##### 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)

Клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

**ПСИХОТЕРАПИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Выполнила: ординатор 2-го года специальности Психотерапия

Минкевич Н.Р.

Преподаватель: КМН, Малюткина Е.П.

Красноярск, 2024

**Актуальность**

Распространенность ОКР по различным оценкам составляет около 1-3% популяции. Распространённость среди женщин несколько выше во взрослом возрасте, тогда как в детском возрасте, напротив, чаще болеют лица мужского пола. Средний возраст начала ОКР – 19-20 лет. К 14-летнему возрасту расстройство развивается у 25% больных, манифест заболевания после 35 лет встречается редко. У пациентов мужского пола начало заболевания, как правило, более раннее, так у 25% из них первые проявления возникают уже к возрасту 10 лет, тогда как у женщин этот процент значительно ниже. У 76% пациентов с ОКР в анамнезе отмечаются расстройства тревожного спектра (паническое расстройство, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, изолированные фобии), у 63% — аффективные расстройства (чаще всего рекуррентное депрессивное расстройство (41%), у 23-32 % — сопутствующее расстройство личности, преимущественно с ананкастными чертами. Помимо этого, до 29% лиц с ОКР обращаются за помощью в связи с различными тиками. Такое сочетание более характерно для лиц мужского пола, у которых ОКР возникло в детском возрасте. Кроме того, при ОКР чаще, чем в популяции встречаются дисморфобия, трихотилломания и невротические экскориации (компульсивное расчесывание и др. формы повреждения кожи и слизистых). При этом ОКР чаще, чем в общей популяции, встречается при шизофрении и шизоаффективном расстройстве (12% пациентов), биполярном расстройстве, нервной анорексии и нервной булимии, синдроме Туретта.

**Основная часть**

В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) ОКР выделены в отдельную рубрику F42 и включены в общий кластер невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48).

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

Существенной особенностью состояния является наличие повторяющихся навязчивых мыслей или вынужденных действий. Навязчивые мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые вновь и вновь приходят больному в голову в стереотипном виде. Они почти всегда огорчительны, и пациент часто безуспешно пытается сопротивляться им. Тем не менее больной считает эти мысли своими собственными, даже если они непроизвольны и отвратительны. Навязчивые действия, или ритуалы, являются стереотипными манерами, которые больной повторяет вновь и вновь. Они не являются способом получить удовольствие или атрибутом выполнения полезных задач. Эти действия являются способом предотвратить возможность наступления неприятного события, которое, как опасается больной, в противном случае может произойти, нанеся вред ему или другому лицу. Обычно такое поведение осознается больным как бессмысленное или неэффективное и делаются повторные попытки противостоять ему. Почти всегда присутствует тревожность. Если компульсивные действия подавляются, тревожность становится более выраженной.

Включены:

− ананкастический невроз

− обсессивно-компульсивный невроз

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

Они могут принимать форму идей, мысленных образов или побуждений к действию, которые почти всегда причиняют страдание пациенту. Иногда идеи являются незаконченными, бесконечно рассматриваемыми альтернативами, связанными с неспособностью принять обычное, но необходимое решение, касающееся повседневной жизни. Связь между навязчивыми размышлениями и депрессией является особенно тесной, поэтому диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства следует отдать предпочтение лишь только в том случае, если навязчивые мысли возникают или удерживаются при отсутствии депрессивного эпизода.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство компульсивных действий относится к очистке от загрязнения (в основном мытье рук), повторным проверкам для получения гарантии того, что потенциально опасная ситуация не может возникнуть, или соблюдению аккуратности и опрятности. В основе такого явного поведения лежит обычно боязнь опасности, которой может подвергнуться сам пациент или которой он может подвергнуть другого, и ритуальные действия являются безрезультатной или символической попыткой предотвратить опасность.

Другие категории:

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

Дефиниции некоторых симптомов и синдромов

Описаны разнообразные варианты содержания обсессий и ритуалов. Тем не менее, среди них могут быть выделены следующие категории («симптоматические дименсии»).

«Очищение» – страхи, связанные с загрязнением/заражением и ритуалы очищения

«Симметрия» – обсессии по поводу симметрии и ритуалы повторного, «правильного» выполнения действий, раскладывания предметов в определенном порядке и счет «Табуированные мысли» – примеры включают агрессивные, сексуальные, богохульные обсессии и связанные с ними компульсии

«Причинение вреда» – например, мысли или представления о причинении вреда самому себе или кому-то другому («контрастные навязчивости») и ритуалы перепроверки («повторного контроля») по этому поводу «Хординг» – обсессии и компульсии по поводу собирания и накопления различных предметов.

**Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств**

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюсти для достижения чувства «завершённости действия».

Реабилитация больных с обсессивно-компульсивными расстройствами является длительным и трудоемким процессом, что обусловлено феноменологическими особенностями данной патологии. Наиболее действенным психотерапевтическим подходом при ОКР является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Когнитивная концептуализация при ОКР выявляет ряд типичных для всех пациентов ошибочных убеждений: – все усилия должны давать весомый результат; – неспособность быть совершенным наказуема; – специальные магические ритуалы позволяют избежать катастрофы; – мысль о действии равнозначна действию; – неспособность предотвращения определенных негативных вещей себе или другим равнозначно совершению негатива; – ответственность не устраняется и не снижается крайне низкой вероятностью события; – неспособность нейтрализации навязчивости приравнивается к ее реализации; – индивид должен и может осуществлять контроль над своими мыслями. Навязчивые мысли эгодистонны – вызываемые ими автоматические мысли эгосинтонны и соответствуют глубинным убеждения. Этим фактом объясняются значительные сложности психологической работы с больными с обсессиями. В литературе по психотерапии ОКР в большей степени рассматриваются подходы, направленные на работу с компульсиями – она включает длительную экспозицию к стимулам, вызывающим навязчивые состояния и процедуру, направленную на их блокирование. Помимо этого, применяют методики десенситизации, остановки мыслей, предотвращение реакции и аверсивного обусловливания. В настоящем исследовании рассматриваются когнитивная концептуализация больных с ОКР с преобладанием обсессий и представляется психотерапевтическая программа работы с данными больными. Исследование базировалось на материале психотерапевтической работы с пятью больными ОКР, осуществляемой в течение последних шести месяцев.

Результаты исследования:

1. Психотерапевтическую работу с больными ОКР можно представить в виде трех этапов. На первом этапе осуществляется ознакомление пациентов с основными особенностями их болезненного расстройства, раскрывается идеология и методология КПТ. Пациенты обучаются умению распознавать автоматические мысли, знакомятся с принципами самостоятельной работы, включающей выполнение домашних заданий, ведение дневника. На втором этапе пациенты обучаются методикам совладания с тревогой, скорой психологической помощи. На этом этапе пациенты обучаются методике остановки мыслей, различным методикам релаксации, дыхательным техникам. На третьем этапе продолжается сбор информации о пациенте для детализации и уточнения когнитивной концептуализации, осуществляется психотерапевтическая работа, направленная на выявление и изменение иррациональных убеждений. Работа включает различные варианты когнитивных диспутов, методики экспозиции, тренинги.

2. В ходе работы с больными ОКР нами выделены типичные когнитивные ошибки для данной патологии:

– страх потери контроля над своим поведением (страх безумия). Связан с категорией долженствования («я должен все контролировать»);

– страх причинения вреда, ущерба, опасности другим людям своими активными неконтролируемыми действиями, ошибочным поведением или пассивностью;

– страх причинения вреда, ущерба, опасности посредством своих мыслей, представлений и фантазий навязчивого характера. Связан с магическим мышлением, представлениями о долженствовании контроля своей психической деятельности;

– приписывание себе ответственности и вины за возможные катастрофические события по причине невозможности контролировать в себе свои мысли;

– непереносимость тревоги по причине фатального и необратимого ее влияния на организм как физического, так и психического. Связана с катастрофизацией тревоги и низкой фрустрационной толерантностью;

– чувство вины, стыда, ответственности за возникновение единичных и навязчивых мыслей и представлений негативного характера;

– страх из-за допущения возможности регуляции событий в мире посредством магии, колдовства, сверхъестественных сил. Связан с магическим мышлением;

– амбивалентное чувство: ритуал должен уменьшить вероятность негативного события и снизить тревогу, и в то же время тревога и страх увеличиваются по мере выполнения компульсий по причине возможной ошибки, неточности, погрешности в его регламенте по внутренним и внешним факторам. По этой причине увеличение компульсий усиливает тревогу и страх, формирует порочный круг, вызывает ощущение беспомощности и безысходности, что, в свою очередь, способствует развитию депрессивного фона;

– возникновение чувства вины и стыда за навязчивое выполнение идеаторных и поведенческих ритуалов по причине осознания их неестественности, необычности, болезненности, бессмысленности. Способствует развитию депрессивного фона.

3. Психологическая работа с пациентами с ОКР предполагает значительную длительность и сопряжена с рядом сложностей, обусловленных клинико-психопатологическими и феноменологическими особенностями расстройства:

– многие больные страдают ОКР в течение многих месяцев и лет, не обращаясь за помощью. Болезненные переживания и погруженность в них пациентов могут занимать значительную долю дневной активности. Все это приводит к тому, что обсессии и компульсии интегрируются в личность больного и становятся значимыми паттернами его жизнедеятельности. Попытки взаимодействия с болезненной симптоматикой сталкиваются с выраженным сопротивлением со стороны больного;

– обсессии и связанные с ними автоматические мысли делают когнитивную активность пациентов достаточно инертной и вязкой. Большое количество представленных выше когнитивных ошибок вдобавок к типичным иррациональным промежуточным установкам (долженствование, катастрофизация, перфекционизм, полярное мышление, оценочные суждения, низкая фрустрационная устойчивость) предполагают устойчивость системы болезненных когниций и убеждений к терапевтическим воздействиям; – склонность все подвергать сомнению, неуверенность, распространяемая и на терапевтический процесс, долженствование и перфекционизм, предполагающие плохую переносимость слабых продвижений в лечении и терапевтических неудач требуют дополнительных усилий, настойчивости и уверенности со стороны психотерапевта;

– болезненная симптоматика, попытки ее терапевтической трансформации тесно сопряжены с аффективными переживаниями, в первую очередь, с выраженной тревогой, аффективной неустойчивостью, депрессивными переживаниями, что требует учета в составлении плана терапии, является фактором в пользу психофармакотерапии.

В качестве иллюстрации представленного материала представлен клинический случай.

Больная Л., 30 лет, диагноз: обсессивнокомпульсивное расстройство с преобладанием обсессий. Наследственность отягощена: бабушка по отцовской линии в зрелом возрасте страдала депрессивным расстройством. Раннее развитие без особенностей. Себя характеризует как активную, общительную, эмоциональную, чувствительную, тревожно мнительную, обязательную и исполнительную. Сколько себя помнит, всегда не любила себя, очень критично относилась к любым действиям, была к себе очень строга, стремилась во всем достичь максимального результата. Глубинное убеждение в недостаточности принятия и любви базируется на травматичности перенесенного сибсового конфликта в семь лет (родился младший брат), обусловлено неэмоциональностью матери, ее строгостью и критичностью. После успешного окончания школы поступила в университет на экономический факультет. По специальности не работала по причине настоящего заболевания. Заболевание развивается с 20 лет. На фоне психологической травмы (переезд будущего мужа в другой город) развилась симптоматика умеренного депрессивного эпизода с астеноапатической депрессией. Эпизод длился в течение шести-семи месяцев и разрешился без терапевтического вмешательства. В середине эпизода параллельно нарастала симптоматика ОКР с обсессиями и обусловленными ими интенсивной тревогой. Обсессии касались страха сойти с ума, возможности совершения опасных действий, навязчивым счетом, навязчивым повтором бытовых действий и перепроверок. Расстройство протекает с некачественными ремиссиями и остаточной обсессивной симптоматикой, длительность ремиссии 6-8 месяцев. За время болезни отмечалось 3 ремиссии, когда больная активизировалась, трудоустраивалась, вышла замуж. Некоторое время жила в другом городе вместе с мужем. В период обострения возвращается домой к родителям. Погружается в бездеятельность, болезненные переживания. И хотя все обострения сопровождаются легким депрессивным фоном, депрессивных эпизодов больше не отмечалось. За весь период лечения дважды консультировалась психиатрами, в течение последних 5 лет непрерывно принимает фармакотерапию: карбамазепин 400 мг/сутки и амитриптилин 50-75 мг/сутки. Прием медикаментов является дополнительным психотравмирующим фактором, так как не позволяет больной забеременеть. На момент обращения болезненная симптоматика определяется выраженным обсессивным синдромом, умеренной тревожностью на астеносубдепрессивном фоне. Обсессии занимают от трех-четырех до восьми часов дневной активности больной. Обсессии касаются страха причинения ущерба окружающим своими неосторожными действиями; страха того, что остатки ее медикаментов по ее небрежности могут нанести вред другим лицам и, в первую очередь, привести к отравлению детей, в связи с чем прием медикаментов строго ритуализирован как в бытовых действиях, так и в сложном комплексе когнитивно-имажинативных ритуалов больной; ретроспективные сомнения в том, что она была недостаточно аккуратна, когда ухаживала за мужем после тяжелой травмы: у мужа был выявлен вирусный гепатит В, и больная считает, что окружающие могли инфицироваться по ее небрежности. Переживает по причине собственной беспомощности, что не может работать, завести детей. При мыслях о перспективах трудоустройства испытывает выраженный страх, так как не уверена, что сможет справиться с работой, будет очень сильно переживать, может снова заболеть. В ходе когнитивной концептуализации у больной выявлены все вышеописанные иррациональные когниции и ошибочные убеждения. Учитывая длительность болезни (10 лет), выраженность клинической симптоматики и социально-психологическую дезадаптацию пациентки, психотераевты столкнулись со всеми представленными трудностями при лечении ОКР. Пациентка была крайне эмоциональной, реагировала обострениями симптоматики на малейший терапевтический прогресс, переживала, что должна лечиться и помогать себе более эффективно. Отмечались выраженные сомнения в себе, перспективности терапии. Пациентка раньше никогда не лечилась психотерапевтическими методами, но с достаточным энтузиазмом восприняла идеологию КПТ, при которой она может обучаться активной и эффективной самопомощи, что позволит ей контролировать болезненный процесс, успешно совладать с негативными эмоциями в ближайшей перспективе отказаться от приема медикаментов. Ведение дневниковых записей и выполнение домашних заданий помогло пациентке более эффективно распознавать автоматические мысли, находить иррациональные умозаключения, разрабатывать альтернативные стратегии в мышлениии поведении. На сегодняшний день после проведения десяти сеансов отмечается редукция выраженности обсессивных расстройств как по продолжительности, так и по интенсивности, существенно снизилась тревога, стабилизируется настроение, больная стала более активной, уверенной в себе. Имеется хороший комплайенс, высокая приверженность КПТ, мотивация к выздоровлению, что позволяет рассчитывать на успешное продолжение терапии. Специфичность ОКР с преобладанием обсессий предполагает значительные трудности в осуществлении терапии и реабилитации. Разработаная психотерапевтическая программа, опирающаяся на методики КПТ, детальное изучение феноменологии расстройства позволяет успешно преодолевать все сложности и добиваться эффективных результатов.

Рекомендации по когнитивной терапии, разработанные для специалистов и пациентов, имеющим опыт работы с ОКР.

1. *Верить в победу*.

Невроз излечим! Хотя ОКР и является наиболее сложным для терапии неврозом, все же, при комплексном подходе (медикаменты и психотерапия), хорошем сотрудничестве с врачом и высокой активности пациента возможны выздоровление или длительная и качественная ремиссия.

1. *Дистанцировать болезненные переживания от собственной личности.*

Главный тезис: «*навязчивые мысли – это не Я».* Вся болезненная продукция является поломкой нормальных процессов мышления и не отражает личность пациента. Поэтому он не несет ответственности за неприятные болезненные переживания, должен осознавать их чуждость, бессмысленность и относиться к ним как к бесполезному мусору, который не может ни на что повлиять, который нужно воспринимать спокойно. *Снижение значимости болезненных переживаний* уменьшает их эмоционально-энергетическую насыщенность и обсессии легче угасают.

1. *Не бороться с навязчивостями – а игнорировать и уходить от них.*

Невозможно устранить обсессии путем активной сознательной борьбы с ними. Столкновение с навязчивостями усиливает негативные эмоции и, в первую очередь, , тревогу, что включает когнитивную схему ОКР, где одни обсессии сменяют другие, появляются компульсии и защитные ритуалы, что усиливает болезненные проявления, негативные эмоции и подрывает у пациентов веру в выздоровление. Не стоит подпитывать энергией, негативными эмоциями болезнь. Чем больше эмоций, чем сильнее усилия,- тем более выражены обсессии, компульсии и ритуалы. Игнорирование и уход от обсессий лишает их энергетической основы, блокирует когнитивные схемы болезни и навязчивости затухают.

1. *Научиться терпеть тревогу, психологический дискомфорт и устранять их.*

Тревога является питательной почвой, из которой изначально возникают обсессии, она усиливает все проявления ОКР. Болезненные ритуалы направлены на снижение тревоги, и поэтому попытки игнорировать обсессии и ломать ритуалы вызывают усиление тревоги. Знание этого факта позволяет быть к нему подготовленным. Стоит только некоторое время вытерпеть напор болезни, и очень скоро, тревога сама пойдет на спад. Чтобы легче пережить эти моменты, необходимо овладеть простейшими методиками психологической саморегуляции, позволяющими добиваться успокоения, расслабления, уменьшения тревоги, связанного с нею физического дискомфорта. К таким методикам относятся релаксация, простейшие медитативные техники, дыхательные упражнения, различные комплексы физических упражнений, включая йогу. Чем активнее и чаще включается волевое противостояние тревоге, – тем быстрее и мощнее формируется лечебный рефлекс по ее устранению.

1. *Осознавать влияние магического мышления и устранять его.*

ОКР включает магическое мышление, наполняющее болезненные переживания особым смыслом, значением, возможностью зловещих последствий и катастроф, лишают личность возможности мыслить реалистично, использовать жизненный опыт и поддержку близких людей. Поэтому магическое мышление нужно отключать. Мыслить строго, опираться на логику, причинно-следственные связи, реализм, здравый смысл, положительный опыт (свой и других больных) в борьбе с проблемами. Стоит постоянно напоминать себе, что магическое мышление – это ошибочный, искаженный взгляд на мир, поддерживающий прогрессирование болезни. Главная сила магического мышления *– иррациональный страх.*Он особенно силен, когда возникает хаотический наплыв обсессий, их много, они беспорядочны, путаются, обрываются в бешеной скачке. Возникает ощущение потери контроля над своими психическими процессами, страх сойти с ума. Это тяжелый психический компонент тревоги, с которым могут справиться только медикаменты. Психологически в эти моменты себе можно помочь, если вспомнить, что существует два эмоциональных состояния, включение которых, автоматически блокирует страх. Это – смех и злость. Умение превратить ужасное в комическое, поиронизировать над собой, перевести в шутку или просто вспомнить веселый случай или забавный анекдот, созвучные с данной ситуацией. Плюс спортивная злость, злость на врага, отнимающего время и силы, и уверенность в себе. При этом стоит помнить, что «ОКР – это не Я», чтобы не воевать с самим собой, чтобы противостояние поднимало боевой дух, уверенность и самоуважение.

1. *Постоянно возвращаться к реальности, активно с ней взаимодействовать.*

Магическое мышление включает регрессивные (более примитивные, детские) психологические защитные механизмы, в результате которых пациент чувствует себя беззащитным, беспомощным, маленьким и убегает от реальности, которая наполнена угрозами, где любое действие или объект могут вызвать к жизни обсессии. Пациент становится пассивным и замкнутым. Он целиком сосредоточен на себе и своих переживаниях. Тревожное сосредоточение на симптомах болезни ведет к сужению сознания и трансовому состоянию по механизму самогипноза. Пациент часами пребывает в параллельной виртуальной, внутренней  реальности болезни и, поэтому, так трудно бороться с ОКР, так нелегко достучаться до больного и быть услышанным. Выход из этого трансового состояния – переориентация сознания на внешнюю реальность, с фиксацией «здесь и теперь», активно направленным вниманием на окружающий мир, желанием взаимодействий, активной деятельности и общения. Нужно заполнить сознание положительной или, хотя бы, нейтральной информацией, переориентировать работу мозга, заставить себя общаться с кем-либо, но не о болезни; заняться чем-либо, но не компульсиями и ритуалами. Следует научиться заново воспринимать мир, жадно впитывать все его нюансы, всеми органами чувств.

1. *Бесстрашно устранять ритуалы.*

Ритуалы являются ключевым звеном в работе когнитивных схем болезни. Поэтому для глобальной борьбы с ОКР нужно иметь смелость ломать ритуалы, мужество терпеть тревогу, усиливающуюся, так как больной боится перемен: «лучше известное плохое, чем неизвестное, которое может быть еще хуже». Устранение ритуалов будет наиболее эффективным и значимым, если начинать блокировать наиболее сложные, громоздкие и занимающие большое количество времени последовательности мыслей-образов-действий. Далеко не сразу это будет получаться. Следует запастись выдержкой и терпением. Но когда получится один раз – тут же сформируется новый лечебный рефлекс и укрепится, усовершенствуется *лечебная когнитивная схема*. Следует особо подчеркнуть, что все пункты, представленной нами в рекомендациях, лечебной программы, являются звеньями и структурными компонентами лечебной когнитивной схемы. Последовательно мы создаем и запускаем «антивирусную программу», которая не только излечивает от ОКР, но и надежным стражем на будущее, не только предохраняя от рецидивов, но и защищая от поломок мышления, заблуждений, ошибок в анализе и интерпретации любой информации. Вместо устраняемого ритуала следует выполнять какие-либо релаксационные техники или погружаться в реальность.

1. *Обнаруживать и устранять автоматические негативные мысли и ошибки мышления.*

Негативные автоматические мысли и ошибки мышления являются важным звеном функционирования когнитивной схемы болезни. Выявление, критический анализ, устранение и замена ошибочных мыслей на адаптивные – являются этапами работы с этим блоком болезни. Признаки автоматических мыслей и ошибок мышления представлены нами ранее. Следует отметить сложность этого процесса, требующего высокой концентрации внимания, умения его переключать, навыков анализа и энергии волевых устремлений для преодоления скрытого сопротивления психики этому процессу. Навыки этого этапа работы, равно как и следующего, осваиваются и закрепляются в совместной работе с психотерапевтом. Но следует особо подчеркнуть, что *выздоровление от ОКР, в первую очередь зависит от неуклонной самостоятельной психологической  работы по устранению болезненных проявлений самого пациента.*

1. *Работа с глубинными болезненными установками.*

Ошибки на глубоком, фундаментальном уровне обобщения являются основанием, корнем, из которого произрастает ОКР и из которого, в принципе, могут появляться и другие психические расстройства. Поэтому, для излечения от болезни и гармоничной жизни в будущем, обязательно необходима проработка этого блока. Это возможно *исключительно в ходе психотерапевтической работы с врачом,*которая предполагает глубокие и системные знания о жизни пациента, особенностях его личности, проблемах. В нашей работе, на этом этапе, предпочтительной является *когнитивно – аналитическая психотерапия –*комбинация вышеописанных когнитивных методик с психоаналитическими подходами.

*10.Развивать позитивное мышление.*

Умение акцентироваться на успехах в борьбе с болезнью, пусть даже самых мелких и незначительных, очень важно, особенно в начале лечения, В последующем, накапливающийся позитивный опыт повышает уверенность в конечной победе, укрепляет самоуважение пациента. Следует постоянно настраиваться на оптимистически – реалистический взгляд на процесс терапии («борьба нелегка, но победа будет за нами»), накапливать и закреплять позитивные моменты и успехи. Для этих целей можно завести дневник, куда регулярно вносятся только успехи. Процесс терапии длителен, но важно помнить о том, что каждый день мы отвоевываем у болезни энергию, силы, психическое пространство, которые можем и должны устремить на развитие, духовный рост, активную деятельность, направленную, в том числе, на достижение позитивных эмоций и жизненных удовольствий. За трудную работу и успехи в ней, пациент должен поощрять себя теми вещами, которые несут удовлетворение, удовольствие, радость созидания, наполняют жизнь позитивным смысл.

# 

# Список используемой литературы

1. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. – М. – СПб. – К., 2015. – 400 с.

2. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу. – СПб.: Питер, 2018. – С. 312–390.

3. МакМилан Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб.: Речь, 2020. – 560 с.

4. Психиатрия: в 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 2022. – Т. 2. – 896 с.

5. Уоллен С., Ди Гусепп, Р. Уэсслер. Рационально-эмотивная психотерапия: когнитивно-бихевиоральный подход. – М.: Институт гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.