

Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ)

охватывает различные психотерапевтические подходы, которые основываются на фундаментальном принципе, согласно которому человеческое мышление является главным определяющим фактором, вызывающим эмоциональные и поведенческие реакции.

Здоровая личность, это личность, способная осознавать, применять, совершенствовать собственные когнитивные схемы, в соответствии с меняющимся опытом и меняющейся реальностью.

Ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациента

История создания КБТ

- Принято считать, что на формирование КБТ прежде всего оказали влияние бихевиоральные (поведенческие) подходы.
- В период с 50-ых по 70-ые годы поведенческая терапия широко использовалась исследователями в США, Великобритании и Южной Африки, которые были вдохновлены бихевиористской теорией научения И.П. Павлова, Дж. Уотсона и К. Халла. В Великобритании поведенческая терапия в основном была сосредоточена на невротических расстройствах. Так, Д. Вольпе применил результаты экспериментов на животных для создания своего метода "систематической десенсибилизации»
- В Соединенных Штатах специалисты применяли радикальный бихевиоризм Б.Ф. Скинера в клинических целях. Большая часть этой работы была сосредоточена в направлении коррекции тяжелых, хронических психических расстройств. Ведущими специалистами в этой области были О. Линслей и Т. Айлон. Существенный вклад в развитие поведенческой терапии внесли А. Лазарус, С. Рахман, Г. Айзенк, А. Бантура

- **Поведенческая терапия** была первой видом терапии, которая опиралась на экспериментальные данные и строго научные теории. Кроме того, поведенческая терапия отвечала на социальные требования того времени, а именно была ориентирована на краткосрочность и работу с конкретным симптомом, в частности, с различными видами тревожных расстройств.
- Несмотря на большую популярность поведенческого подхода и высокие показатели его эффективности, начиная с 60-х гг. многим специалистам становились очевидными теоретические и практические ограничения данного направления.

- **Во-первых**, несмотря на всю стройность теоретических положений, бихевиоральная модель не могла в полной мере дать объяснения сложной человеческой деятельности. Одним из первых исследователей, обративших на это внимания и значительно модифицировавший принципы бихевиоризма, был Альберт Бандура. В своей теории социального научения (или социального когнитивизма) Бандура подчеркнул важную роль, которую познание (например, мысли, образы и ожидания) играют в психологическом функционировании, включая их роль в развитии и лечении психологических расстройств. Бандура продемонстрировал, что на поведение влияет не только подкрепление, но и восприятие этого подкрепления. Работы в области теории социального научения также подчеркивали важность опосредованных процессов саморегуляции, где мыслям и чувствам пациента стала приписываться основная роль в процессе осуществления поведенческих изменений. Выяснилось, что индивид не только реагирует на окружающее, но и участвует в его создании.

- Кроме того, в этот период в рамках экспериментальной психологии активно развивалась когнитивная психология. Это явления часто называют «когнитивной революцией», в результате которой многие теоретические положения бихевиоризма заметно пошатнулись, что предвосхитило появление КБТ.
- **Во-вторых**, многие исследования того времени показали, что в целом эффективность бихевиоральной терапии была не выше, чем у альтернативных интервенций. Кроме того, поведенческие стратегии оказывались недостаточно эффективными на протяжении длительного времени. Бихевиоральные подходы также были малоэффективны при лечении некоторых клинических нарушений, в частности, депрессии и различного рода навязчивых состояний. В конечном итоге бихевиоральная терапия стала заметно уступать новым современным терапевтическим подходам, главным из которых в то время, безусловно, стала когнитивно-бихевиоральная терапия.

- Можно выделить следующие этапы развития когнитивно-бихевиоральной терапии. В пятидесятых-шестидесятых годах двадцатого века появились первые работы по данному направлению. Начиная с семидесятых годов, началось расширение влияния КБТ на другие области психотерапии; разработанная на модели депрессивных расстройств, когнитивная терапия разрабатывается и для других расстройств. Современный этап развития КБТ, начавшийся в девяностые годы, характеризуется интеграцией когнитивной терапии с другими подходами.
- **Аарон Темкин Бек** род. 18 июля 1921 года— американский психотерапевт, профессор психиатрии Пенсинвальского университете, создатель когнитивной психотерапии, одного из направлений современного когнитивно-бихевиорального направления в психотерапии. Когнитивная терапия А.Т.Бека наиболее широко применялась в области работы с депрессивными больными.
- 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 сформулировал независимо от А. Эллиса, разработавшего в 50-е годы метод рационально-эмоциональной психотерапии. Если психоанализ объясняет невроз бессознательными факторами, поддающимися выявлению лишь с помощью психоаналитических толкований, то А. Бек в своей монографии «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» (1976) выдвинул принципиально новый подход к изучению и лечению эмоциональных нарушений:

Определение когнитивной терапии

- **Когнитивная терапия** — это активный, директивный, ограниченный по времени, структурированный подход, используемый при лечении различных психиатрических расстройств (например, депрессии, тревоги, фобий, болевых ощущений и др.).

- **В основе данного подхода лежит теоретическая посылка, согласно которой эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир.**
- Представления человека (вербальные или образные «события», присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта. Например, в мышлении человека, интерпретирующего любое событие в терминах собственной компетентности или адекватности, может доминировать такая схема: «Пока я не достигну во всем совершенства, я — неудачник». Эта схема определяет его реакцию на самые разные ситуации, даже те, что никак не связаны с его компетентностью.

- **«Терапевтические техники, используемые в рамках данного подхода, основаны на когнитивной модели психопатологии; мы убеждены, что терапия не может быть эффективной без прочной теоретической базы. Эти техники позволяют выявить, проанализировать и скорректировать ошибочные концептуализации и дисфункциональные убеждения (схемы) пациента. Пациент научается решать проблемы и находить выходы из ситуаций, которые прежде казались ему непреодолимыми, переосмысляя их и корректируя свое мышление. Когнитивный терапевт помогает пациенту мыслить и действовать более реалистично и адаптивно и тем самым устраняет беспокоящие его симптомы».**
- **А. Бек**

- Когнитивная терапия использует разнообразные когнитивные и поведенческие стратегии. Когнитивные техники направлены на выявление и проверку ошибочных представлений и дезадаптивных умопостроений. В ходе терапии пациент научается производить высоко специфичные операции, а именно:
 - **отслеживать свои негативные автоматические мысли (представления);**
 - **распознавать взаимосвязи между собственными мыслями, эмоциями и поведением;**
 - **анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления;**
 - **вырабатывать более реалистичные оценки и представления;**
 - **идентифицировать и модифицировать дисфункциональные убеждения, предрасполагающие его к искажению опыта.**

- Мы устанавливаем и затем подвергаем логической и эмпирической проверке мысли и убеждения, питающие эти симптомы. Например: «Моя жизнь бессмысленна, и я не в силах что-либо изменить».
- Один из мощных компонентов обучающей модели психотерапии состоит в том, что пациент постепенно перенимает от терапевта многие терапевтические техники. В какой-то момент он вдруг обнаруживает, что начинает играть роль терапевта по отношению к самому себе, подвергая сомнению собственные умозаключения или прогнозы.
- **Вот некоторые примеры самоопроса:**
- На каких фактах основан мой вывод? Возможны ли другие объяснения? Насколько серьезна эта потеря? Забирает ли она что-либо действительно важное из моей жизни? Что плохого для меня в том, если посторонний человек подумает плохо обо мне? Что я потеряю, если попробую более настойчиво отстаивать свои права?

- **Подобный самоопрос, имеет важнейшее значение, для переноса КОГНИТИВНЫХ ТЕХНИК ИЗ СИТУАЦИИ ИНТЕРВЬЮ В СИТУАЦИИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ.**
- **Он помогает пациенту освободиться от стереотипных автоматических паттернов мышления — феномена, который можно назвать «бездумным мышлением».**

- **Поведенческие техники** используются в случаях глубокой депрессии не только для изменения поведения, но и для выявления ассоциированных с ним концепций. Поскольку пациенты обычно требуют применения этих более активных техник уже в начале лечения, материал о поведенческих стратегиях будет предшествовать описанию когнитивных техник.

- **Когнитивные техники** могут быть оптимальным типом вмешательства, когда нужно скорректировать неверные умозаключения пациента в отношении конкретных событий.
- Ясно, что в данном случае нужно проверить «логические» процессы, приведшие к подобному заключению, рассмотреть все факты и выработать альтернативные объяснения. Поведенческое задание не поможет решить эту когнитивную проблему.

- **«Сотрудничество плюс эмпиризм».**

Особенность когнитивной терапии, отличающая ее от более традиционных видов психотерапии, таких как психоанализ и клиент-центрированная терапия, заключается в активной позиции терапевта и его постоянном стремлении к сотрудничеству с пациентом. Терапевт, строит лечение так, чтобы побудить пациента к участию и сотрудничеству.

- Депрессивный пациент приходит к терапевту растерянным, рассеянным и погруженным в свои мысли, и потому терапевт должен сначала помочь ему организовать мышление и поведение — без этого невозможно научить пациента справляться с требованиями повседневной жизни. В силу присутствующих на данной стадии симптомов пациент нередко уклоняется от сотрудничества, и терапевту приходится проявлять находчивость и изобретательность, чтобы побудить пациента к активному участию в различных терапевтических операциях.

Когнитивные модели

- Когнитивная терапия исходит из следующих общетеоретических положений.
- Восприятие и переживание в целом представляют собой активные процессы, задействующие как объективные, так и интроспективные данные.
- Представления и идеи являются результатом синтеза внутренних и внешних стимулов.
- Продукты когнитивной активности человека (мысли и образы) позволяют предсказать, как он оценит ту или иную

- Мысли и образы образуют «поток сознания», или феноменальное поле, отражающее представления человека о самом себе, мире, своем прошлом и будущем.
- Деформация содержания базовых когнитивных структур вызывает негативные изменения в эмоциональном состоянии и поведении человека.
- Психологическая терапия может помочь пациенту осознать когнитивные искажения.
- Путем корректировки этих искаженных дисфункциональных конструкторов можно добиться улучшения состояния

Когнитивная модель депрессии

- Когнитивная модель депрессии является результатом систематических клинических наблюдений и экспериментальных исследований. Именно сочетание клинического и экспериментального подходов сделало возможным построение этой теоретической модели и формулирование принципов когнитивной терапии.
- Когнитивная модель, предложенная А. Беком содержит три специфических понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии:
 - **КОГНИТИВНАЯ ТРИАДА**
 - **СХЕМЫ**
 - **КОГНИТИВНЫЕ ОШИБКИ (неправильная обработка информации)**

Концепция когнитивной триады

- Когнитивная триада складывается из трех основных когнитивных паттернов, определяющих субъективно-негативное отношение пациента к самому себе, собственному будущему и своему текущему опыту.
- **Первый компонент триады связан с негативным отношением пациента к собственной персоне.** Пациент считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным.

- **Вторым компонентом когнитивной триады является склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта.**
- Пациенту кажется, что окружающий мир предъявляет к нему непомерные требования и/или чинит ему непреодолимые препятствия на пути достижения жизненных целей.
- В любом опыте взаимодействия со средой ему видятся только поражения и потери.

- **Третий компонент триады связан с негативным отношением к собственному будущему.**
- Обращая взгляд в будущее, депрессивный видит там лишь нескончаемую череду тяжелых испытаний и страданий.
- Он полагает, что ему до конца дней суждено терпеть трудности, разочарования и лишения. Думая о делах, которые ему нужно сделать в ближайшее время, он ждет провала.

- Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Так, если пациент ошибочно полагает, что он, отвергнут людьми, его эмоциональная реакция будет столь же негативной (печаль, гнев), как и в случае действительного отвержения.
- Если он ошибочно считает себя изгоем, он будет испытывать чувство одиночества.
- **Нарушения мотивации** (например, безволие, отсутствие желаний) можно объяснить искажением когнитивных процессов. Пессимизм и чувство безнадежности парализуют волю.
- Если человек всегда настроен на поражение, если он всегда ожидает отрицательного результата, зачем ему ставить перед собой какие-то цели или браться за какие-то дела? В своем крайнем выражении избегание проблем и ситуаций, *представляющихся* неразрешимыми и невыносимыми, принимает форму суицидальных желаний.

Структура депрессивного мышления

- **Другой важной составляющей когнитивной модели является понятие схемы.**
- Оно позволяет объяснить, почему депрессивный пациент держится за свои негативные, болезненные, разрушительные идеи вопреки очевидному присутствию в его жизни позитивных факторов.
- Любая ситуация складывается из великого множества разнообразных стимулов. Индивид избирательно реагирует на отдельные стимулы и, комбинируя их в паттерн, определенным образом концептуализирует ситуацию. Притом что разные люди могут по-разному истолковывать одну и ту же ситуацию, отдельный человек обычно бывает последователен в своих реакциях на однотипные события. Сравнительная устойчивость когнитивных паттернов, которые мы называем «схемами», служит причиной того, что человек одинаково истолковывает однотипные ситуации.

- Когда человек сталкивается с каким-то событием, у него активируется схема, связанная с этим событием. Схема — это своего рода форма для отливки информации в когнитивное образование (вербальное или образное представление). В соответствии с активированной схемой индивид отсеивает, дифференцирует и кодирует информацию. Он категоризирует и оценивает происходящее, руководствуясь имеющейся у него матрицей схем.
- Схема может долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но она легко приводится в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). Реакция индивида на конкретную ситуацию детерминируется активированной схемой. В психопатологических состояниях, подобных депрессии, у человека нарушается восприятие стимулов; он искажает факты или воспринимает только те из них, которые вписываются в доминирующие в его сознании дисфункциональные схемы

Неправильная обработка информации

- Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления.
- **Произвольные умозаключения:** пациент делает выводы и умозаключения при отсутствии фактов, поддерживающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.
- **Избирательное абстрагирование:** пациент строит свои заключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.
- **Генерализация:** пациент выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем оценивает все остальные ситуации, релевантные и нерелевантные, исходя из заранее сформированных выводов.

- **Переоценивание и недооценивание:** ошибки, допускаемые при оценке значимости или важности события, столь велики, что приводят к извращению фактов.
- **Персонализация:** пациент склонен соотносить внешние события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для такого соотнесения.
- **Абсолютизм, дихотомизм мышления:** пациент склонен мыслить крайностями, делить события, людей, поступки и т. д. на две противоположные категории, например «совершенный—ущербный», «хороший—плохой», «святой—греховный». Говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.

- **Чтобы лучше понять депрессивные нарушения мышления, полезно рассмотреть их с точки зрения используемых индивидом способов структурирования реальности.**
- Если разделить последние на «примитивные» и «зрелые», то очевидно, что в депрессии человек структурирует опыт сравнительно примитивными способами.
- Его суждения о неприятных событиях носят глобальный характер. Значения и смыслы, представленные в потоке его сознания, имеют исключительно негативную окраску, они категоричны и оценочны по содержанию, что рождает крайне отрицательную эмоциональную реакцию.
- В противоположность этому примитивному типу мышления, зрелое мышление без труда интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру (а не в какую-то одну категорию) и оценивает их скорее в

Схема различий между примитивным и зрелым мышлением

«Примитивное» мышление	«Зрелое» мышление
1. <i>Одномерное и глобальное. Я ужасно робкий</i>	<i>Многомерное. Я довольно робкий, но зато я щедрый и неглупый</i>
2. <i>Абсолютистское и моралистичное. Я презренный трус</i>	<i>Релятивистское и безоценочное. Я чаще испытываю страх, чем большинство моих знакомых</i>
3. <i>Инвариантность. Я всегда был и всегда буду трусом</i>	<i>Вариативность. Мои страхи зависят от ситуации</i>
4. <i>«Характерологический диагноз». У меня какой-то дефект характера</i>	<i>«Поведенческий диагноз». Я слишком часто бегу от неприятных ситуаций и слишком часто испытываю страх</i>
5. <i>Необратимость. Я слишком слаб, чтобы преодолеть свои страхи</i>	<i>Обратимость. Я могу научиться преодолевать страх и смело встречать любые ситуации</i>

Когнитивная модель зависимости

- В модели когнитивной зависимости, предложенной Тиффони в 1999 году, регулярное употребление ПАВ рассматривается как автоматизированное поведение, не требующее осознанных усилий.
- Для тяги к употреблению необходимо возникновение препятствия к употреблению - отсутствие доступа или сознательное самоограничение. Только тогда возникает неавтоматизированная, требующая усилий, реакция.
- В зависимости от того, как это препятствие будет восприниматься, и осознаваться, ключевые стимулы будут провоцировать возникновение тяги к употреблению и риск рецидива. Есть предположение что тяга к употреблению нарушает когнитивные функции.

- В рамках когнитивной модели существует предположение, что психические процессы, контролирующие влечение и употребление представляют собой две независимые системы. То есть, поиск и употребление ПАВ может не сопровождаться тягой к употреблению, а тяга к употреблению может не приводить к употреблению.
- Навязчивый характер употребления ПАВ, являясь автоматизированным поведенческим паттерном, объясняет возможность рецидива после периода длительной ремиссии. Усвоенные, после многократного повторения, моторные и когнитивные навыки активируются специфической конфигурацией внутренних и внешних стимулов, что ведет к возобновлению употребления без предшествующих намерений, без осознанного влечения и без противодействующих усилий.

- Модель, предложенная Уайтом в 1996 году основана на представлении о трех параллельных нейро-психофизиологических процессах:
- условно-рефлекторном научении, когда нейтральные раздражители, совпадающие с употреблением наркотиков, становятся специфическими стимулами дальнейшего поведения;
- «эксплицитном научении» – установлении связи между ключевыми сигналами;
- формировании привыкания - укреплении связи между стимулом и реакцией.

Теории поведенческого выбора

- Ключевыми психологическими составляющими зависимости в группе этих теориях рассматриваются конфликт, амбивалентность, борьба мотивов и выбор. В частности феномен зависимого поведения рассматривается как вариант утраты самоконтроля, когда отсроченному, но более полноценному вознаграждению предпочитается немедленно доступное. Такое предпочтение, основанное на временных параметрах вознаграждения, является стойкой характеристикой аддиктивного выбора. Несмотря на то, что подобное поведение может проявляться и в норме, большинство людей способно избегать разрушительных последствий, связанных с повторением неверного выбора. Особенностью аддикции является неспособность к устойчивой реализации альтернативной поведенческой стратегии.

- Слабость самоконтроля предлагается рассматривать и как вариант импульсивного поведения, основанного на ассоциированных с определенными областями мозга когнитивных конструктах:
- **автоматизированности, в связи с предшествующим обучением**
- **недостаточной способности к торможению ответных реакций, имеющих предшествующее подкрепление**
- **дезадаптивном механизме принятия решений без должного учета отсроченных последствий.**

Структурно унифицированная модель зависимости Редиша

- Модель предполагает наличие двух систем: гибкой системы планирования, связанной с когнитивными механизмами предвосхищения и ригидной системы, лежащей в основе привыкания. При этом авторами отмечается, что ошибки функционирования могут обнаруживаться, как в каждой из систем, так и в их взаимодействии. Возможность ошибок, недостаточно прогнозируется и просчитывается для специфических ситуаций, в то время как при других обстоятельствах система принятия решений может функционировать без сбоев.

Диагностика когнитивных искажений

- **Разъяснение термина «когниции».**
- Терапевт может предложить пациенту такое определение: **«Когниция — это мысль или образное представление, которое может остаться незамеченными вами, если вы не сконцентрируетесь на них».**
- Типичные когниции, характерные для зависимости, депрессии, и других клинических нарушений, часто называют «автоматическими мыслями». Человеку свойственно полагать, что его мысли и представления являются отражением реальности, и он редко оценивает их достоверность.

- **Использование взаимосвязи мыслей и чувств**
- Взаимосвязь между мышлением и чувствами может быть продемонстрирована с помощью техники «искусственно вызванных представлений». Терапевт просит пациента представить какую-нибудь неприятную ситуацию. Если неприятный образ сопровождается отрицательной эмоцией, терапевт расспрашивает пациента о содержании его мыслей.

- **Выявление автоматических мыслей.**
- После того как пациент поймет значение термина **«КОГНИЦИЯ»** и осознает наличие автоматических мыслей и образов, терапевт и пациент переходят к следующему этапу — выявлению когнитивных искажений.
- Обычно пациенту поручается «отлавливать» и записывать все возникающие у него негативные мысли и образы. Наибольшая точность воспроизведения достигается в том случае, если пациент записывает каждую мысль сразу после ее возникновения.
- Другой способ сбора когний основан на выявлении средовых событий, ассоциированных с зависимым поведением или депрессией.

Коррекция когнитивных искажений

- Для проведения любого психотерапевтического воздействия наиболее важным аспектом, является желание пациента изменить свое состояние. Говоря другими словами, стремление вылечиться. Это желание во многом зависит от доверия пациента к терапевту и искреннего желания терапевта помочь. То есть, от глубины терапевтического взаимодействия. Это взаимодействие предполагает, равное участие терапевта и пациента и основывается на доверии, взаимопонимании и сотрудничестве. В когнитивно-поведенческой терапии выделяют два аспекта терапевтической близости.

- **Базовое доверие**
- При установлении доверительных отношений с пациентом когнитивный терапевт должен соблюсти баланс между:
- **автономией и необходимостью в структуре**
- **надежностью и отзывчивостью и необходимостью определенных границ**
- **желанием быть «просто человеком» и необходимостью быть объективным.**
- Как правило, на начальных стадиях лечения терапевт ведет себя более активно и больше вовлечен в проблемы пациента, чем во второй половине курса, когда он побуждает пациента взять инициативу на себя.

- **Раппорт**

- Понятием раппорт обычно описываются состояние взаимопонимания между людьми. В психотерапии раппорт включает как эмоциональные, так и когнитивные компоненты. При наличии раппорта пациент воспринимает терапевта как человека который:

- **настроен на его чувства и мысли**

- **понимает его, и сочувствует ему**

- **принимает его таким какой он есть**

- При высоком уровне взаимопонимания терапевт и пациент ощущают себя в безопасности и им спокойно друг с другом. Ни тот ни другой не считают нужным закрываться, осторожничать или утаивать что-то друг от друга. Способность принимать пациента таким, какой он есть, означает безоценочное отношение к человеку. Оно позволяет пациенту сбросить все социальные маски, быть искренним, естественным.

- **Поведенческие техники**

- На начальных этапах терапии, и особенно в случаях тяжелой формы зависимости и как следствие, сопровождающей ее депрессии, перед когнитивным терапевтом нередко стоит задача восстановления первоначального (здорового) уровня функционирования пациента. Используя различные средства, терапевт побуждает пациента преодолеть свою пассивность и заняться чем-нибудь конструктивным.

- **Когнитивные техники**

- Когнитивные техники коррекции направлены, в первую очередь, на изменение ошибочных суждений или внутренних установок пациента.
- Терапевт сначала выясняет, как пациент определяет и решает свои жизненные проблемы. Чтобы исправить неверные или искаженные представления, связанные с проблемными зонами, терапевт вкратце рассказывает пациенту о когнитивной модели депрессии и ее связи с зависимостью.
- Он объясняет, каким образом представления человека о самом себе, своем будущем и окружающем мире влияют на его чувства, желания и поведение. Терапевт подчеркивает, что плохое самочувствие является результатом негативного образа мыслей.

Заключение

- В заключении можно отметить, что диагностика и коррекция когнитивных искажений и деструктивных паттернов мышления, является необходимым и весьма действенным аспектом психотерапии алкогольной зависимости.
- Работа в данном ключе позволяет больному сравнительно быстро изменить искаженный употреблением взгляд на мир и самого себя, что безусловно облегчает принятие решения на отказ от употребления и способствует выходу пациента в ремиссию.