

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ Г. СЕМЕЙ
КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Подготовила: Турарова Алтынай
R-псих-201гр.

- **КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** — РАСПРОСТРАНЁННАЯ ФОРМА ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННАЯ НА ПРЕДПОЛОЖЕНИИ, ЧТО ПРИЧИНЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЧЕЛОВЕКА КРОЮТСЯ В ОШИБКАХ МЫШЛЕНИЯ, И НАПРАВЛЕННАЯ НА ИЗМЕНЕНИЕ НЕЛОГИЧНЫХ ИЛИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНЫХ МЫСЛЕЙ И УБЕЖДЕНИЙ ЧЕЛОВЕКА, А ТАКЖЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ ЕГО МЫШЛЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ. ОСНОВУ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В 1960-Х ГОДАХ ЗАЛОЖИЛИ ТРУДЫ ААРОНА БЕКА, ТАКЖЕ ДАВШИЕ ТОЛЧОК РАЗВИТИЮ КОГНИТИВНОГО ПОДХОДА В ПСИХОЛОГИИ. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ШИРОКО ПРИЗНАНА В НАУЧНОМ СООБЩЕСТВЕ.

- ОЧЕНЬ БЛИЗКОЙ К КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АЛЬБЕРТА ЭЛЛИСА. В НЕКОТОРЫХ ИСТОЧНИКАХ ТЕРАПИЯ БЕКА И ТЕРАПИЯ ЭЛЛИСА РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК ДВА ПОДВИДА КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.
- НА ОСНОВЕ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БЫЛА РАЗРАБОТАНА КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИМЕЮЩАЯ ОЧЕНЬ ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

ВЫДЕЛЯЮТ ПЯТЬ ЦЕЛЕЙ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ:

- УМЕНЬШЕНИЕ ИЛИ ПОЛНОЕ УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ РАССТРОЙСТВА.
- СНИЖЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ.
- ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ.
- РЕШЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (КОТОРЫЕ МОГУТ ЛИБО БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, ЛИБО ПРЕДШЕСТВОВАТЬ ЕГО ПОЯВЛЕНИЮ).
- УСТРАНЕНИЕ ПРИЧИН, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ПСИХОПАТОЛОГИИ: ИЗМЕНЕНИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ПАТТЕРНОВ, КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК, ИЗМЕНЕНИЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТ ПОМОГАЕТ ПАЦИЕНТУ РЕШИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ:

- ОСОЗНАТЬ ВЛИЯНИЕ МЫСЛЕЙ НА ЭМОЦИИ И ПОВЕДЕНИЕ.
- НАУЧИТЬСЯ ВЫЯВЛЯТЬ НЕГАТИВНЫЕ АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ И НАБЛЮДАТЬ ЗА НИМИ.
- ИССЛЕДОВАТЬ НЕГАТИВНЫЕ АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ И АРГУМЕНТЫ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ И ОПРОВЕРГАЮЩИЕ ИХ («ЗА» И «ПРОТИВ»).
- ЗАМЕНИТЬ ОШИБОЧНЫЕ КОГНИЦИИ НА БОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЫСЛИ.
- 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...

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. 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 ВЕДЁТ К ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.

2. АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИЛЬНОЕ ПРЕУВЕЛИЧЕНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ЭМОЦИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ НЕПРАВИЛЬНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОД ДЕЙСТВИЕМ МНОГИХ ФАКТОРОВ. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФАКТОР — «ЧАСТНЫЕ ВЛАДЕНИЯ» (ЛИЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО) — [АНГЛ. 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: ПЕЧАЛЬ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ УТРАТЫ ЧЕГО-ЛИБО ЦЕННОГО, ТО ЕСТЬ ЛИШЕНИЯ ЧАСТНОГО ВЛАДЕНИЯ.

• **ЭЙФОРИЯ** — ОЩУЩЕНИЕ ИЛИ ОЖИДАНИЕ ПРИОБРЕТЕНИЯ.

• **ТРЕВОГА** — УГРОЗА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ИЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ БЛАГОПОЛУЧИЮ.

• **ГНЕВ** - ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ОЩУЩЕНИЯ ПРЯМОГО НАПАДЕНИЯ (НАМЕРЕННОГО ИЛИ НЕПРЕДНАМЕРЕННОГО) ЛИБО НАРУШЕНИЯ ЗАКОНОВ, МОРАЛЬНЫХ НОРМ ИЛИ СТАНДАРТОВ ДАННОГО ИНДИВИДА.

3. 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 КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ:

ПЕРФЕКЦИОНИСТСКАЯ МЕЛАНХОЛИЯ (ВОЗНИКАЕТ У Т. Н. «АВТОНОМНОЙ ЛИЧНОСТИ», ПО БЕКУ). ПРОВОЦИРУЕТСЯ ФРУСТРАЦИЕЙ, ПОТРЕБНОСТЬЮ В САМОУТВЕРЖДЕНИИ, ДОСТИЖЕНИИ, АВТОНОМИИ. СЛЕДСТВИЕ: РАЗВИТИЕ КОМПЕНСАТОРНОЙ СТРУКТУРЫ «ГРАНДИОЗНОГО Я». Т. О., ЗДЕСЬ РЕЧЬ ИДЁТ О НАРЦИССИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. СТРАТЕГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ: «КОНТЕЙНИРОВАНИЕ» (БЕРЕЖНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ОБОСТРЁННОМУ САМОЛЮБИЮ, УЯЗВЛЁННОЙ ГОРДОСТИ И ЧУВСТВУ СТЫДА).

- *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»).

- 4. НОРМАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОГНИТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТОРМОЗИТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ СТРЕССА. ВОЗНИКАЮТ ЭКСТРЕМИСТСКИЕ СУЖДЕНИЯ, ПРОБЛЕМНОЕ МЫШЛЕНИЕ, НАРУШАЕТСЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНИМАНИЯ И ПРОЧЕЕ.
- 5. 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.

- 6. НАПРЯЖЁННОЕ 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.

• КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ

• **ДЕПРЕССИЯ**

• ДЕПРЕССИЯ — ЭТО ПРЕУВЕЛИЧЕННОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ РЕАЛЬНОЙ ИЛИ ГИПОТЕТИЧЕСКОЙ УТРАТЫ. *КОГНИТИВНАЯ ТРИАДА ДЕПРЕССИИ:*

• НЕГАТИВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СЕБЕ: «Я НЕПОЛНОЦЕНЕН, Я НЕУДАЧНИК КАК МИНИМУМ!».

• НЕГАТИВНАЯ ОЦЕНКА ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА И ВНЕШНИХ СОБЫТИЙ: «МИР БЕСПОЩАДЕН КО МНЕ! ПОЧЕМУ ИМЕННО НА МЕНЯ ВСЁ ЭТО НАВАЛИВАЕТСЯ?».

• 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:*

• ФИКСИРОВАННОСТЬ НА РЕАЛЬНОЙ ИЛИ МНИМОЙ УТРАТЕ (СМЕРТЬ БЛИЗКИХ, КРУШЕНИЕ ОТНОШЕНИЙ, ПОТЕРЯ САМОУВАЖЕНИЯ И ПРОЧ.).

• НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩИМ, ПЕССИМИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БУДУЩЕГО.

• ТИРАНИЯ ДОЛЖЕНСТВОВАНИЯ.

- **ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

- **ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО** ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО — ЭТО ПРЕУВЕЛИЧЕННОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ РЕАЛЬНОЙ ИЛИ ГИПОТЕТИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ИЛИ УГРОЗЫ. **ФОБИЯ** ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО — ЭТО ПРЕУВЕЛИЧЕННОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ РЕАЛЬНОЙ ИЛИ ГИПОТЕТИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ИЛИ УГРОЗЫ. ФОБИЯ — ПРЕУВЕЛИЧЕННОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ СТРАХА. ПРИМЕР: СТРАХ УТРАТЫ КОНТРОЛЯ (НАПРИМЕР, ПЕРЕД СВОИМ ОРГАНИЗМОМ, КАК В СЛУЧАЕ СТРАХА ЗАБОЛЕТЬ). **КЛАУСТРОФОБИЯ** ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО — ЭТО ПРЕУВЕЛИЧЕННОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ РЕАЛЬНОЙ ИЛИ ГИПОТЕТИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ИЛИ УГРОЗЫ. ФОБИЯ — ПРЕУВЕЛИЧЕННОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ СТРАХА. ПРИМЕР: СТРАХ УТРАТЫ КОНТРОЛЯ (НАПРИМЕР, ПЕРЕД СВОИМ ОРГАНИЗМОМ, КАК В СЛУЧАЕ СТРАХА ЗАБОЛЕТЬ). **КЛАУСТРОФОБИЯ** — БОЯЗНЬ ЗАМКНУТЫХ ПРОСТРАНСТВ; МЕХАНИЗМ (И ПРИ **АГОРАФОБИИ**): СТРАХ ТОГО, ЧТО В СЛУЧАЕ ОПАСНОСТИ ПОМОЩЬ МОЖЕТ НЕ ПОДОЙТИ ВОВРЕМЯ. ТЕМЫ:
- ПРЕДВОСХИЩЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ В БУДУЩЕМ, Т. Н. «АНТИЦИПАЦИЯ ВСЕВОЗМОЖНЫХ НЕСЧАСТИЙ». ПРИ АГОРАФОБИИ: СТРАХ УМЕРЕТЬ ИЛИ ОБЕЗУМЕТЬ.
- РАСХОЖДЕНИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ ПРИТЯЗАНИЙ И УБЕЖДЁННОСТЬЮ В СОБСТВЕННОЙ НЕКОМПЕТЕНТНОСТИ («Я ДОЛЖЕН ПОЛУЧИТЬ ОЦЕНКУ „ОТЛИЧНО“ НА ЭКЗАМЕНЕ, НО ВЕДЬ Я ЖЕ НЕУДАЧНИК, НИЧЕГО НЕ ЗНАЮ, НИЧЕГО НЕ ПОНИМАЮ»).
- ОПАСЕНИЕ ПОТЕРЯТЬ ПОДДЕРЖКУ.
- УСТОЙЧИВОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О НЕИЗБЕЖНОМ ПРОВАЛЕ В ПОПЫТКЕ НАЛАДИТЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ, ОКАЗАТЬСЯ УНИЖЕННЫМ, ОСМЕЯННЫМ ИЛИ ОТВЕРГНУТЫМ

- ПАЦИЕНТ 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 ДОЛЖНО БЫТЬ ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ. ТЕРАПЕВТ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ БОЛЬШОЙ ЭМПАТИЕЙ ПАЦИЕНТ 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 ДОЛЖНО БЫТЬ ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ. ТЕРАПЕВТ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ БОЛЬШОЙ ЭМПАТИЕЙ, БЫТЬ ЕСТЕСТВЕННЫМ И КОНГРУЭНТНЫМ ПАЦИЕНТ И ТЕРАПЕВТ ДОЛЖНЫ ПРИЙТИ К СОГЛАШЕНИЮ О ТОМ, НАД КАКОЙ ПРОБЛЕМОЙ ИМ ПРЕДСТОИТ РАБОТАТЬ. ИМЕННО РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ, А НЕ ИЗМЕНЕНИЕ

- ПСИХОТЕРАПЕВТ И ПАЦИЕНТ СОТРУДНИЧАЮТ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПРОВЕРКЕ ОШИБОЧНОГО ДЕЗАДАПТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ. ПРИМЕР: ПАЦИЕНТ: «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. СОДЕРЖАНИЕ: ЕСТЬ ГИПОТЕЗА, ОНА ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕРЕНА ЭМПИРИЧЕСКИМ ПУТЁМ. ОДНАКО ИНОГДА УТВЕРЖДЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, БУДТО НА УЛИЦЕ ВСЕ НА НИХ ОБОРАЧИВАЮТСЯ, СМОТРЯТ И ОБСУЖДАЮТ, ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ИМЕЮТ ПОД СОБОЙ РЕАЛЬНУЮ ФАКТИЧЕСКУЮ ОСНОВУ: ВСЁ ДЕЛО В ТОМ, КАК ДУШЕВНОБОЛЬНОЙ ВЫГЛЯДИТ И КАК ОН СЕБЯ ВЕДЁТ. 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 — ЛИШЬ ПОТОМУ, ЧТО ПРОХОЖИМ ИНТЕРЕСНО, ОТЧЕГО ОН ТАК СЕБЯ ВЕДЁТ. В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ТЕРАПЕВТ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ ПОНЯТЬ, ЧТО ИНТЕРЕС ОКРУЖАЮЩИХ ВЫЗВАН ЕГО ЖЕ НЕОБЫЧНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, И ОБЪЯСНИТЬ ЧЕЛОВЕКУ, КАК НАДО СЕБЯ ВЕСТИ НА ЛЮДЯХ, ЧТОБЫ НЕ ПРИВЛЕКАТЬ ИЗЛИШНЕГО ВНИМАНИЯ.



- ПСИХОТЕРАПЕВТ ВЕДЁТ С ПАЦИЕНТОМ ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ «СОКРАТИЧЕСКИЙ ДИАЛОГ», ТО ЕСТЬ ЗАДАЁТ СЕРИЮ ВОПРОСОВ, ИМЕЮЩИХ СЛЕДУЮЩИЕ ЦЕЛИ:

- ПРОЯСНИТЬ ИЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРОБЛЕМЫ.
- ПОМОЧЬ В ИДЕНТИФИКАЦИИ МЫСЛЕЙ, ОБРАЗОВ, ОЩУЩЕНИЙ.
- ИССЛЕДОВАТЬ СМЫСЛ СОБЫТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТА.
- 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.



- КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ВИДЕНИИ БЕКА — ЭТО СТРУКТУРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ, ЭКСПЕРИМЕНТ, ТРЕНИРОВКИ В МЕНТАЛЬНОМ И ПОВЕДЕНЧЕСКОМ ПЛАНАХ, ПРИЗВАННЫЕ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ ОВЛАДЕТЬ СЛЕДУЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ:
- ОБНАРУЖИВАТЬ СВОИ НЕГАТИВНЫЕ АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ.
- НАХОДИТЬ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗНАНИЯМИ, АФФЕКТАМИ И ПОВЕДЕНИЕМ.
- НАХОДИТЬ ФАКТЫ «ЗА» И «ПРОТИВ» АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ.
- ПОДЫСКИВАТЬ БОЛЕЕ РЕАЛИСТИЧНЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДЛЯ НИХ.
- НАУЧИТЬ ВЫЯВЛЯТЬ И ИЗМЕНЯТЬ ДЕЗОРГАНИЗУЮЩИЕ УБЕЖДЕНИЯ, ВЕДУЩИЕ К ИСКАЖЕНИЮ НАВЫКОВ И ОПЫТА.