tehnik, načrtovanju nalog in evalvaciji terapije.

Odnos dosežemo s pazljivim **poslušanjem**, **empatičnimi opombami**, pristnim terapevtovim **zanimanjem**, občasnim **povzemanjem misli** in **občutij**, realnim optimizmom.

Ob zaključku srečanja pogosto prosimo pacienta za **povratne informacije**, s čimer **preverimo**, ali se pacient počuti razumljeno, kakšen je njegov odnos do terapije in kakšno razumevanje informacij.

Sodelovanje in aktivna pacientova participacija

Terapevt:

prinaša strokovno **znanje** o kognicijah, vedenju in čustvih, **usmerja** pacienta k **cilju** terapij in prinaša različna možna sredstva za doseganje ciljev. Njegova prednost je tudi v relativni **čustveni distanci** do problema. Terapevt vzpodbuja pacienta k **aktivnemu sodelovanju**, k **skupnem delu**.

Pacient:

prinaša **gradivo** (kognicije, čustva, vedenje), **aktivno sodeluje** pri določanju **ciljev** in je **soodgovoren** za spremembe. Gre za proces soodločanja o vsebinah srečanja, terapevtskih nalogah, prepoznavanju miselnih distorzij ... Terapevtski proces v kognitivni terapiji nekoliko spominja na **znanstveno raziskovanje**, kjer oba, pacient in terapevt, **testirata nove domneve**. Pri tem uporabljamo način dela, ki ga imenujemo »**vodeno raziskovanje**« (guided discovery). V začetni fazi terapije je bolj aktiven terapevt, kasneje vedno bolj pacient.

Začetna usmerjenost v sedanjost

V začetni fazi **praviloma** usmerjena v reševanje **aktualnih težav** in specifičnih **problemov**.

Judith Beck (1995) pa navaja tri primere, kjer je terapevtova pozornost usmerjena v preteklost:

- kadar pacient izrazi željo po tem,
- kadar delo na aktualnih problemih ne pripelje do kognitivne, vedenjske in emocionalne spremembe,
- kadar terapevt presodi, da je pomembno spoznati, kako in kdaj so se Pomembne disfunkcionalne misli pojavile in kako te misli danes vplivajo na pacienta.

Edukativna usmerjenost

Njen cilj je **naučiti** pacienta, da bo usvojil določena znanja, s katerimi si bo lahko pomagal tudi po zaključku terapije.

Tako bo bolje opremljen za »**samoterapijo**« in **zmanjšal možnosti ponovitve** motnje ali pa se bo sam lažje spoprijel z motnjo.

V uvodnih srečanjih poučimo pacienta o **naravi in poteku motnje**, o **procesu kognitivne terapije** in o **kognitivnem modelu**.

Med celotno terapijo ohranjamo **edukativno vlogo**. Pri tem uporabljamo:

- psiho-edukacijo,
- dajanje povratnih informacij,
- npr. pacient posluša avdio kaseto srečanja,
- priporočamo tudi različno literaturo.

Kognitivna terapija naj bo čim krajša

- Navadno traja kognitivna terapija enostavnih motenj (depresivne reakcije, panični napadi, socialne fobije) brez pridruženih motenj 12–20 seans
- Terapevtska srečanja so običajno tedenska
- Nato organiziramo še eno ali dve »booster srečanja«, da bi spremljali in utrdili pridobljene veščine.
- Pogosto se dogovorimo še za dodatno srečanje čez pol leta ali leto po zaključku terapije.
- Pri mnogih pacientih z rigidnimi disfunkcionalnimi prepričanji in vzorci vedenja, kronificiranimi občutki neugodja, terapija seveda ne poteka tako hitro in gladko. Pri teh pacientih traja terapija tudi dve leti in več. Dolgotrajne terapije so običajne pri različnih oblikah osebnostnih motenj.

Strukturirane terapevtske seanse

Običajno ob pričetku seanse:

- povprašamo o počutju,
- prosimo ga, da na kratko opiše pretekli teden,
- določimo dnevni red seanse,
- vprašamo o povratni informaciji o pretekli seansi,
- skupaj pregledamo terapevtsko nalogo.

Nato se usmerimo v:

- glavno temo aktualne seanse:
- zastavimo novo terapevtsko nalogo,
- opravimo rekapitulacijo in pridobimo povratno informacijo.

Struktura omogoča večjo preglednost procesa, večjo razumljivost procesa, omogoča usmerjenost na bistvo terapije, optimalizira izrabo časa, omogoča konstantnost.

Kognitivni terapevt **uči** pacienta identifikacije, razlage in odgovora na disfunkcionalne misli in prepričanja

Terapevt **usmeri** pacienta na problem in mu pomaga prepoznati nefunkcionalne misli. Pacient **evalvira pomembnost misli**, razmisli o možnosti sprememb in načrtovanju akcije.

Uporaba številnih, različnih tehnik.

Kljub številnim tehnikam, ki so nastale znotraj kognitivne terapije, kot je **sokratsko spraševanje**, **tehnika kontinuuma**, **tehnika sestopa** in mnoge druge, pa danes kognitivni terapevti praviloma uporabljajo **kombinacijo** kognitivnih, vedenjskih in doživljajskih tehnik.

Osnovni koncepti kognitivne terapije

- Kognitivna terapija poudarja pomen povezanosti mišljenja s posameznikovo osebnostjo.
- Tako za kognitivnega terapevta ni situacija tista, ki je bistvena za naše počutje in vedenje, temveč naša interpretacija situacije.
- Razumevanje in interpretacija dogodkov sta odvisna od naših kognitivnih shem.
- Toda kognitivnih procesov ne vidimo kot vzrok psihičnih motenj, temveč kot pomembno komponento v njihovi nastanku.
- Beck (Clark & Beck, 1999) meni, da je vzrok psihičnih motenj v kombinaciji faktorjev okolja, bioloških dejavnikov in kognitivnih procesov.
- Za motnjo ni le enega preprostega vzroka.

Tri **predpostavke** kognitivnega pristopa

- kognitivne aktivnosti **vplivajo** na vedenje,
- kognitivne aktivnosti lahko spremljamo in **spremenimo**,
- **spremembe v vedenju** se lahko doseže s spremembo v kognicijah – s spremembo nefunkcionalnega mišljenja, učenjem novih stališč in prepričanj.

Avtomatske misli

- Eden osnovnih pojmov
- Avtomatska misel je miselni tok, ki teče ob manifestnem miselnem dogajanju ter se pojavi običajno spontano.

Primer 1.:

Pacient je bil prisoten, ko so ustrelili očeta – (Posttravmatska stresna motnja). V vseh situacijah, ki spominjajo na dogodek (prostor, ljudje...), se je aktivirala avtomatska misel: »Lahko bi preprečil. Kriv sem.« Pojavila se je žalost (čustvo), iz situacij se je umaknil, kljub temu da realno niso bile ogrožujoče (vedenje). Pojavile so se tudi fiziološke reakcije: hitro bitje srca, potenje, tresenje rok, občutek mraza.

- Te misli privrejo na dan avtomatično, pogosto so nagle in kratke. Lahko se pojavijo v obliki slike ali kratkega sporočila. Pogosto jih sprejmemo kot resnico brez razmisleka ali ovrednotenja.
- Avtomatske misli niso značilne le za ljudi s psihičnimi težavami, temveč za vse nas. Pretežno jih avtomatično ne uvidimo, toda z malo vaje lahko postanejo dostopne. Običajno se zavedamo čustva in ne misli, ki čustvo spremljajo.

Primer 2: Avtomatske misli depresivne pacientke

Značilna avtomatska misel depresivne pacientke: »Ničesar ne zmorem.

Nič nisem vredna. Nikoli ne bo bolje.« Čustvo: Žalost. Vedenje: Umik iz socialne okolice.

V kognitivni terapiji učimo paciente **prepoznavati** te misli, **kritičnega odnosa** do njih in, v kolikor zmorejo, **modifikacije** negativnih avtomatskih misli, kar pogosto pripelje do izboljšanja čustvenega doživljanja.

V začetnem procesu terapije in pacient skupaj prepoznavata negativne avtomatske misli v terapiji. Nato predlagamo pacientu, da negativne avtomatske misli sam prepozna v vsakdanjem življenju.

Pacienta učimo treh korakov: **prepoznavanja** – **evaluacije** – ocene **realnosti**.

Značilnosti avtomatski misli

(Tony Machin in Peter Creed, 1999)

- So avtomatične.
- So specifična, diskretna sporočila.
- Pogosto se pojavijo v stenografski obliki.
- Ne glede, kako iracionalne so, jim običajno verjamemo.
- So spontane.
- Pogosto so oblikovane v obliki terminov: naj bi, moral bi, morati.
- So katastrofične.
- Težko jih je izključiti.
- Avtomatske misli so naučene.

Velja poudariti, da so te misli pogosto tudi v obliki slik in kratkih vtisov (images).

Nerealno in nefunkcionalno

Težava avtomatskih misli je v tem, da so pogosto disfunkcionalne ali distorzijske.

O distorzijskih avtomatskih mislih govorimo, ko le-te že v osnovi niso realne. Misel »Ničesar ne zmorem« ni realna, medtem ko bi bila misel študenta »Izpita ne bom naredil« disfunkcionalna, saj je v realnosti mogoča. Kljub temu lahko pacienta ponavljanje te misli izrazito ovira, zvišuje anksioznost in zmanjšuje učinkovitost.

Značilne miselne napake (A. Beck, J. Beck, 1995):

- vse ali nič mišljenje
- katastrofizacija
- diskvalifikacija ali izključitev pozitivnega
- emocionalno presojanje
- etiketiranje
- povečevanje/minimaliziranje
- mentalni filter
- branje misli
- posploševanje
- personalizacija
- formuliranje stavkov z “moral bi”
- enostransko gledanje

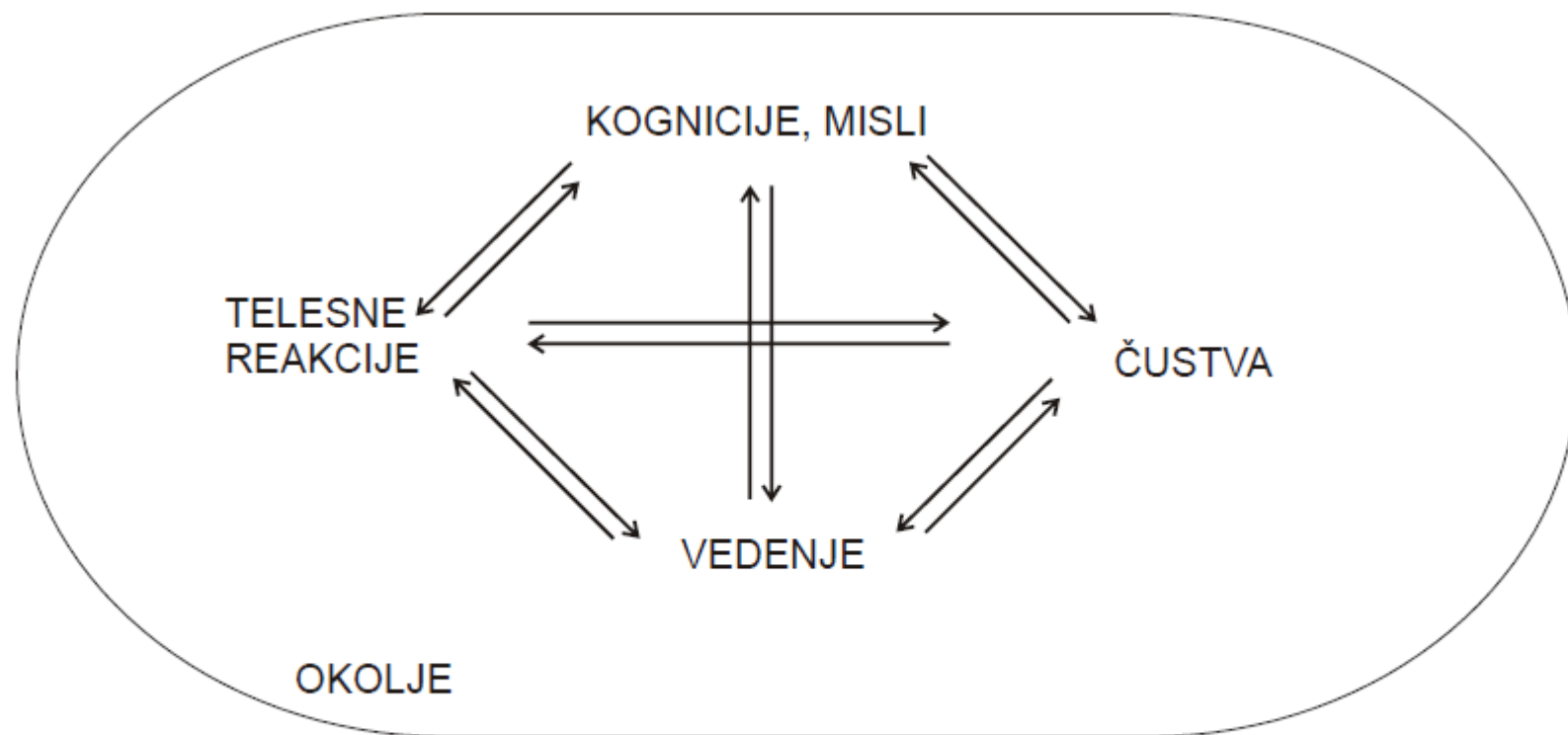
Misel – čustvo – vedenje – telesna reakcija

Avtomatske misli posameznika, ki se jih pogosto ne zaveda, lahko pomembno vplivajo na razvoj posameznikove osebnosti.

Avtomatske misli so v skladu s posameznikovimi individualnimi prepričanji in osnovnimi – bazičnimi prepričanji.

Tako mišljenje pomembno vpliva na to, kako se posameznik vede in odloča v življenju.

Tako je ena izmed pomembnejših konceptov kognitivne terapije povezanost naših misli in predstav s čustvovanjem, vedenjem in fiziološkimi telesnimi reakcijami. Ta proces se dogaja v kontekstu nekega okolja, ki dodatno, specifično vpliva na posameznika.



Slika 1: Pet aspektov človeške izkušnje (Center for Cognitive Therapy, Newport Beach, CA, USA, 1986)

Različnost kognitivne percepcije v podobnih situacijah

- Pacientka, stara 38 let, je izgubila zaposlitev zaradi stečaja podjetja. Njena avtomatska misel je bila: »Nič več nisem vredna«, čustvena reakcija ob tem je bila žalost. Izolira se in umika socialni okolici. Poroča, da se telesno počuti »mlahavo«, brez energije ...
- Ob enaki situaciji izgubi zaposlitev pacient, star 44 let, ki meni, da je življenje posvetil podjetju, reagira z avtomatsko mislijo »To je krivica!«. Čustvena reakcija na to je jeza. Tudi ta pacient se umika socialnim stikom, popiva, hkrati pa toži podjetje. Poroča o neprestani tesnobi in napetosti v telesu.

Posamezniki v podobnih situacijah reagiramo z različnimi avtomatskimi mislimi, ki vplivajo na različna čustvovanja, vedenja in telesne reakcije.

Pri tem je treba upoštevati vzajemen odnos med kognicijo in čustvom. Določena interpretacija ali misel vpliva na čustveno stanje, prav tako pa čustvo samo po sebi povečuje verjetnost prepričanja v prav to kognicijo.

(Teasdale, 1983, Ingram, 1984, po Teasdale, 1997)

Na področju klinične prakse so se različni kognitivni avtorji ukvarjali s povezavo psihičnih motenj in kognitivnih vsebin.

Preglednica 2: Kognitivni profil psihiatričnih motenj (A. T. Beck in A. J. Rush, 1996):

Motnja	Značilne kognitivne vsebine
Depresivne motnje	Negativno videnje sebe, izkušnje in prihodnosti
Hipomanija - manija	Pretirano, napihnjeno videnje sebe, izkušenj in prihodnosti
Suicidalno vedenje	Brezup in razvrednotenje »self – koncepta«
Generalizirana anksioznost	Strah pred fizično ali psihično nevarnostjo
Fobije	Strah pred nevarnostjo v specifičnih situacijah, ki se jih izogibamo
Panične motnje	Strah neposredne fizične ali mentalne katastrofe
Paranoična stanja	Zaznavanje drugih kot pristranskih, manipulativnih in nepoštenih
Konverzivne motnje	Koncept motorične ali senzorične nepravilnosti
Obsesivno kompulzivne motnje	Neprestana okupiranost z varnostjo, ponavljajoča dejanja, ki nas ščitijo pred grožnjo
Anoreksija in bulimija	Strah pred debelostjo in neatraktivnostjo
Hipohondriaza	Zaskrbljenost zaradi resnega obolenja

Pomen kognitivnih shem

Če bi si simbolično predstavljali, da stojimo ob jezeru in opazujemo »kognitivno« dogajanje vnjem, potem bi lahko tik pod površino prepoznali naše avtomatske misli. Z nekaj truda in vaje jih lahko opazujemo. Nekoliko globlje se skrivajo vmesna prepričanja – pogojna prepričanja. V globini »počivajo« osnovna – bazična prepričanja. Do njih pridemo le s težavo in naporom.

Morda se bodo na tem mestu srečali kognitivna terapija in nekatere globinske oblike psihoterapije.

Bazična prepričanja so najbolj osnoven nivo prepričanj, so globalna, rigidna in generalizirana. Običajno se oblikujejo že v zgodnjem razvojnem obdobju, ko otrok stopa v interakcije z drugimi. Ob ugodnem razvoju razvijemo pozitivna bazična prepričanja, pogosto pa razvijemo negativna bazična prepričanja. Beck loči dve široki kategoriji bazičnih prepričanj: prepričanja, povezana z nemočjo in prepričanja, povezana z neljubljenostjo.

Bazična prepričanja vplivajo na razvoj vmesnih prepričanj. Vmesna prepričanja so sestavljena iz stališč, pravil in domnev. So nekoliko bolj prilagodljiva kot bazična prepričanja, čeprav jih je težko spreminjati. Pogosto so v obliki »Če ...« Najlažje so nam dostopne avtomatske misli, ki se oblikujejo glede na vmesna prepričanja in bazična prepričanja.

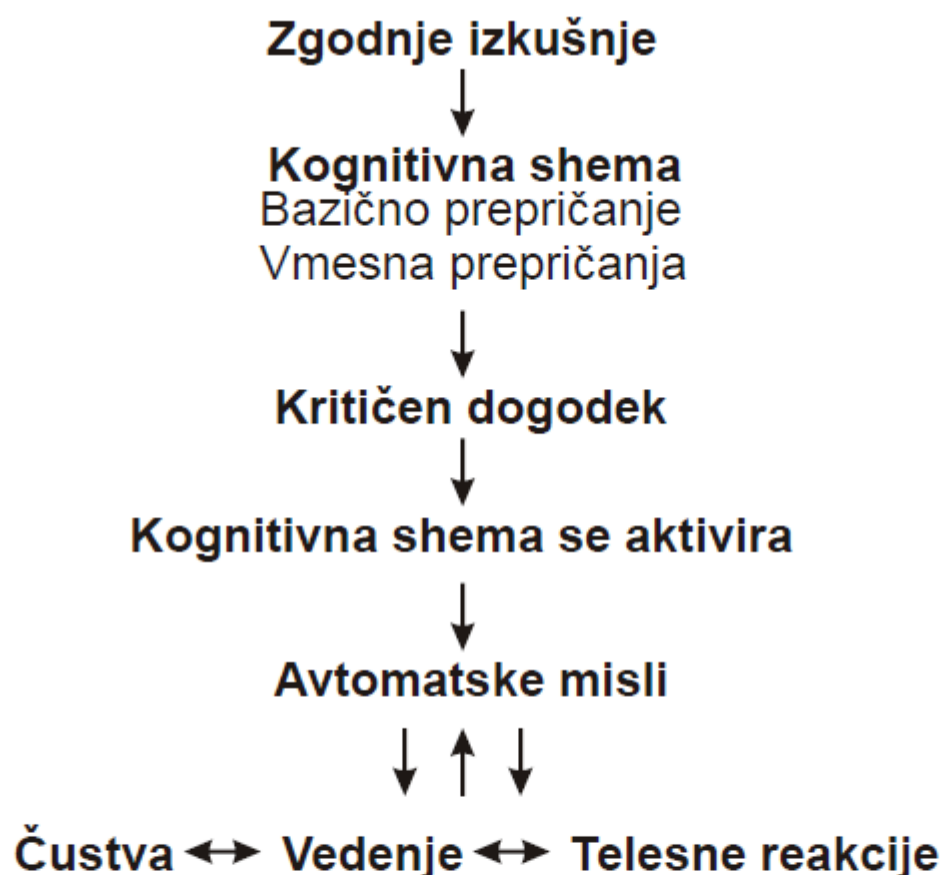
Avtomatske misli



Vmesne domneve / prepričanja / pravila



Osnovna – bazična prepričanja



Slika 3: Prikaz klasičnega kognitivnega modela, ki ga je v osnovi razvil A. Beck, 1979; predstavljena shema je povzeta po B. S. Liese, 1994 (»Brief Therapy, Crisis Intervention and the Cognitive Therapy of Substance Abuse«)

Pacientka, ki je bila izredno aktivna, uspešna v privatnem in poklicnem življenju, po prometninesreči (**kritičen dogodek**) tega več ne zmore. Leto po nesreči jo napoti v obravnavo psihiater z napotno diagnozo mešana anksiozno-depresivna motnja, reakcija na stres in prilagoditvena motnja.

Poroča o naslednjih avtomatskih **mislih**: »Nisem **sposobna**. Kaj bodo drugi mislili? Nisem **vredna**. Zgodila se mi je krivica.«

Avtomatske misli poveže s čustvi: napetost – **anksioznost**, **žalost** (občutek izgube), občasno **jeza** (krivica).

V vedenju se kaže socialna **izolacija** in občasna **impulzivnost**. Poroča o pogostih glavobolih in **bolečinah** (fiziološka reakcija).

Pacientka je aktivirala **vmesna prepričanja**: »**Če** nisem uspešna, **potem** nisem nič vredna« in **bazično prepričanje**:«Nisem **vredna**«.

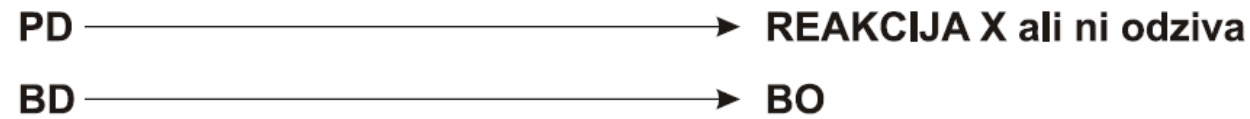
Vedenjska terapija

Vedenjska psihologija (oziroma behaviorizem) se je razvila kot samostojna psihološka šola na **začetku 20. stoletja v ZDA** kot odgovor na preučevanja ruskih fiziologov in refleksologov s konca prejšnjega stoletja.

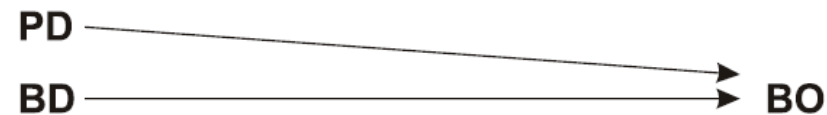
Zagovorniki vedenjske teorije poudarjajo, da je **okolje** najpomembnejši dejavnik duševnega delovanja in s tem povezanimi procesi učenja.

P. **Pavlov** (1849–1936) je znane eksperimente pogojevanja izvajal na **psih**. Pes je bil priključen na ustrezen aparat, ki je meril fiziološke reakcije, npr. količino izločene slin ob določenem dražljaju, npr. hrani. Če psu zvončkljamo, se ne bo slinil, ampak bo reagiral na način, ki ga ne moremo enoznačno predvideti. Imenujemo ga reakcija x. Med učenjem pa pogojni dražljaj in brezpogojni dražljaj delujeta skupaj ali v zelo kratkem časovnem zaporedju. **Rezultat učenja** je **pogojni odziv**, ki ga ni v fazi pred učenjem.

1. faza: pred učenjem



2. faza: med učenjem



3. faza: po učenju



Pomen oznak:

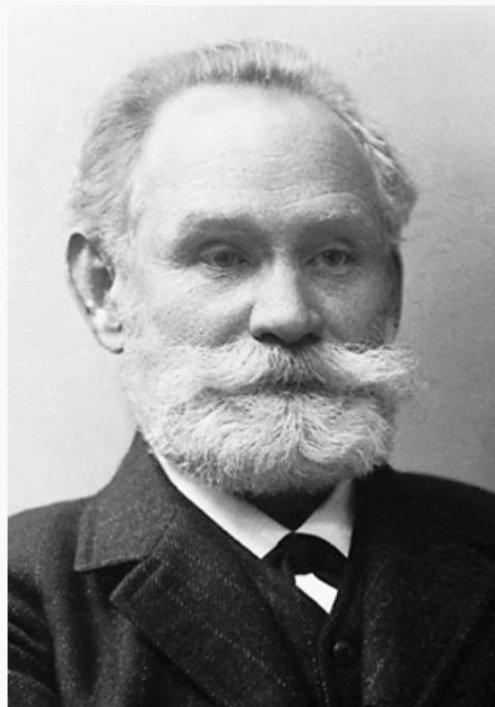
- PD - pogojni dražljaj, v eksperimentu: zvonjenje zvonca
- BD - brezpogojni dražljaj, v eksperimentu: hrana
- BO - brezpogojni odziv, v eksperimentu: slinjenje
- PO - pogojni odziv, v eksperimentu: rezultat učenja - slinjenje

Slika 1: Shema Pavlovega eksperimenta klasičnega pogojevanja (povzeto po: Hayes, Orrell, 1998, str. 27)

Klasično pogojevanje

V klasičnem pogojevanju je **brezpogojni** dražljaj, ki je **vrojen**, v funkciji **ojačevalca** pogojnega dražljaja, ki je **naučen**. Če pogojnemu dražljaju ne dodajamo brezpogojnega, potem **sčasoma** pogojni odziv **ugaša**. Torej, če pes ni dobil hrane, se je ob zvoku zvončka vedno manj slinil. Pri ojačevanju je smiselno omeniti **pozitivno** in **negativno ojačevanje**. K prvemu sodijo dražljaji, ki **spodbujajo** pozitivne odzive (hrana lačnega psa privlači), k drugemu pa dražljaji, ki spodbujajo k **negativnim reakcijam**. Pavlov je osnovni pogojni dražljaj zamenjal za druge podobne in ugotavljal, ali bo naletel pri psih na enako reakcijo. Ugotovil je, da se pogojni odziv **generalizira**, če gre za **podobne** dražljaje. Živali se naučijo razlikovati podobne dražljaje, če je ojačen samo en pogojni dražljaj, ostali pa ne. Diskriminacija je prisotna pri dresuri živali. Pavlov je dokazal, da se žival, ki je naučena na en pogojni dražljaj določene reakcije, na drugi pogojni dražljaj, ki je podoben prvemu, pa drugačne reakcije, zmede, če prezentiramo dražljaj, ki je vmes med prvim in drugim, oziroma reagira z **nervoznimi** reakcijami, če ji prezentiramo oba pogojna dražljaja hkrati. Opisano reakcijo psov je imenoval **eksperimentalna nevroza**. Nekateri strokovnjaki so te izsledke kasneje prenesli na razumevanje človekovih reakcij, kar je naletelo na kritične odmeve, saj so dognanja Pavlova poenostavili.

Ivan Petrovič Pavlov
Иван Петрович Павлов



Rojstvo	14. september 1849 Rjazan^[d], Rjazanska gubernija^[d], Ruski imperij^[1]
Smrt	27. februar 1936 ^{[1][2][3][4][5][6]} (86 let) Sankt Peterburg, RSFSR, Sovjetska zveza^[1]
Bivališče	 Ruski imperij Nemčija Sovjetska zveza
Narodnost	 ruska
Področja	fiziologija, psihologija, medicina
Alma mater	Vojno-medicinska akademija v Petrogradu
Pomembne nagrade	 Nobelova nagrada za fiziologijo ali medicino (1904) Copleyjeva medalja (1915)

Začetki in vzpon behaviorizma – instrumentalno pogojevanje

»Psihologija, kot jo vidi behaviorist, je čisto **objektivna** eksperimentalna veja naravne znanosti. Njen teoretični cilj je predikcija in kontrola **obnašanja**.« (Watson 1913, v Musek, 2003, str. 177)

J. B. **Watson** (1878–1958), ki je veljal za ekstremnega **empirista**, je trdil, da preučevanje zavesti in introspekcija kot metoda preučevanja niso znanstveni. Znanost uporablja objektivne metode, kot npr. **eksperiment**, **ekstraspekcijsko** in preučuje **vedenje**, ki ga je možno **opazovati**. Po njegovo je psihologija veda o obnašanju. Opazujemo **dražljaje** in **odzive** na dražljaje. Duševne pojave in s tem tudi zavest je izrinil iz strokovnega znanstvenega pojmovanja in ga je označil kot »**črno škatlo**« (neznano, skrivnostno). Shema klasičnega behaviorizma **D – O (dražljaj – odziv)** opredeljuje pojem vedenja/obnašanja. Behaviorizem se posveča dražljajem in njihovim zvezam na eni strani in reakcijam oziroma navadam na drugi strani.

Watson in R. Rayner (1920) sta prva **eksperimentalno** dokazala, da se da s klasičnim pogojevanjem **naučiti čustvene reakcije** pri ljudeh. »**Mali Albert**« se pri devetih mesecih ni bal dražljajev, ki so bili različne živali, npr. miši, podgane, zajec. S **strahom** se je odzival na močan zvok – **pok**. Po shemi klasičnega pogojevanja je **pok brezpogojni** dražljaj. Strah je brezpogojni odziv. Vsi ostali dražljaji so nevtralni (x dražljaji). Pri enajstih mesecih je Watson malemu Albertu ob poku s kratkim časovnim zamikom pokazal belo miš. V sedmih tednih je to večkrat ponovil. Rezultat pogojevanja je bila sprememba otrokove reakcije ob pogledu na belo miš. Torej: na pogojni dražljaj je sledila **naučena pogojna reakcija – strah**. Strah je **generaliziral na druge živali** (bele zajce, podgane in predmete ...).

John Broadus Watson



Rojstvo 9. januar 1878^{[1][2][3][4]}
Greenville^{[d][5]}

Smrt 25. september 1958^{[5][1][2][3][4]}
(80 let)
New York^[5]

Alma mater Univerza Furman, Univerza v Chicagu

Poznan po eksperiment z Malim Albertom



The "Little Albert" experiment



Na podlagi rezultatov raziskovanj so se razvijale teorije enostavnega učenja, ki poudarjajo pomen sočasnega izvajanja brezpogojnega in pogojnega dražljaja. Po principu klasičnega pogojevanja vedno sledi reakcija.

F. B. **Skinner** (1904–1990) je zagotovo eden najpomembnejših znanstvenikov 20. stoletja. Bil je zagovornik **determinizma**, s čimer si je nakopal veliko število nasprotnikov, a njegova moč argumentiranja, dokazovanja in eksperimentiranja je bila tako velika, da je ostal kljub ostrim kritikam na svojih stališčih. Za svojo vrsto behaviorizma je uporabljal izraz **vedenjska analiza**. Trdil je, da smo ljudje pod **vplivom okolja**; poudarjal je pomen dražljajev, ki so odgovorni za naše vedenje. Intrapsihičnih procesov ni zanikal, ni pa se z njimi ukvarjal, ker se mu niso zdeli za raziskovanje dovolj pomembni. **Predmet preučevanja je vedenje**, ki ga lahko **merimo**, opazujemo, objektivno preučujemo. Skinner je poleg preučevanja vedenja samega preučeval tudi kontrolo vedenja. Najbolj uporabna za kontrolo vedenja se mu je zdela **funkcionalna analiza**, ki jo je razumel kot analizo vedenja na relaciji **vzrok – posledica**, pri čemer so vsi dražljaji pod kontrolo. Vedenje je posledica **sheme dražljaj – odziv – ojačevalec (podkrepitev)**, ki vpliva na to, da se neko **vedenje ponavlja ali pa ne**. V shemi pogojevanja se je usmeril v operante (Skinnerjevo zražanje), ne pa v respondente (kar je značilno za klasično pogojevanje).

B. F. Skinner



Skinner at the Harvard Psychology Department,
c. 1950

Born	Burrhus Frederic Skinner March 20, 1904 Susquehanna, Pennsylvania, U.S.
Died	August 18, 1990 (aged 86) Cambridge, Massachusetts, U.S.
Nationality	American
Alma mater	Hamilton College Harvard University
Known for	Operant conditioning Radical behaviorism Behavior analysis Verbal behavior
Spouse(s)	Yvonne (Eve) Blue (1936–1990) ^[1]
Awards	National Medal of Science (1968)
Scientific career	
Fields	Psychology , linguistics , philosophy
Institutions	University of Minnesota Indiana University Harvard University
Influences	Charles Darwin Ivan Pavlov Ernst Mach Jacques Loeb Edward Thorndike William James Jean-Jacques Rousseau Henry David Thoreau

Signature

B F Skinner

Preglednica 1: Shema operantnega pogojevanja

<i>Aktualno vedenje</i>	<i>Posledica</i>	Vedenje v prihodnje
D – O vedenje 1	Brez posledic	Nespremenjeno
D – O vedenje 2	Pozitivne (pozitivno ojačevanje)	Se povečuje
D – O vedenje 3	Negativne (kazen, averzivno ojačevanje)	Se zmanjšuje ali prekine
D – O vedenje 4	Brez posledic – odsotnost kazni (negativno ojačevanje)	Se povečuje
D – O vedenje 5	Ignoriranje vedenja (ugašanje)	Se zmanjšuje

(Prirejeno po Musek, 2003)

Skinner je zelo natančno preučeval dražljaje, ki ojačujejo vedenje. Preizkušal je naslednje strategije ojačevanja (v Musek , 2003, str. 199):

- shema neprekinjenega ojačevanja: žival dobi nagrado vedno, ko naredi ustrezno dejanje (npr. pritisne na vzvod),
- shema fiksnega razmerja: žival dobi nagrado po točno določenem številu ustreznih vedenj (npr. po trikratnem, petkratnem ...),
- shema fiksnega intervala: žival dobi nagrado, ko v določenem časovnem intervalu vsaj enkrat ustrezno reagira (npr. 20 sekund, 1 minuta ...). Če reagira večkrat, dobi enako nagrado, če ne reagira, ni nagrade,
- shema variabilnega razmerja: žival dobi nagrado po treh uspešnih poskusih, drugič po enem, tretjič po sedmem; razmerje se spreminja,
- shema variabilnega intervala: pri tej shemi se spreminja časovni interval. Žival dobi nagrado, če je bila uspešna enkrat po 20 sekundah, drugič po desetih, tretjič 5 sekundah ...

Rezultati so pokazali, da ima prekinjeno ojačevanje enak ali močnejši učinek na vedenje kot neprekinjeno ojačevanje. Neprekinjeno ojačevanje pa ima trajnejši učinek in povzroči nižjo stopnjo ugašanja (Nye 1992, v Musek, 2003).

Carpenter (1974, v Musek, 2003) je ugotovil, da pri vzgoji nekateri starši bolj, drugi manj dosledno ojačujejo. Pri neprekinjenem ojačevanju sebolj pogosto oblikujejo lastnosti, kot so vztrajnost, marljivost, storilnost, tekmovalnost ...

Modelno učenje (tudi: učenje s posnemanjem)

Bandura poznamo po preučevanju agresivnega vedenja. Pri tem se ni osredotočil le na zunanje dražljaje, čeprav pripisuje okolju in **socialni** sredini velik pomen, ampak tudi na **kognitivne** procese, kjer je poudarek na zaznavanju, stališčih in prepričanjih. Leta 1963 je s sodelavci izvedel raziskavo, kjer je preučeval odzive od 3 do 6 let starih otrok na različne vsebine agresivnega vedenja. Otroci so **gledali različne prizore**, kjer je imela glavno vlogo odrasla oseba, ki je fizično obračunavala z lutkico in nanjo kričala; v drugi skupini so enak prizor iste osebe gledali na filmu; v tretji skupini so enake oblike vedenje gledali kot risanko; četrta skupina – kontrolna skupina ni gledala nobenega prizora. Po ogledu prizorov so se otroci igrali v igralnici. Eksperimentator jim je priredil frustracijsko situacijo. Med igračami je bila tudi omenjena lutka. Opazovalci, ki jih otroci niso videli (enosmerno ogledalo), so 20 minut beležili reakcije otrok. Rezultat je pokazal, da otroci, **ki so opazovali prizore agresivnega vedenja**, bistveno **večkrat uporabljajo agresivna dejanja**, kot tisti, ki ga niso. Raziskava je tudi pokazala, da otroci ne posnemajo vseh enako. V splošnem **deklice posnemajo ženske** like, **fantki pa moške**. Z večjo verjetnostjo bodo imitirali lik, ki ga okolje nagrajuje ... Ugotovil je, da proces **učenja poteka tudi »preko izkušenj druge osebe«** (vicarious learning). Če druga oseba izvaja vedenje, ki je **nagrajeno**, ga bo opazovalec usvojil in z udejanjanjem sprejel za svojega. V nekem drugem podobnem eksperimentu z lutko je Bandura (1965) ugotovil, da, če otrokom za posnemanje vedenja ponudiš nagrado, se otroci zelo hitro odzivajo tako, da bi dobili nagrado, četudi gre za agresivne odzive. Skratka, če že ne moremo predvideti, kdo in kdaj se bo agresivno odzval, je potrebno izdelati strategije, kako ravnati, ko se tako vedenje pojavi. Prav od teh reakcij je odvisno, ali se bo vedenje ponavljalo, stopnjevalo ali zmanjševalo.

- **Brezpogojni dražljaj** (stimulus): So določeni dražljaji iz okolja, npr. pok, močna svetloba, okus hrane ..., ki izzovejo refleksne odgovore (respondente) oziroma brezpogojne odzive b (reakcije), tiste, ki niso pod vplivom volje.
- **Brezpogojni odziv** (reakcija) Ta reakcija je **vrojena**. Na njo ne moremo vplivati, ni pod kontrolo voljnega. Ščiti organizem pred poškodbami, v splošnem ima varovalno funkcijo. Takšne reakcije so npr. slinjenje ob hranjenju, vznemirjenje ob poku, patelarni refleks, pupilarni refleks, čustvene reakcije ...
- Povezava med brezpogojnim dražljajem in brezpogojnim refleksom je **avtomatska** – ni naučena. Shema: BD ----- BR

Z učenjem po principih klasičnega pogojevanja dosežemo, da nevtralni dražljaj v skupnem delovanju z brezpogojnim dražljajem izzove **enako reakcijo**, kot jo izzove brezpogojni dražljaj sam.

- **Pogojni dražljaj**: To je **nevtralni** dražljaj, ki v eksperimentalnem delu dobi oznako pogojni. Med učenjem deluje skupaj z brezpogojnim dražljajem. Shema: PD, BD ----- BR
- **Pogojni refleks**: Je **naučena** reakcija na prej nevtralni dražljaj. Oblikuje se **postopno**. Ima podoben odziv kot brezpogojni refleks. Shema po učenju: PD-----PR

Indikacije za vedenjsko terapijo

Anić in Ilić-Supek, 1984 poudarjata, da se danes uporaba VT lahko umesti v tri kategorije:

- **vzgojno-izobraževalno** delo (uporaba tehnik za modifikacijo vedenja pri hiperaktivnih otrocih, agresivnih, pri otrocih, ki imajo specifične težave v komunikaciji, pomanjkljivo znanje uporabe socialnih veščin),
- področje **socializacije** (za pomoč pri odpravljanju motečih oblik vedenja pri delinkventnih mladih in odraslih),
- **klinično** prakso (domeno nad VT si delijo psihiatri in klinični psihologi, zato je izbor možnih pacientov pester).

Kastratović (1978, str.113) navaja, kje se uporablja VT kot osnovna ali dodatna terapija:

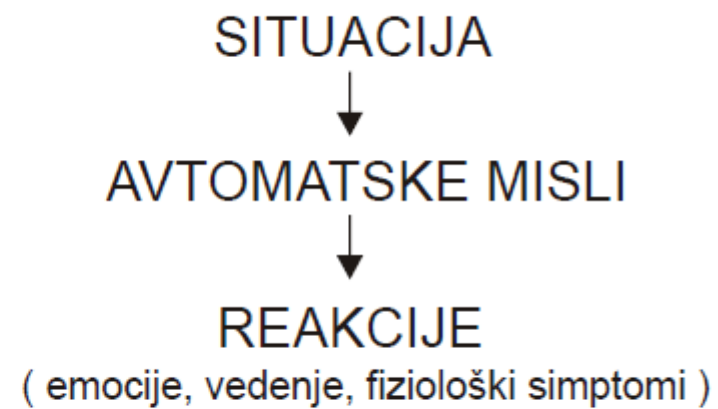
- »simptom in karakter vseh oblik **nevroz**, še posebej: **fobij**, **anksioznih**, **obsesivnokompulzivnih**, **depresivnih**, **konverzivnih** ...
- psihosomatske motnje, npr. **tahikardije**, **tahiaritmije** ...
- monosimptomatske nevroze (tiki, grafospazem, **nespečnost**, impotentnost, frigidnost, **enureza**...)
- perversije in inverzije (homoseksualnost, fetišizem, sadizem, mazohizem, transvestitizem)
- **odvisnost** od alkohola, medikamentov, kajenja
- **motnje hranjenja**
- sociopatska, disocialna in kriminalna vedenja psihopatov
- problemi prilagajanja otrok in mladine
- umska manjrazvitost in njihove težave v vedenju
- psihoze otrok (avtizem) in odraslih (shizofrenija)
- psihoorgansko pogojena stanja mentalne hendikepiranosti s težavami v vedenju ...«.

Štiri kategorije vedenjskih tehnik (po Pastirk, 2003):

1. tehnike izpostavljanja (sistematska desenzitizacija, preplavljanje, averzivne tehnike, implozivna metoda),
2. tehnike podkrepljevanja (tehnike instrumentalnega podkrepljevanja),
3. tehnike socialnega učenja (asertivni trening, učenje po modelu, trening socialnih veščin),
4. tehnike samonadzora (biofeedback, relaksacijske tehnike).

Konceptualizacija v VKT

- Postopek / sredstvo oz. način za opis in razumevanje klienta kot osebe, klientovih problemov
- in težav ter postopkov in metod za rešitev njegovih problemov v jeziku kognitivnega modela
- emocionalnih motenj (Beck et. al., 1979, 1985, po Wills in Sanders, 1997).
- Opisuje in opredeljuje **dejavnike**, ki vzdržujejo posameznikove probleme in pojasnjuje
- osnovne mehanizme, ki so pogojevali razvoj neke motnje oz. nastanek problemov pri
- klientu (Pearsons, 1989, Turkat and Maisto, 1985, po Wills in Sanders, 1997),
- Nakazuje **rešitve** teh problemov.
- Fokusira na **začarani krog** vpliva negativnih avtomatskih **misli**, ki se porajajo v sprožilni **situaciji**,
- na **čustva**.
- Vključuje **vedenjske** in **fiziološke** reakcije
- Pojasnjuje, kako so le-te **povezane** s čustvi in avtomatskimi mislimi,
- Pojasnjuje pa tudi, da avtomatske misli izhajajo iz **bazičnih predpostavk**.



Slika 1: Kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj

Namen kognitivne konceptualizacije

- da tako terapevt kot klient razumeta funkcioniranje klienta in njegovih problemov na podlagi kognitivnega modela emocionalnih motenj. N
- da klienta naučimo strukturirati njegovo lastno doživljanje in funkcioniranje na ta način,
- v zameno za to učenje pa dobi ustreznejše razumevanje svojih problemov, uvid v nefunkcionalnost (disfunkcionalnost) svojih bazičnih prepričanj (posledično tudi negativnih avtomatskih misli, napak oz. Kognitivnih izkrivljenj v svojem razmišljanju)
- in učinkovitejše obvladovanje svojih problemov.

Razširjeni oz. celosten kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj torej ponazorimo takole:



Slika 2: Razširjeni kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj

Konceptualizacija je

- je **aktiven** in
- **kontinuiran**
- **proces**
- postavljanja in razvijanja delovnih **hipotez**,
- katerega namen je izdelava natančnega preglednega **zmljevida** (sheme) klientovih problemov in njihovega izvora.
- je izdelan v **sodelovanju** s klientom,
- je **ves čas odprt** za kontinuirano modifikacijo,
- hkrati pa ima vlogo **vodiča** po vsebinah, ki se dogajajo klientu tako zunaj terapije v vsakdanjem življenju kot tudi v terapiji in terapevtskem odnosu s terapevtom.

Konceptualizacija mora podati

- Kako je klient **razvil** motnjo?
- Kateri so bili pri tem zanj **pomembni življenjski dogodki**, izkušnje, odnosi, interakcije?
- Katera so njegova najbolj **bazična prepričanja o sebi, o drugih, o svetu**?
- Katera so njegova **vmesna prepričanja** (predpostavke, pričakovanja, pravila, stališča) o sebi, o drugih, o svetu?
- Katere **strategije** je klient uporabljal za soočanje in obvladovanje teh negativnih prepričanj?
- Katere **negativne avtomatske misli**, podobe in vedenja so **vzdrževala** motnjo oz. probleme?
- Kako so **nastala bazična prepričanja**, kakšno vlogo so pri tem imele situacije v življenju klienta, ki so ga naredile dovzetnega, **ranljivega** za razvoj motnje oz. problemov?
- **Kaj se dogaja** v klientovem življenju **v tem trenutku**, kako klient to doživlja, kako se s tem sooča?

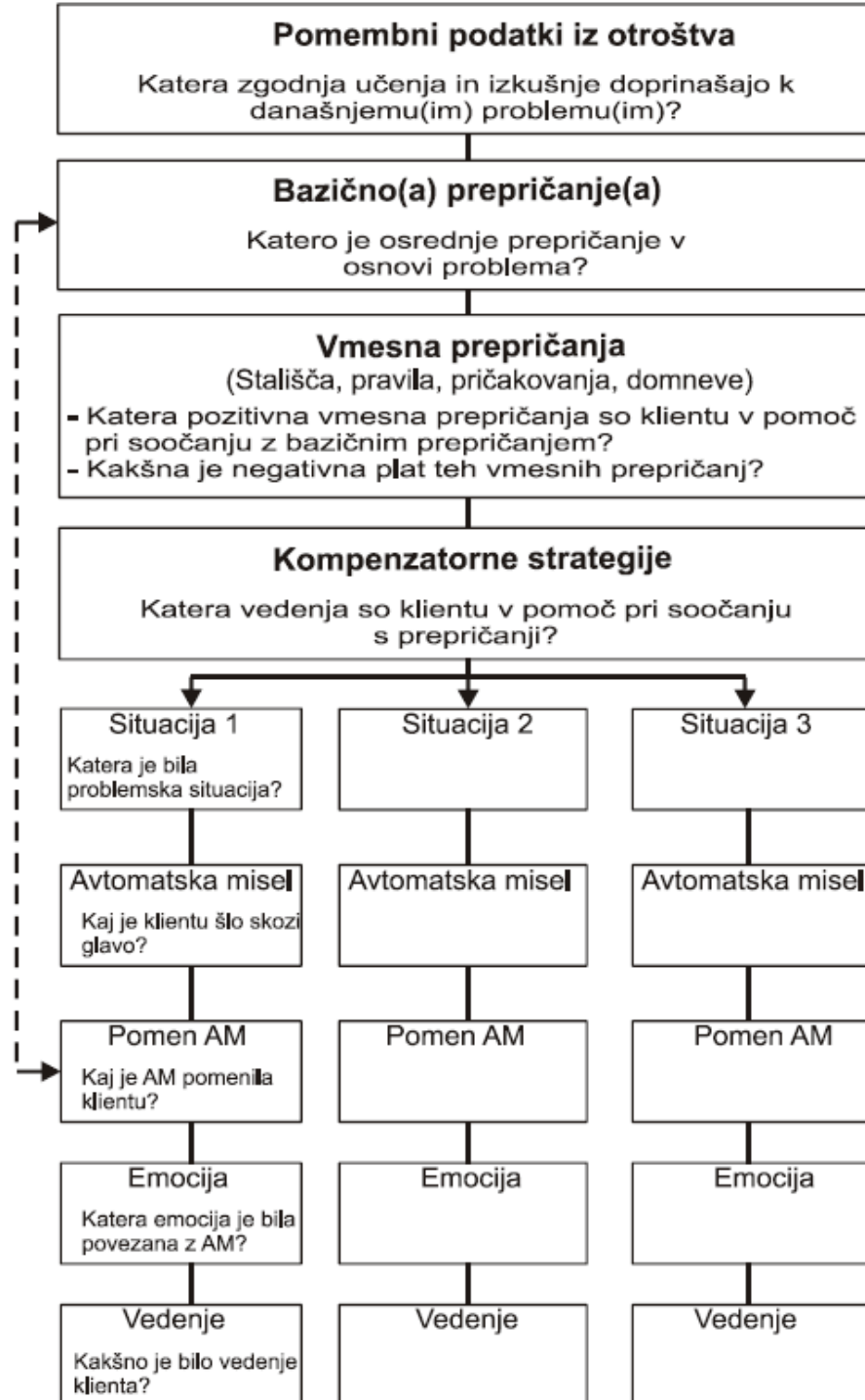
Strategije soočanja z disfunkcionalnimi prepričanji oz. reakcije nanje

A) Prikrite, obrnjene navznoter, organske

- a) Kognitivno reševanje problemov, kamor prišteva kognitivno načrtovanje, kognitivni preizkus, iskanje informacij.
- b) Kognitivna kontrola negativnih emocij, kamor prišteva kognitivni umik ali beg ter reinterpretacijo.

B) Odkrite, odprte navzven, usmerjene v akcijo

- a) V averzivnih situacijah se pojavlja fizični umik ali beg, akcije usmerjene na fizično okolico, akcije, usmerjene na socialno okolico ter izogibanje frustrirajočim situacijam.
- b) Negativne emocije.



(J. Beck, 1995; prevod in priredba: Peter Janjuševič)