Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**РЕФЕРАТ на тему:**

**«Когнитивно-поведенческая психотерапия»**

Выполнила: Ординатор Курьязова Евгения Николаевна

Красноярск 2022

Оглавление

[ОГЛАВЛЕНИЕ 2](#_Toc95141350)

[**ВВЕДЕНИЕ** 2](#_Toc95141351)

[**1.** **ОСНОВАТЕЛИ СИСТЕМЫ** 2](#_Toc95141352)

[**2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ** 3](#_Toc95141353)

[**3. МЕТОДОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ** 3](#_Toc95141354)

[**4. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ** 4](#_Toc95141355)

[**5. КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ** 5](#_Toc95141356)

[**6. ТЕОРИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ** 6](#_Toc95141357)

[**7. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ** 7](#_Toc95141358)

[**8. ТЕХНИКИ И МЕТОДИКИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ** 8](#_Toc95141359)

[**9. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ И МЕТОДИКИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ** 12](#_Toc95141360)

[**10. ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ** 14](#_Toc95141361)

[**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ** 16](#_Toc95141362)

**ВВЕДЕНИЕ**

Когнитивно-поведенческая психотерапия, также когнитивно-бихевиоральная психотерапия (англ. Cognitive behavioural therapy) — общее понятие, описывающее направление психотерапии, в основе которой лежит предпосылка, что причиной психологических расстройств (фобий, депрессии и т. п.) являются дисфункциональные убеждения и установки.

Основой этого направления стали труды А. Эллиса и А. Бека, также давшие толчок развитию когнитивного подхода в психологии. Впоследствии в данную методику были интегрированы методы поведенческой терапии, что привело к её нынешнему наименованию.

когнитивный терапия депрессия шизофрения

1. **ОСНОВАТЕЛИ СИСТЕМЫ**

В середине XX века большую известность и распространение получили работы пионеров когнитивно-поведенческой терапии (далее КТ) А. Бека и А. Эллиса [1]. Аарон Бек первоначально получил психоаналитическую подготовку, но, разочаровавшись в психоанализе, создал собственную модель депрессии и новый метод лечения аффективных расстройств, который получил название когнитивной терапии. Её основные положения он сформулировал независимо от А. Эллиса, разработавшего в 50-е годы похожий метод рационально-эмоциональной психотерапии [2].

Но если Эллис склонен искать универсальные для всех эмоциональных расстройств содержательные характеристики когнитивных процессов, то Бек попытался от дифференцировать различные эмоциональные состояния на основе когнитивного содержания. …

Большая конкретность, мишенеориентированность и индивидуализированность подхода Бека привела к тому, что нередко в европейской литературе именно ему отводится ведущая роль в создании когнитивной психотерапии.

Система оказалась в конфронтации с психоаналитическими направлениями в психотерапии.

Основные труды Бека: «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» (1976), «Когнитивная терапия депрессии» (1979), «Когнитивная терапия личностных расстройств» (1990).

Известными учёными были разработаны другие формы когнитивной терапии. Особо следует отметить рационально-эмотивную терапию Альберта Эллиса.

**2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

В предисловии к известной монографии «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» Бек заявляет о своем подходе как о принципиально новом, отличном от ведущих школ, посвятивших себя изучению и лечению эмоциональных нарушений — традиционной психиатрии, психоанализа и поведенческой терапии. Эти школы, несмотря на существенные различия между собой, разделяют общее фундаментальное допущение: пациента терзают скрытые силы, над которыми он не властен. …

Эти три ведущие школы утверждают, что источник расстройства пациента лежит вне его сознания. Они мало обращают внимания на сознательные понятия, конкретные мысли и фантазии, то есть когниции. Новый подход — когнитивная терапия — полагает, что к эмоциональным расстройствам можно подойти совершенно другим путем: ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациентов.

**Выделяют пять целей когнитивной терапии:**

1. Уменьшение и/или полное устранение симптомов расстройства.
2. Снижение вероятности возникновения рецидива после завершения лечения.
3. Повышение эффективности фармакотерапии.
4. Решение психосоциальных проблем (которые могут либо быть следствием психического расстройства, либо предшествовать его появлению).
5. Устранение причин, способствующих развитию психопатологии: изменение дезадаптивных убеждений (схем), коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения.

**Для достижения указанных целей когнитивный психотерапевт помогает клиенту решить следующие задачи:**

1. Осознать влияние мыслей на эмоции и поведение.
2. Научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними.
3. Исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, их поддерживающие и опровергающие («за» и «против»).
4. Заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли;
5. Обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.

Из указанных задач первая, как правило, решается уже в процессе первой (диагностической) сессии. Для решения остальных четырёх задач используются специальные техники, описание наиболее популярных из них приведено далее.

**3. МЕТОДОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

На сегодняшний день КТ находится на стыке когнитивизма, бихевиоризма и психоанализа. Как правило, в учебных пособиях, изданных в последние годы на русском языке, не рассматривается вопрос о существовании различий между двумя наиболее влиятельными вариантами когнитивной терапии.

Несмотря на то что этот подход может показаться похожим на когнитивную терапию Бека, все же есть существенные различия. В модели РЭБТ первоначальное восприятие раздражителя и автоматических мыслей не обсуждается и не подвергается сомнению. … Психотерапевт не обсуждает достоверность, а выясняет, как клиент оценивает раздражитель. Таким образом, в РЭБТ основной акцент делается на … оценке раздражителя.

**Особенности КТ:**

*Естественнонаучный фундамент:* наличие собственной психологической теории нормального развития и факторов возникновения психической патологии.

*Мишене-ориентированность и технологичность:* для каждой нозологической группы существует психологическая модель, описывающая специфику нарушений; соответственно выделены «мишени психотерапии», её этапы и техники.

*Краткосрочность и экономичность подхода (в отличие, например, от психоанализа):* от 20—30 сеансов.

Наличие интегрирующего потенциала, заложенного в теоретических схемах КТ (и экзистенциально-гуманистическая направленность, и объектные отношения, и поведенческий тренинг и проч.).

**4. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Способ структурирования индивидом ситуаций определяет его поведение и чувства. Таким образом, в центре стоит интерпретация субъектом внешних событий, которая реализуется по следующей схеме: внешние события (стимулы) → когнитивная система → интерпретация (мысли) → аффект (или поведение). Если интерпретации и внешние события сильно расходятся, это ведет к психической патологии.

Аффективной патологией является сильное преувеличение нормальной эмоции, возникающее вследствие неправильной интерпретации под действием многих факторов. Центральный фактор — «частные владения (личное пространство)» (personal domain), в центре которого лежит Эго: эмоциональные нарушения зависят от того, воспринимает человек события как обогащающие, как истощающие, как угрожающие или как посягающие на его владения.

**Примеры:**

1. Печаль возникает в результате утраты чего-либо ценного, то есть лишения частного владения.
2. Эйфория — ощущение или ожидание приобретения.
3. Тревога — угроза физиологическому или психологическому благополучию.
4. Гнев является следствием ощущения прямого нападения (намеренного или непреднамеренного) либо нарушения законов, моральных норм или стандартов данного индивида.
5. Индивидуальные различия. Они зависят от прошлого травматического опыта (например, ситуация длительного пребывания в замкнутом пространстве) и биологической предрасположенности (конституциональный фактор). Е. Т. Соколова предложила концепцию дифференциальной диагностики и психотерапии двух видов депрессий, основанную на интеграции КТ и психоаналитической теории объектных отношений:
6. Перфекционистская меланхолия (возникает у т. н. «автономной личности», по Беку). Провоцируется фрустрацией, потребности в самоутверждении, достижении, автономии. Следствие: развитие компенсаторной структуры «Грандиозного Я». Т.о., здесь речь идет о нарциссической личностной организации. Стратегия психотерапевтической работы: «контейнирование» (бережное отношение к обостренному самолюбию, уязвлённой гордости и чувству стыда).
7. Анаклитическая депрессия (возникает у т. н. «социотропной личности», по Беку). Связана с эмоциональной депривацией. Следствие: неустойчивые паттерны межличностных отношений, где эмоциональное избегание, изоляция и «эмоциональная тупость» сменяются сверхзависимостью и эмоциональным прилипанием к Другому. Стратегия психотерапевтической работы: «холдинг» (эмоциональное «до-питывание»).
8. Нормальная деятельность когнитивной организации тормозится под влиянием стресса. Возникают экстремистские суждения, проблемное мышление, нарушается концентрация внимания и проч.
9. Психопатологические синдромы (депрессия, тревожные расстройства и проч.) состоят из гиперактивных схем с уникальным содержанием, характеризующих тот или иной синдром. Примеры: депрессия — утрата, тревожное расстройство — угроза или опасность и т. п.
10. Напряженное взаимодействие с другими людьми порождает замкнутый круг неадаптивных когниций. Страдающая депрессией жена, неверно трактуя фрустрацию мужа («Мне всё равно, она мне не нужна…» вместо реальной «Я ничем не могу ей помочь»), приписывает ей негативный смысл, продолжает негативно думать о себе и своих отношениях с мужем, отстраняется, и, как следствие, её неадаптивные когниции ещё более усиливаются.

**5. КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ**

**Схемы.** Это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию.

*Схемы могут быть:*

1. Адаптивными/ неадаптивными. Пример дезадаптивной схемы: «все мужчины — сволочи» или «все женщины — стервы». Разумеется, такие схемы не соответствуют действительности и являются чрезмерным обобщением, однако подобная жизненная позиция может нанести урон прежде всего самому человеку, создав ему трудности в общении с противоположным полом, поскольку подсознательно он будет заранее негативно настроен, и собеседник это может понять и обидеться.
2. Позитивными/негативными.
3. Идиосинкразическими/универсальными. Пример: депрессия — неадаптивные, негативные, идиосинкразические.

**Автоматические мысли.** Это мысли, которые мозг записывает в «быструю» область памяти (т. н. «подсознание»), поскольку они часто повторяются или человек придаёт им особую важность. В этом случае мозг не тратит много времени на повторное медленное обдумывание такой мысли, а принимает решение мгновенно, исходя из предыдущего решения, записанного в «быстрой» памяти. Подобная «автоматизация» мыслей может быть полезной, когда надо быстро принять решение (например, быстро отдернуть руку от горячей сковороды), но может навредить, если автоматизируется неправильная или нелогичная мысль, поэтому в числе задач когнитивной психотерапии — распознавание таких автоматических мыслей, возвращение их из области быстрой памяти снова в область медленного переосмысления, с тем чтобы удалить из подсознания неверные суждения и перезаписать их в виде правильных контраргументов.

*Основные характеристики автоматических мыслей:*

1. Рефлекторность.
2. Свёрнутость и сжатость.
3. Неподвластность сознательному контролю.
4. Быстротечность.
5. Персевераторность и стереотипность. Автоматические мысли не являются следствием размышлений или рассуждений, субъективно они воспринимаются обоснованными, даже если они представляются окружающими нелепыми или противоречат очевидным фактам. Примеры: «Если я получу оценку „хорошо“ на экзамене, я умру, мир вокруг меня разрушится, после этого я не смогу ничего сделать, я окончательно стану полным ничтожеством», «Я разрушила жизнь своих детей разводом», «Всё, что я делаю, я делаю некачественно».

**Когнитивные ошибки.** Это сверхвалентные и аффективно-заряженные схемы, непосредственно вызывающие когнитивные искажения. Они характерны для всех психопатологических синдромов.

**6. ТЕОРИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

***6.1 Депрессия***

Депрессия — это преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической утраты.

*Когнитивная триада депрессии:*

1. Негативные представления о себе: «Я неполноценен, я неудачник, как минимум!».
2. Негативная оценка окружающего мира и внешних событий: «Мир беспощаден ко мне! Почему именно на меня всё это наваливается?».
3. Негативная оценка будущего. «А что тут говорить? У меня просто нет будущего!».

Кроме того: повышенная зависимость, паралич воли, суицидальные мысли, соматический симптомокомплекс. На базе депрессивных схем формируются соответствующие автоматические мысли и имеют место когнитивные ошибки практически всех видов.

*Темы:*

1. Фиксированность на реальной или мнимой утрате (смерть близких, крушение отношений, потеря самоуважения и проч.).
2. Негативное отношение к себе и окружающим, пессимистическая оценка будущего.
3. Тирания долженствования.

***6.2 Тревожно-фобические расстройства***

Тревожное расстройство — это преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической опасности или угрозы. Фобия — преувеличенное и хроническое переживание страха.

*Пример:*

1. Страх утраты контроля (например, перед своим организмом, как в случае страха заболеть).
2. Клаустрофобия — боязнь замкнутых пространств; механизм (и при агорафобии): страх того, что в случае опасности помощь может не подойти вовремя.

*Темы:*

1. Предвосхищение отрицательных событий в будущем, т. н. «антиципация всевозможных несчастий». При агорафобии: страх умереть или обезуметь.
2. Расхождение между уровнем притязаний и убежденностью в собственной некомпетентности («Я должен получить оценку „отлично“ на экзамене, но ведь я же неудачник, ничего не знаю, ничего не понимаю»).
3. Опасение потерять поддержку.
4. Устойчивое представление о неизбежном провале в попытке наладить межличностные отношения, оказаться униженным, осмеянным или отвергнутым

***6.3 Перфекционизм***

Перфекционизм очень тесно связан с депрессией, но не с анаклитической (той, которая возникает из-за утраты или потери), а с той разновидностью депрессии, которая сопряжена с фрустрацией потребности в самоутверждении, достижении и автономии.

*Основные особенности:*

1. Высокие стандарты.
2. Мышление в терминах «всё или ничего» (или полный успех, или полное фиаско).
3. Концентрация на неудачах.
4. Ригидность.

**7. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ**

Клиент и терапевт должны прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать. Именно решение проблем, а не изменение личностных характеристик или недостатков пациента. Терапевт должен быть очень эмпатийным, естественным, конгруэнтным (принципы, взятые из гуманистической психотерапии); не должно быть директивности. Принципы:

Психотерапевт и клиент сотрудничают при экспериментальной проверке ошибочного дезадаптивного мышления.

**Пример:** клиент: «Когда я иду по улице, на меня все оборачиваются», терапевт: «Попробуйте нормально пройтись по улице и посчитать, сколько человек обернулось на вас». Обычно такая автоматическая мысль не совпадает с реальностью.

*Суть:* есть гипотеза, она должна быть проверена эмпирическим путем. Однако иногда утверждения психиатрических больных, что на улице все на них оборачиваются, смотрят и обсуждают, таки имеют под собой реальную фактическую основу. Всё дело в том, как душевнобольной выглядит и как он себя ведёт в тот момент. Если человек тихо сам с собой разговаривает, беспричинно смеётся, либо, наоборот, не отрываясь глядит в одну точку, не смотрит по сторонам вообще, либо со страхом оглядывается на окружающих, —такой человек непременно привлечёт к себе внимание. На него действительно будут оборачиваться, смотреть и обсуждать — просто потому, что прохожим интересно, отчего он так себя ведёт. В этой ситуации психолог может помочь клиенту понять, что интерес окружающих вызван его же необычным поведением, и объяснить человеку, как надо себя вести на людях, чтобы не привлекать излишнего внимания.

*Сократический диалог как серия вопросов, имеющих следующие цели:*

1. Прояснить или определить проблемы.
2. Помочь в идентификации мыслей, образов, ощущений.
3. Исследовать смысл событий для пациента.
4. Оценить последствия сохранения неадаптивных мыслей и видов поведения.

*Направленное познание:* терапевт-гид поощряет пациентов обращаться к фактам, оценивать вероятность, собирать информацию и подвергать всё это проверке.

**8. ТЕХНИКИ И МЕТОДИКИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

КТ в варианте Бека — это структурированное обучение, эксперимент, тренировки в ментальном и поведенческом планах, призванные помочь пациенту овладеть **следующими операциями**:

1. Обнаруживать свои негативные автоматические мысли.
2. Находить связь между знаниями, аффектами и поведением.
3. Находить факты «за» и «против» автоматических мыслей.
4. Подыскивать более реалистичные интерпретации для них.
5. Научить выявлять и изменять дезорганизующие убеждения, ведущие к искажению навыков и опыта.

**Конкретные методы выявления и корректировки автоматических мыслей:**

1. Записывание мыслей. Психолог может попросить клиента самого записать на бумаге, какие мысли у него возникают в голове, когда он пытается сделать нужное действие (или не делать ненужное действие). Мысли, приходящие в голову в момент принятия решения, желательно записывать строго в порядке их очередности (эта очередность важна, поскольку укажет на вес и важность этих мотивов в принятии решения).
2. Дневник мыслей. Многие специалисты КТ предлагают своим клиентам кратко записывать свои мысли в дневник в течение нескольких дней, чтобы понять, о чём человек чаще всего думает, сколько времени на это тратит и насколько сильные эмоции испытывает от своих мыслей[4].

Например, американский психолог Матью Маккей рекомендовал своим клиентам разбить страницу в дневнике на три колонки, где указывать кратко саму мысль, потраченные на неё часы времени и оценку своих эмоций по 100-бальной шкале в диапазоне между: «очень приятно/интересно» — «безразлично» — «очень неприятно/угнетающе»[4]. Ценность такого дневника ещё и в том, что иногда даже сам клиент не всегда может точно указать причину своих переживаний, в таком случае дневник помогает и ему самому и его психологу выяснить, какие мысли влияют на его самочувствие в течение дня.

1. Отдаление. Суть этого этапа состоит в том, что пациент должен стать в объективную позицию по отношению к собственным мыслям, то есть отдалиться от них. *Отстранение подразумевает 3 компонента*:

* осознание автоматичности «плохой» мысли, её самопроизвольности, понимание того, что данная схема возникла ранее при иных обстоятельствах или была навязана другими людьми извне;
* осознание того, что «плохая» мысль неадаптивна, то есть вызывает страдание, страх или разочарование;
* возникновение сомнения в истинности этой неадаптивной мысли, понимание того, что данная схема не соответствует новым требованиям или новой ситуации (например, мысль «Быть счастливым — значит быть во всем первым», сформированная у отличника в школе, может привести к разочарованию, если ему не удаётся стать первым в университете).

1. Эмпирическая проверка («эксперименты»).

*Способы:*

* Найти аргументы «за» и «против» автоматических мыслей. Эти аргументы также желательно записать на бумагу, чтобы пациент мог перечитывать её всякий раз, когда ему вновь приходят в голову эти мысли. Если человек будет часто это делать, то постепенно мозг запомнит «правильные» аргументы и удалит из быстрой памяти «неправильные» мотивы и решения.
* Взвешивать достоинства и недостатки каждого варианта. Здесь также необходимо учитывать долговременную перспективу, а не только сиюминутную выгоду (например, в долговременной перспективе проблемы от наркотиков многократно превысят временное удовольствие).
* Построение эксперимента для проверки суждения.
* Разговор со свидетелями прошлых событий. Это особенно актуально при тех психических расстройствах, где память иногда искажается и подменяется фантазиями (например, при шизофрении), или если заблуждение вызвано неверной интерпретацией мотивов другого человека.

Терапевт обращается к своему опыту, к художественной и академической литературе, статистике.

Терапевт уличает: указывает на логические ошибки и противоречия в суждениях пациента.

1. Методика переоценки. Проверка вероятности действия альтернативных причин того или иного события.
2. Децентрация. При социофобии пациенты чувствуют себя в центре всеобщего внимания и страдают от этого. Здесь также необходима эмпирическая проверка этих автоматических мыслей.
3. Декатастрофикация. При тревожных расстройствах. Терапевт: «Давайте посмотрим, что было бы, если бы…», «Как долго вы будете испытывать подобные негативные ощущения?», «Что будет потом? Вы умрете? Мир разрушится? Это испортит вашу карьеру? Ваши близкие откажутся от вас?» и т. п. Пациент понимает, что всё имеет временные рамки, и автоматическая мысль «этот ужас никогда не кончится» исчезает.
4. Целенаправленное повторение. Проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных инструкций на практике, что ведет к усилению самоэффективности. Иногда пациент вполне согласен с правильными аргументами во время психотерапии, но быстро забывает их после сеанса и вновь возвращается к предыдущим «неправильным» доводам, поскольку они многократно записаны у него в памяти, хоть он и понимает их нелогичность. В таком случае правильные аргументы лучше записать на бумагу и регулярно перечитывать.
5. Использование воображения. У тревожных пациентов преобладают не столько «автоматические мысли», сколько «навязчивые образы», то есть дезадаптирует скорее не мышление, а воображение (фантазия).

*Виды:*

* Методика прекращения: громкая команда себе «прекратить!» — негативный образ мышления или воображения прекращается. Это также бывает эффективным для остановки навязчивых мыслей при некоторых психических заболеваниях.
* Методика повторения: повторить несколько раз правильный образ мышления, чтобы разрушить сформировавшийся стереотип.
* Метафоры, притчи, стихи: психолог использует такие примеры, чтобы объяснение было более понятным.
* Модифицирующее воображение: пациент активно и постепенно меняет образ от негативного к более нейтральному и даже позитивному, тем самым понимая возможности своего самосознания и сознательного контроля. Обычно даже после тяжёлой неудачи можно найти хоть что-то положительное в произошедшем (например, «я получил хороший урок») и сконцентрироваться на этом.
* Позитивное воображение: положительный образ заменяет отрицательный и оказывает релаксирующее действие.
* Конструктивное воображение (десензитизация): пациент ранжирует вероятность ожидаемого события, что приводит к тому, что прогноз лишается своей глобальности и неизбежности.

1. Замена эмоций. Иногда клиенту следует примириться со своим прошлым негативным опытом и изменить свои эмоции на более адекватные. Например, жертве преступления иногда будет лучше не прокручивать в памяти детали произошедшего, а сказать себе: «Очень жаль, что это произошло со мной, но я не дам своим обидчикам испортить мне ещё и весь остаток моей жизни, я буду жить настоящим и будущим, а не постоянно оглядываться на прошлое». Следует заменить эмоции обиды, злобы и ненависти на более мягкие и адекватные, которые позволят комфортнее построить свою дальнейшую жизнь.
2. Смена ролей. Попросить клиента представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной ситуации. Что ему можно было бы сказать? Что посоветовать? Какой совет самый любимый человек мог бы вам дать в такой ситуации?
3. Переоценка ценностей. Часто причиной депрессии являются несбыточные желания или чрезмерно завышенные требования. В таком случае психолог может помочь клиенту взвесить цену достижения цели и цену проблемы и решить, стоит ли бороться дальше или будет разумнее вообще отказаться от достижения этой цели, отбросить неисполнимое желание, отложить, уменьшить запросы, поставить перед собой для начала более реалистические задачи, попытаться более комфортно устроиться с тем, что есть, или найти что-то замещающее. Это актуально в тех случаях, когда цена отказа от решения проблемы ниже, чем страдания от самой проблемы. Однако в других случаях, возможно, будет лучше напрячься и решить проблему, особенно если откладывание решения только усугубляет ситуацию и доставляет человеку всё больше страданий.
4. Откладывание. Если клиент не в состоянии отказаться от своих несбыточных целей и желаний, но мысли о них бесполезно расходуют его время и доставляют ему проблемы, то можно предложить клиенту отложить эти цели и мысли о них на длительный срок до наступления какого-либо события, которое сделает его несбыточную сегодня мечту более достижимой. Например, если клиент имеет какую-то псевдо-изобретательскую идею, но не может её реализовать сегодня и ни за что не хочет от неё отказаться, а только бесполезно тратит время и силы, то можно попробовать предложить ему хотя бы отложить осуществление и обдумывание этой идеи до пенсионного возраста, когда у него будет больше свободного времени и денег. Это «откладывание» может потом значительно смягчить удар от осознания нереальности его псевдо-изобретения.
5. План действий на будущее. Клиент и терапевт совместно разрабатывают для клиента реалистический «план действий» на будущее с конкретными условиями, действиями и сроками выполнения, записывают этот план на бумагу. Например, если случится катастрофическое событие, то клиент будет выполнять некоторую последовательность действий в обозначенное для этого время, а до того, как данное событие случится, клиент не будет терзать себя понапрасну переживаниями.
6. Выявление альтернативных причин поведения. Если все «правильные» аргументы изложены и клиент с ними согласен, но продолжает думать или действовать явно нелогичным образом, то следует поискать альтернативные причины такого поведения, о которых сам клиент не подозревает или предпочитает умалчивать. Например, при навязчивых мыслях сам процесс обдумывания часто приносит человеку большое удовлетворение и облегчение, поскольку позволяет хотя бы мысленно вообразить себя «героем» или «спасителем», разрешить в фантазиях все проблемы, наказать в мечтах врагов, исправить в придуманном мире свои ошибки и т.д. Поэтому человек снова и снова прокручивает такие мысли уже не ради реального решения, а ради самого процесса обдумывания и удовлетворения, постепенно этот процесс затягивает человека всё глубже, как своего рода наркотик, хоть человек и понимает нереальность и нелогичность такого мышления.
7. Психические заболевания. В особо тяжёлых случаях иррациональное и нелогичное поведение может быть признаком серьёзного невыявленного психического заболевания (например, обсессивно-компульсивного расстройства или шизофрении), тогда одной психотерапии может быть недостаточно, и требуется вмешательство психиатра.

**9. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ И МЕТОДИКИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Существуют специфические методы КТ, применяемые только при определённых видах тяжёлых психических расстройств в дополнение к лечению лекарствами.

***9.1 Обсессивно-компульсивное расстройство***

Американский психиатр Джеффри Шварц разработал специальную методику «4 шагов», которая позволяет пациенту сопротивляться обсессивно-компульсивному расстройству, изменяя или упрощая процедуру «ритуалов» и навязчивых мыслей, сводя их к минимуму. Основа методики — осознание пациентом болезни и пошаговое сопротивление её симптомам. По этой методике сначала необходимо объяснить больному, какие из его опасений оправданы, а какие вызваны ОКР. Потом провести между ними черту и объяснить больному, как в той или иной ситуации повёл бы себя здоровый человек (лучше, если примером послужит человек, представляющий авторитет для больного) [5]. **Конкретные шаги описаны так:**

1. Поменять названия: переосмыслить и запомнить, что навязчивые желания и мысли — это результат ОКР, а не настоящая надобность. Например, говорить себе: «Я не думаю, что мои руки всегда грязные и нуждаются в непрерывном мытье. Это моя болезнь заставляет меня непрерывно мыть руки».
2. Понять причину: причиной ОКР является разбалансировка нейромедиаторов в мозгу, заставляющая человека «застревать» в определённом действии, но эту разбалансировку можно исправить психотерапией, поскольку, в отличие от машины, человек сам может менять работу своего мозга переобучением.
3. Изменить сосредоточение: при первых появлениях навязчивости заняться чем-то другим, тем, что отвлекает от этого вредного действия. Сначала можно попробовать установить некоторое время задержки, прежде чем заниматься навязчивостью (15 минут). Записывать в журнал успешные попытки и мысли, которые помогли остановить навязчивость.
4. Переоценка: посмотреть на себя и свои мысли со стороны, чтобы понять незначительность и малоценность навязчивых мыслей и действий. Например, можно представить себя «бесстрастным зрителем» спектакля.
5. Как дополнительный приём также может использоваться метод **«остановки мысли»[**6][7].

*Этот метод состоит из 5 шагов:*

* Составить список навязчивых мыслей, реально оценить их вероятность, полезность и альтернативы.
* Представить себе ситуацию, в которой обычно появляется навязчивая или тревожная мысль, остановить навязчивость в этой воображаемой ситуации.
* Команда себе «Стоп» после возникновения этой навязчивой мысли или действия уже в реальной ситуации.

Отдавать себе команду «Стоп» как можно раньше, не после начала навязчивого действия или обдумывания, а уже при самых первых признаках появления желания снова подумать об этом.

* Заменить негативные и тревожные мысли успокаивающими и позитивными утверждениями или образами.
* Иногда пациенту может быть полезно записать на бумагу контраргументы о том, как ему вредят навязчивые мысли, как он бесполезно расходует на них своё драгоценное время, что у него есть более важные дела, что навязчивые мечтания становятся для него своеобразным наркотиком, рассеивают его внимание и ухудшают память, что эти навязчивости могут привести к проблемам в семье, на работе, вызвать насмешки окружающих, и т. д. Потом регулярно перечитывать эту бумагу и постараться запомнить наизусть.

***9.2 Шизофрения***

При шизофрении пациенты иногда начинают вести мысленные диалоги с воображаемыми образами людей или потусторонних существ (т. н. «голоса»).

Психолог в данном случае может постараться объяснить пациенту, страдающему шизофренией, что тот беседует не с реальными людьми или существами, а с созданными им художественными образами этих существ, думая по очереди то за себя, то за такого персонажа. Постепенно мозг «автоматизирует» этот процесс и начинает выдавать фразы, подходящие придуманному персонажу в данной ситуации, автоматически, даже без сознательного запроса.

Можно попытаться объяснить клиенту, что разговоры с придуманными персонажами иногда ведут также и психически здоровые люди, но сознательно, когда хотят предугадать реакцию другого человека на определённое событие (к примеру, это может облегчать писателю процесс написания книги, если он думает по очереди сразу за нескольких персонажей). Однако в таком случае нормальный человек хорошо понимает, что имеет дело с вымышленным образом, поэтому он его не боится и не обращается с ним как с реальным существом.

Мозг здоровых людей не придаёт значения чего-то реального таким персонажам и потому не автоматизирует вымышленные разговоры с ними.

Другой пример — разница между фотографией и живым человеком: фотографию можно спокойно спрятать в стол и забыть о ней, в случае же, если бы это был живой человек, с ним так поступить было бы нельзя. Когда человек, страдающий шизофренией, поймёт, что его персонаж — всего лишь плод его воображения, он тоже начнёт с ним гораздо проще обращаться и перестанет доставать этот образ из памяти, когда не нужно.

Кроме того, при шизофрении пациент иногда начинает многократно ментально прокручивать фантазийный образ или сюжет, постепенно такие фантазии глубоко записываются в память, обогащаются реалистичными деталями и становятся очень правдоподобными.

При этом существует опасность того, что человек начнёт путать память о своих фантазиях с реальной памятью и может из-за этого начать вести себя неадекватно, поэтому психологу можно попытаться восстановить реальные факты или события с помощью внешних достоверных источников: документы, люди, которым больной доверяет, научная литература, разговор со свидетелями, фотографии, видеозаписи, построение эксперимента для проверки суждения и т. д.

***9.3 Наркомания, алкоголизм и другие вредные зависимости***

Прежде чем корректировать неправильные автоматические мысли человека, страдающего зависимостью, иногда можно сначала попробовать поговорить с клиентом о его долговременных жизненных целях и приоритетах, ведь под них потом подстраиваются все его среднесрочные и краткосрочные цели и мысли.

Можно попробовать убедить наркомана, что краткосрочное удовольствие от наркотика в долгосрочной перспективе окажется намного меньшим, чем сумма потерь удовольствия из-за потери работы, семьи, друзей, здоровья, неуважения общества, бездомности и пр. Одновременно следует предложить клиенту попробовать возвратить себе обычные источники удовольствия: заработать деньги, создать семью, родить детей, купить жильё, поправить здоровье и т.д.

Необходимо убедить наркомана, что достижение правильных целей возможно при его желании и что это избавит его от депрессий и мучений при возвращении в реальность, улучшит качество его жизни, поднимет самооценку, возвысит в глазах окружающих — то есть надолго улучшит его настроение естественным способом, в результате чего ему не потребуются наркотики, чтобы чувствовать себя нормально в течение дня.

Зачастую психологи рисуют для клиента «карту целей» на бумаге, начиная с самых базовых и эволюционных (выживание/размножение), потом переходят к примитивным и инстинктивным (еда, питьё, комфортная температура, избегание боли, секс, материнский инстинкт), а затем постепенно переходят от них к сложным суммарным ассоциациям (здоровье, жильё, деньги, друзья-помощники, работа, семья, уважение общества, образование, карьера, власть, слава). Кроме того, можно указать на карте, как зависимость вредит этим позитивным целям и уменьшает долговременное удовольствие от жизни. Затем «карту целей» прикрепляют в каком-либо хорошо заметном месте для мотивации клиента. Этот же метод иногда может помочь избавиться от других вредных зависимостей (алкоголизм, игромания, обжорство, интернет-зависимость и т.п.).

**10. ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

*Личность психотерапевта:* естественность, эмпатийность, конгруэнтность. Терапевт должен уметь получать обратную связь от пациента. Поскольку КТ является довольно директивным (в определенном смысле слова) и структурированным процессом, то в случае, если хороший терапевт чувствует серость и обезличенность терапии («решение задач по формальной логике»), он не боится самораскрытия, не боится использования воображения, притч, метафор и т. п.

*Правильные психотерапевтические отношения.* Учёт автоматических мыслей пациента о психотерапевте и о предлагаемых заданиях. Пример: автоматическая мысль пациента — «Буду делать записи в моём дневнике — через пять дней стану самым счастливым человеком на свете, все проблемы и симптомы исчезнут, я начну жить по-настоящему». Терапевт: «Дневник — это всего лишь отдельное подспорье, мгновенных эффектов не будет; ваши записи в дневнике — мини-эксперименты, дающие вам новую информацию о себе и своих проблемах».

*Качественное применение методик, неформальный подход к процессу КТ.*Техники должны применяться согласно конкретной ситуации, формальный подход резко снижает эффективность КТ и часто может сформировать новые автоматические мысли или фрустрировать пациента. Систематичность. Учёт обратной связи.

*Реальные проблемы* — реальные эффекты. Эффективность снижается, если терапевт и клиент занимаются всем, чем угодно, игнорируя реальные проблемы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Александров А. А. Современная психотерапия. — СПб., 1997. — ISBN 5-7331-0103-2. (Лекции по когнитивной терапии № 5, 6 и 13.)
2. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство = Cognitive Therapy: Basics and Beyond. — М.: «Вильямс», 2006. — ISBN 5-8459-1053-6..
3. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — ISBN 5-318-00689-2.
4. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб.: Питер, 2002.
5. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. — СПб., 2001.
6. Васильева О. Б. Список литературы по когнитивно-поведенческой психотерапии
7. Когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии и консультировании: Хрестоматия / Сост. Т. В. Власова. — Владивосток: ГИ МГУ, 2002. — 110 с.
8. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. — 5-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — Гл. 8.
9. Соколова Е. Т. Психотерапия: Теория и практика. — М.: Академия, 2002. — Гл. 3.
10. Фёдоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. — ISBN 5-318-00273-0.
11. Харитонов С. В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. — М.: Психотерапия, 2009.
12. Холмогорова А. Б. Актуальные тенденции современной когнитивной психотерапии. (Лекция, прочитанная 18 ноября 2009 г. в МГППУ.)
13. Статьи проф. А. Б. Холмогоровой по когнитивной терапии в эл. библ-ке МГППУ (доступны для бесплатного скачивания), в том числе: Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. — 2001. — № 4.
14. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии / Под. ред. А. М. Боковикова. — М.: Когито-центр, 2000. — С. 224—267. — (Современная психотерапия). — 5000 экз. — ISBN 5-89353-030-6.
15. Московский психотерапевтический журнал — № 3/1996; № 4/2001. (Спецвыпуски по когнитивной терапии.)