

Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии

Доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И. И. Мечникова

Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

Вице-Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации

Член Координационного Совета Санкт-Петербургского Психологического Общества

Член Исполнительного Совета Международной Ассоциации Когнитивной Психотерапии (IACP board member)

Член Международного Консультативного Комитета Института Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee)

Специалисты в области ментального здоровья являются свидетелями кризиса систем классификации/ диагностики психических расстройств, а также ребалансировки влияния биологически-центрированных моделей, применяемых к психическому здоровью и его curaции.

Пересмотр классификации и диагностических моделей неизбежная необходимость. Мы не можем эффективно оперировать только механической суммой клинических феноменов, превращая их в безжизненные ярлыки формальных диагнозов, выхолащивающих сложные механизмы генеза и поддержания дисфункций и патологий психики и организма.

Текущие модели DSM и ICD концептуально критиковались многократно. И эта критика во многом имеет существенные основания. Современные классификации в большей степени создают удобство для использования организаторам здравоохранения и страховым компаниям, чем клиницистам и практикам. Они удобны для отчетов, но чаще создают иллюзию понимания расстройств, чем раскрытие их базовых механизмов для лечения причин, а не последствий, устранения патогенеза, а не симптомов. Мировое сообщество специалистов в области ментального здоровья наблюдает, что МКБ-11 (ICD – 11) вносит существенные изменения по сравнению с МКБ-10. Однако, в соответствии с общей стратегией большинство изменений направлено на гармонизацию МКБ-11 с DSM-5, чем на создание нового фундамента и принципов для классифицирования. Отмечая несовершенство обеих систем, неизбежное при

отсутствии действительной нормо- и патопсихофизиологической основы, это тоже желательный шаг, поскольку диагностические метки в основном представляют собой попытку сформировать общий глобальный язык описания наблюдаемых клинических феноменов и их генеза, но, к сожалению, до сих пор очевидно недостаточный для практикующих специалистов.

Мы по-прежнему стоим перед рядом загадок - что из себя представляет сознание, как в точности функционируют ведущие психические процессы и как именно они соотносятся с нейроанатомическими структурами. Давнее выражение, что мы лечим пациента и личность, а не диагноз и болезнь призывает нас видеть за деревьями симптомов лес и ландшафты, как минимум, биопсихосоциальной модели описания их системы взаимосвязей. Человек — это открытая сложная система, включенная в суперсистемы микро- и макросоциума, биогенооценоза. Эта система гораздо сложнее, чем ярлыки с разных сторон на нее наклеенные. Насколько широки взаимосвязи человека в его колоссальное по емкости нейрональной сети с 86 миллиардами нейронов и многими триллионами их связей (100 – 150 по разным подсчетам исследователей), настолько же широки на ее основе внутренние программные взаимосвязи (в результате научения не только простым условным рефлексам, но также речи и мышлению, знаково-символической системы или второй сигнальной системы по Ивану Павлову, как основы своего рода программного «софта», наполняющего еще большим содержательным многообразием биологический «хард» нейросети) и внешние социальные связи (от микросоциума - системы под названием «семья», до макросоциальных государственных, этно-культуральных, поло-гендерных, профессиональных, религиозно-конфессиональных, политических или иных ценностных систем со своими системами транслируемых кодов и программ).

Игнорирование этих факторов и взаимосвязей критично редуцирует медицинскую и психологическую помощь до уровня специалиста по отдельному органу, ткани или синдрому, рассматривающего его как независимо от мироздания существующую идеальную модель сферического коня в вакууме.

Для эффективной помощи ментальному здоровью человека, раскрытия черного ящика его как феномена (а также попутно «ящичков» Уотсона и Скиннера) необходимо включение в терапию клиента/пациента не в форме пассивного объекта для манипуляций и интервенций, а в статусе активного актора терапии и равноправного партнера во всех процессах, интегрируемых системным терапевтическим подходом. Только в ходе рабочего альянса и развития терапевтических отношений возможна

системная работа над актуализацией потенциала человека и его масштабных внутренних и внешних ресурсов. Для формирования альянса и терапевтических отношений критически важны качества и навыки квалифицированных терапевтов. Навыки и компетенции психотерапевтов и психологов в построении эффективной коммуникации выходят далеко за рамки клинической модели. Они касаются также и межличностных отношений, работы с семьей, группы и организациями. То, что А. Бек в 2014 году постарался сформулировать как Генеративную когнитивную модель (The Generic Cognitive Model) [1], методология которой помогает выйти далеко за рамки терапии и медицинской модели, формируя системный контекст новой междисциплинарной формы когнитивной модели.

Сигнальную функцию возможностей «точек входа» в систему несут в себе категории проблематики клиентов/пациентов, переводимые профессионалами из разрозненных «жалоб» к системной проблеме и осознанию «запроса» на решение системного кризиса. Проблемная ориентация КПТ проясняет направление терапевтического пути от симптомов и синдромов, конфликтов и кризисов, к системному анализу биопсихосоциальной модели человека и системным решениям, тропным к каузальным в ней взаимосвязям и решениям. Интрапсихические/психологические и интерпсихические/психологические конфликты не просто тесно связаны со спецификой мышления и поведения, они являются характерными отражениями специфики системы отношений. Эта система, как и весь человек представляет собой холистический феномен. И только мы, как наблюдатели, замечаем лишь пазлы его частей, а как исследователи дробим на составляющие несистемным анализом. Рассекая объект исследования на части, мы можем заглянуть внутрь этой «машины», но можем не увидеть процессы связующие ее элементы в некий «дух в машине» — псюхе, яркий пример эмерджентности, системного эффекта.

Конфликты обнажают принципы функционирования этого «духа» на пике противоречия, наглядно демонстрируя как они работают в реальной жизни (а не *in vitro*) и в живую. Опыты на препарированных мышах могут оказаться неудовлетворительной моделью и очевидно неполным аналогом. Карта не есть территория.

Данная статья является продолжением статьи «**Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии**» [6] и посвящена прояснению роли и функциям **диагностики в методологии КПТ**. Помня о том, что методология - это учение о методах, методиках, способах и средствах познания, логично сосредоточить на этом направлении исследования когнитивной (в том числе познавательной) психотерапии.

Это позволит не только вывести на новый уровень научную обоснованность этого ведущего направления современной психотерапии, но и помочь практикующим специалистам более четко ориентироваться в поле своей деятельности, качественнее формировать «мишени» терапии, этапы, схемы и алгоритмы лечения [3,4]. Методология, по одному из определений [7], является дисциплиной об общих принципах и формах организации мышления и деятельности, что комплементарно целям и задачам когнитивно-поведенческой психотерапии.

Методологию следует рассматривать в двух основных направлениях: теоретическую, формируемую разделом философского знания гносеологией, и практическую, — ориентированную на решение практических проблем и целенаправленное преобразование. Теоретическая стремится к модели идеального знания, практическая же — это программа (алгоритм), набор приёмов и способов того, как качественнее достичь желаемой практической цели посредством знаний. Качество (успешность, эффективность) метода проверяется практикой, решением научно-практических задач — то есть, поиском принципов достижения цели, реализуемых в комплексе реальных дел и обстоятельств.

Мы хорошо знаем классическую схему психологии деятельности: цель – мотив – способ – результат. Вашему вниманию предлагается следующая схема развития многоаспектного социопсихологического взаимодействия. Эта схема касается как предмета развития самой практической психотерапии, так и теорий, лежащих в основании практики. В том числе и в первую очередь когнитивно-поведенческой психотерапии. Более того, подобная схема прослеживается и в динамике взаимодействия диады психотерапевт – пациент.

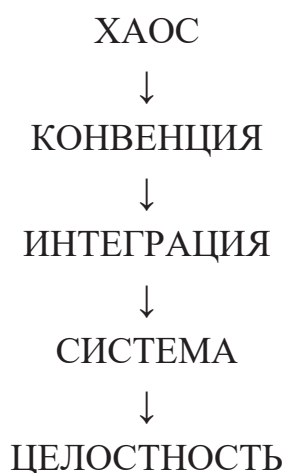


Схема 1. Динамика взаимодействия в биопсихосоциальной модели (Ковпак Д.В., 2003, 2015) [6]

Хаос. Хаос можно также рассматривать как нелинейную динамическую систему,

которая также имеет свою детерминацию, внешне воспринимаю как беспорядочную. Наши клиенты и пациенты приходят к нам в состоянии дезинтеграции, то есть в состоянии хаоса, смятения и дезориентации. Обычно, дезинтеграция и хаос являются следствием системного кризиса, который на поверхности и в восприятии клиента/пациента проявляется в виде отдельных симптомов и проблем. Эти проблемы и симптомы становятся поводом для обращения за профессиональной помощью или поддержкой. Для диагностики возникающих симптомов и нарушений на этом этапе применяется весь традиционный набор соответствующего инструментария. Для целей психологической диагностики разработано большое число опросников, интервью, тестов и иных инструментов. Порой трудно отслеживать актуальные публикации в полном объеме, чтобы выбирать для собственной практики самые полезные и эмпирически проверенные средства и методы. Важно использовать в процессе оценки инструменты, соответствующие когнитивно-поведенческой модели, а не предназначенные для других целей.

Так, психологический тест, оценивающий черты личности, вряд ли пригодится, если эти черты не являются главной мишенью будущих интервенций. Масштабные исследования симптомов, которые можно провести, например, с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-R; Derogatis, 1994) или Многоосевого клинического опросника Миллона (Millon Clinical Multiaxial Inventory; Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2009), позволяют выявить дистресс и симптомы в разных сферах жизни клиента; однако и они не всегда способны обогатить результат когнитивно-поведенческой оценки, проведённой с помощью составления простого Списка проблем (К. Добсон, Д. Добсон, 2020).

Процесс оценки чаще всего начинается с интервью. Для них разработано множество структурированных и полуструктурированных форматов, некоторые из которых надо покупать. Целью большинства структурированных интервью является определения диагноза клиента, а не формулирование проблем, на которых ему или ей хотелось бы сосредоточиться в ходе психотерапии. Среди диагностических интервью можно назвать Стандартизированное (структурированное) клиническое интервью DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) и Набор интервью для диагностики тревожных расстройств DSM-V (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5; ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). Структурированные интервью разработаны и для других сфер: например, 5-е издание Индекса тяжести зависимости (Addictions Severity Index-5th Edition; McLellan et al., 1992).

К диагностическим инструментам относятся разнообразные интервью, от полуструктурированных до жёстко структурированных. Пожалуй, ADIS-5 эффективнее всего выявляет актуальные для КПТ ситуации и реакции, особенно когда главной проблемой является тревога или расстройство настроения. В этих интервью перечислены пугающие ситуации, свойственные разным тревожным расстройствам; Набор поможет не просто определиться с диагнозом, но и начать выстраивать концептуализацию проблемы. Шкала первичной оценки психических расстройств (PRIME-MD) была разработана как скрининговый инструмент для выявления потенциальных психиатрических проблем врачами общей практики. Это хорошее диагностическое средство, использование которого требует всего 10-20 минут.

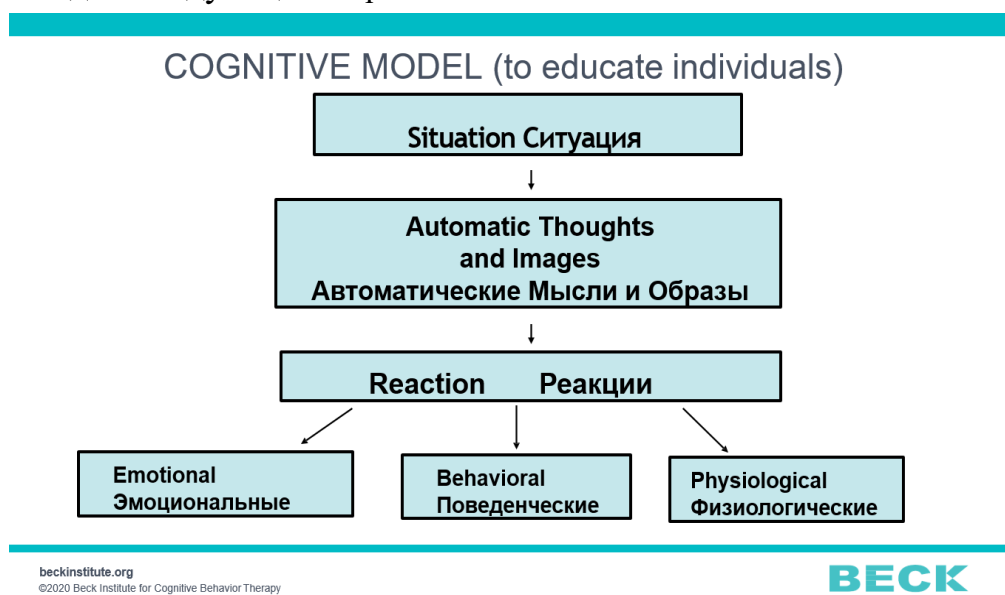
Зачастую оценка состояния клиента на сессии проходит неформально. Например, в конце первой или следующих сессий можно обсудить реакцию клиента на первое диагностическое интервью. В частности, допустимо предложить ему устно или письменно охарактеризовать разные переживания и идеи («Оцените свою злость по шкале от 0 до 10», «Насколько сильно вы доверяете этой мысли, от 0% до 100%» или «Оцените силу тревоги, которую у вас вызвало заполнение Субъективной шкалы дистресса»).

Полезно применять шкалы для оценки объективных симптомов, например, PHQ-9 и GAD-7, на каждой сессии или один раз за несколько встреч. Мы считаем, что нужно просить клиента комментировать и прямо оценивать степень удовлетворённости каждой сессией. Ведь компетентное применение когнитивной терапии предполагает получение обратной связи после каждой встречи со специалистом.

Конвенция. Конвенциональный этап взаимодействия характеризуется совместной выработкой различных договорённостей. Конвенция - это соглашение, в ходе которых достигается согласие в используемых средствах взаимодействия. В том числе в форме выработки общего языка описания – совместно используемых в ходе терапии при вербальном взаимодействии терминов, понятий и принципов, а также в общем взаимодействии регламентов, алгоритмов и правил (включающих психотерапевтический контракт). Термины служат специализирующими, ограничительными обозначениями характерными для этой сферы предметов, явлений, их свойств и отношений. В отличие от слов общей лексики, которые зачастую многозначны (полипотентны) и несут эмоциональную окраску, термины в пределах сферы применения преимущественно однозначны и лишены экспрессии. Конвенция

позволяет найти точки соприкосновения в теоретических конструктах и практической деятельности, сформулировать правила взаимодействия, критерии оценки действий и их результатов, нормативы и правила. В сфере взаимодействия специалиста и пациента первоначально также формируется общий словарь, компендиум – сокращенное изложение основных понятий и правил самого взаимодействия, его этапов, целей и принципов. Конвенция с пациентом достигается техниками активного слушания, эмпатии, эксплорации, кларификации, сведения проблем, сократовского диалога, направляемого открытия и прочих. Они дают основу не только для формирования конструктивного рабочего альянса, но последующего их развития в терапевтические отношения. Терапевтические отношения сегодня в большинстве видов психотерапии рассматриваются как один из ведущих факторов ее эффективности. Это не только комплаенс и сотрудничество, не только приверженность терапии. Это действительно специфический (а не неспецифический как считали ранее) фактор терапии. Терапевтические отношения могут помочь клиенту (но порой и терапевту) сформировать новый опыт и новые модели мышления и поведения, относящиеся к проблематике дисфункционального убеждения непринятия (никчемности и непривлекательности). Профессиональное выстраивание качественного рабочего альянса дает возможность наиболее полно использовать терапевтические отношения во многих аспектах лечения. Конфликты же часто приводят к затруднениям в терапии для обоих участников и даже к уходу пациента из терапии.

Одной из ключевых конвенций в когнитивной терапии является обсуждение и согласование когнитивной модели, предложенной А. Т. Беком еще в начале 60-х годов двадцатого века. В сегодняшнем варианте используемым Институтом Бека эта модель выглядит следующим образом:



Работа над последующей коррекцией дисфункциональной системы отношений и мышления заключается в формировании критического мышления и переоценке сформированных и закрепленных в опыте когнитивных искажений. Поэтому диагностическая часть терапии начинается с подробного разбора когнитивной модели, которую лучше объяснять на примерах из жизни клиента, после прояснения ее общей концепции и понятных клиенту примеров из совместного культурального жизненного контекста – примеры из текущей реальности, историй общеизвестного прошлого, произведений литературы, кинематографа, метафор, сказок и притч. Далее идет объяснение автоматических мыслей и образов как потока мышления, машинальных или мыслей на периферии сознания, которые есть у всех. Большую часть времени мы просто не осознаем свои автоматические мысли, а даже если осознаем, то не подвергаем их сомнению, некритично принимая за данность, не осознавая различия между фактами и суждениями.

Важной задачей диагностического этапа является обучения человека навыку отслеживания автоматических мыслей и образов в повседневной жизни, вне терапевтической сессии.

Какие чаще всего диагностические методы и инструменты для сбора данных используются в практике КПТ-терапевта, кроме инструментов напрямую использующих когнитивную модель (протоколы)? Вот минимальный перечень наиболее часто используемых из них:

- Клиническое Интервью
- Структурированное Диагностическое Интервью
- Настроение:
 - Шкала Депрессии Бека – Beck Depression Inventory (BDI, BDI-1A, BDI-II)
 - Шкала Тревоги Бека – Beck Anxiety Inventory (BAI)
 - Шкала Безднадежности Бека – Beck Hopelessness Scale (BHS)
 - Шкала Бека для суицидальных мыслей/идеаций (BSSI) – Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)
- Личность
 - Шкала дисфункциональных отношений Вейсмана – Бека – A.Beck & A.Weissman Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)
- История
 - а) история семьи
 - б) анамнез жизни и анамнез расстройства

- Самоотчеты

На сегодняшний день разработано много тестовых форм для самоотчётов, но особенно полезные для когнитивно-поведенческого консультирования делятся на две группы – тесты для оценки симптомов и тесты для оценки когнитивных и поведенческих характеристик. Многие из них разрабатывались скорее в исследовательских целях, а не для клинической практики.

Существует масса полезных средств для измерения тяжести симптомов, часть которых широко используется в клинической практике. Из такого разнообразия порой сложно выбрать один, наиболее подходящий для решения конкретных задач. На данный момент опубликованы три очень полезных и полных обзора, где описаны эмпирически проверенные инструменты для работы со взрослыми клиентами, имеющими тревожные (Antony et al., 2001) и депрессивные расстройства (Nezu et al., 2000), а также сложности с выражением гнева (Ronan et al., 2014). Кроме того, есть подробный обзор (Antony & Barlow, 2010) подходов к оценке в процессе работы с другими психологическими проблемами. Исчерпывающий список психологических тестов для всех сфер, а также отсылки к актуальным исследованиям по теме можно найти в 19-м выпуске психодиагностического ежегодника (The Nineteenth Mental Measurements Yearbook; Carlson, Geisinger, & Jonson, 2014).

Некоторые инструменты, находятся в свободном доступе. Бесплатные полезные материалы можно найти на сайте www.phqscreeners.com, в том числе Опросник состояния здоровья-9 (PHQ-9), позволяющий быстро провести скрининг депрессии, и Опросник ГТР-7 (GAD-7). Некоторые инструменты, например, Опросник тревоги Бека-II (BAI; A. T. Beck & Steer, 1993) и Опросник депрессии Бека (BDI-II; A. T. Beck, Steer, & Brown, 1996) необходимо покупать у компаний, обладающих правами на их публикацию. Более подробную информацию о некоторых из подобных инструментов можно найти на сайте www.harcourtassessment.com.

Полезно иметь под рукой сразу несколько эмпирически проверенных инструментов для работы с проблемами, с которыми к вам чаще всего обращаются. К наиболее распространённым инструментам для измерения тревоги можно отнести Шкалу тревоги Бека (BAI; A. T. Beck & Steer, 1993) и Шкалу тревоги Спилбергера (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). К более специфическим инструментам для оценки степени выраженности симптомов, свойственных конкретным расстройствам, относятся, например, Шкала Йеля-Брауна для обсессивно-компульсивного расстройства (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) и Шкала для

социальной фобии (Mattick & Clarke, 1998). Среди полезных инструментов для работы с депрессией стоит назвать Опросник депрессии Бека (BDI-II; А. Т. Beck et al., 1996) и Опросник безнадёжности Бека (BHS; А. Т. Beck & Steer, 1988). Все эти инструменты подходят для многократного использования, в том числе отслеживания результатов лечения. Хотя некоторые из них нужно покупать в коммерческих центрах, многие выложены в Интернете и доступны для свободного использования (см. Antony and colleagues, 2001; Nezu and colleagues, 2000; Ronan and colleagues, 2014).

Ведущим диагностическим инструментарием КПТ является анализ, позволяющий выявить как внешние проявления, так внутренние процессы, способствующие формированию и развитию дисфункций, расстройств, дискоммуникаций и конфликтов. КПТ опирается на теории научения и проясняет модели, построенные человеком на основании полученного им опыта. С точки зрения КПТ, человек обучается шаблонам обработки поступающей информации, ее интерпретации и предписаний, формируемых на их основе. Часть таких моделей становится в силу ряда разных причин дисфункциональными. К этим причинам относятся, например, специфические детско-родительские отношения. Ребёнок может не получать достаточного внимания, эмоциональной поддержки, проявлений любви и заботы. Ребенок во многом обучается подкреплением со стороны значимых взрослых. Эмоционально холодная мать (например, находящаяся в депрессии или страдающая расстройством личности) или ее отсутствие, может привести к дефицитам формирования навыков эффективной коммуникации, саморегуляции и социальных компетенций. Система убеждений человека может включать в себя ряд дисфункциональных схем, верований разного уровня, возникших в результате травматичного опыта и значимо влияющих на его восприятие, мышление и поведение. Реализация собственных потребностей от базовых до социальных у такого человека будет вызывать затруднения. Глубинные убеждения неприятия или беспомощности заставят его выстроить систему правил, редуты защит и компенсаторных стратегий, призванных защитить его от новой боли, разочарований и провалов. Но весь этот арсенал превращается в удушающий кокон, не защищающий, а отдаляющий человека от других и мира, надежно препятствующий реализации его потребности контакта.

Для первичного анализа данных, изучения и прояснения клиентам простых связей в когнитивной модели (в отличие от системы сложных связей, описанных в концептуализации) в нашей Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии уже более двадцати лет используется протокол СМЭР (Ковпак Д.В., 1999, © 2007, 2015). Задачи этого протокола – сбор данных, дескриптивно описанных феноменов

активирующего события/триггерной ситуации (суммой первых и вторых сигналов по И. П. Павлову), когнитивной сферы (условно упрощенно обозначенной для клиентов/пациентов в качестве общей категории «Мысли» включающей вербальный и имагинативный (образный) компоненты. В протоколе в колонке «Мысли» используются описания как вербального, так и образно-символического мышления – картинок, образов, «клипов», фрагментов воспоминаний. Этот раздел характеризуется описанием вторых сигналов по И. П. Павлову и высших психологических функций по Л. С. Выготскому, с прояснением понятий знак/значение/означаемое в «рече-мыслительных» процессах, а разделы «Эмоции» и «Реакции (физиологии и поведения)» в качестве «последствий» по Эллису – эмоциональных, физиологических и поведенческих реакций. СМЭР – интегративный диагностический инструмент, опирающийся на формулу необихевиоризма $S \rightarrow O \rightarrow R$ и ее авторское описание, данное А. Эллисом для облегчения коммуникации с клиентами – $A \rightarrow B \rightarrow C$. Это формат сбора линейных «простых» связей, описанных в психологии необихевиористами и в психотерапии школами Эллиса и Бека.

С		М		Э		Р
Ситуации/ События		Мысли		Эмоции (эмоциональные реакции)		Реакции (физиология и поведение)
						Тело (физиология) Поведение

Рис. 2 Протокол СМЭР, © (протокол №1 АКПП, 1999, 2007)

По когнитивной модели А. Бека и диагностической модели А. Эллиса, использующихся уже более шести десятилетий мы можем выводить как линейные «простые», так и не линейные связи в форме концептуализации, как системы изучения, обозначения и фиксации в форме диаграммы «сложных» связей, сформированных на протяжении всей жизни клиента/пациента. Как триггерная ситуация или активирующее событие не только само по себе, но и при посреднической (медиаторной) функции «промежуточной переменной» когнитивных процессов - селекции входящей информации (специфики внимания), ее переработки и интерпретации (специфики мышления – вербального и образного), и связанных (ассоциированных) с ними специфических выводов и предписаний, приводят к набору специфичных стереотипных реакций эмоциональной, физиологической и поведенческой сфер человека. Именно в этой специфике и кроется ключ к пониманию дисфункционального и адаптивного, пато- и саногенеза, того, что Франкл называл феноменом человека и его ресурсов:

«Между стимулом и нашей реакцией на него всегда есть время. За это время мы выбираем, как реагировать. И именно здесь лежит наша свобода.» И чтобы вернуть себе эту свободу, понадобится навык осознания, что происходит в нашей нейросети, в потоке автоматических мыслей и образов, и какие убеждения за ними стоят. Именно для этого необходим диагностический этап КПТ (осознанности в широком смысле этого слова) (1), за которым уже последует этап формирования альтернатив (2), и завершающий третий этап – их тренировок и закрепления (3). Опираясь иной терминологией, мы можем обозначить эти три этапа технологии КПТ (базирующейся на практической методологии КПТ) как анализ, синтез и тренировку (инсталляцию – процесс установки программы, системного кода, рефлексов/имплементацию – программная или аппаратная реализация какого-либо протокола, кодов, алгоритма, какой-либо технологии). Для помощи в использовании первого протокола автором были введены рабочие термины «срезы», как процедура использования протокола, характеризующаяся сбором данных с помощью дескриптивного описания, локализованного во времени и пространстве активирующего события/ триггерной ситуации, субъективного опыта (квалиа – перцепторного и когнитивного его аспектов) и реакций эмоциональной, физиологической и поведенческой сфер жизнедеятельности человека. В типологии «срезов» автором описаны 4 типичных варианта: «свежий» (в рамках удержания в оперативной памяти – не более 2-х недель и возможностью восстановления («памятования») «ключевых когниций» в произвольных и автоматических мыслях), «ультрасвежий» (происходящее непосредственно на сеансе, с возможностью непосредственного контакта с текущими произвольными и автоматическими мыслями), «яркий» (воспоминания «добываемые» сбором данных по аналогии, где возможно использование наглядных примеров из прошлого, характеризующихся энкодами и эмоциональными фреймами, обеспечивающими сохранение в долгосрочной памяти, ассоциированных с эмоционально окрашенным опытом когнитивных конструктов) и «исторический» (наиболее ранние, эмоционально насыщенные, порой травматические воспоминания).

Изучение условно простых связей позволяет перейти к прояснению сложных связей в форме Диаграммы когнитивной концептуализации, представляющей из себя вариант когнитивного картирования этиопатогенетических связей в диаграмме Дж. Бек 1993 года и саногенетических связей в диаграмме Дж. Бек 2018 года.

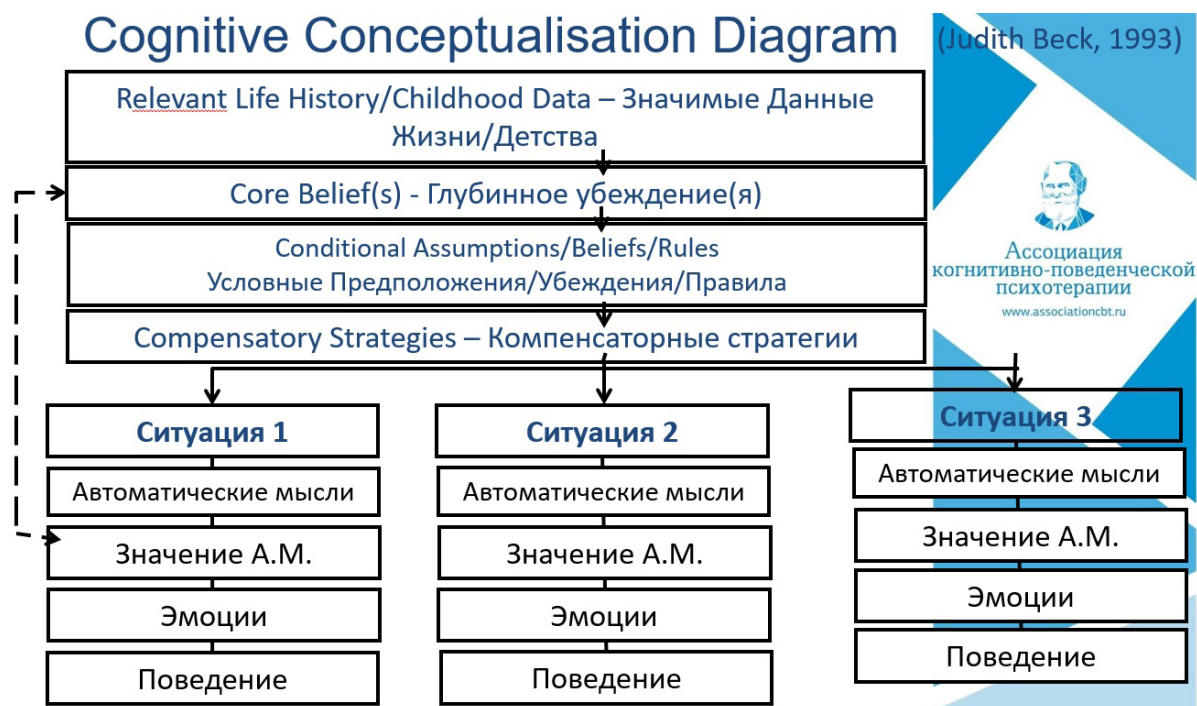


Рис. 3 Cognitive Conceptualisation Diagram (Judith Beck, 1993)

Обе концептуализации в совокупности, как две стороны одной медали, показывают принцип системной диагностики в КПТ. Если первую концептуализацию (J. Beck, 1993) можно обозначить как патогенетическую, раскрывающую механизм патогенеза, то вторую (J. Beck, 2018) можно обозначить как саногенетическую, где раскрываются потенциальные возможности и ресурсы для восстановления и использования сильных сторон человека, описываемых по релевантным примерам и данным из анамнеза.

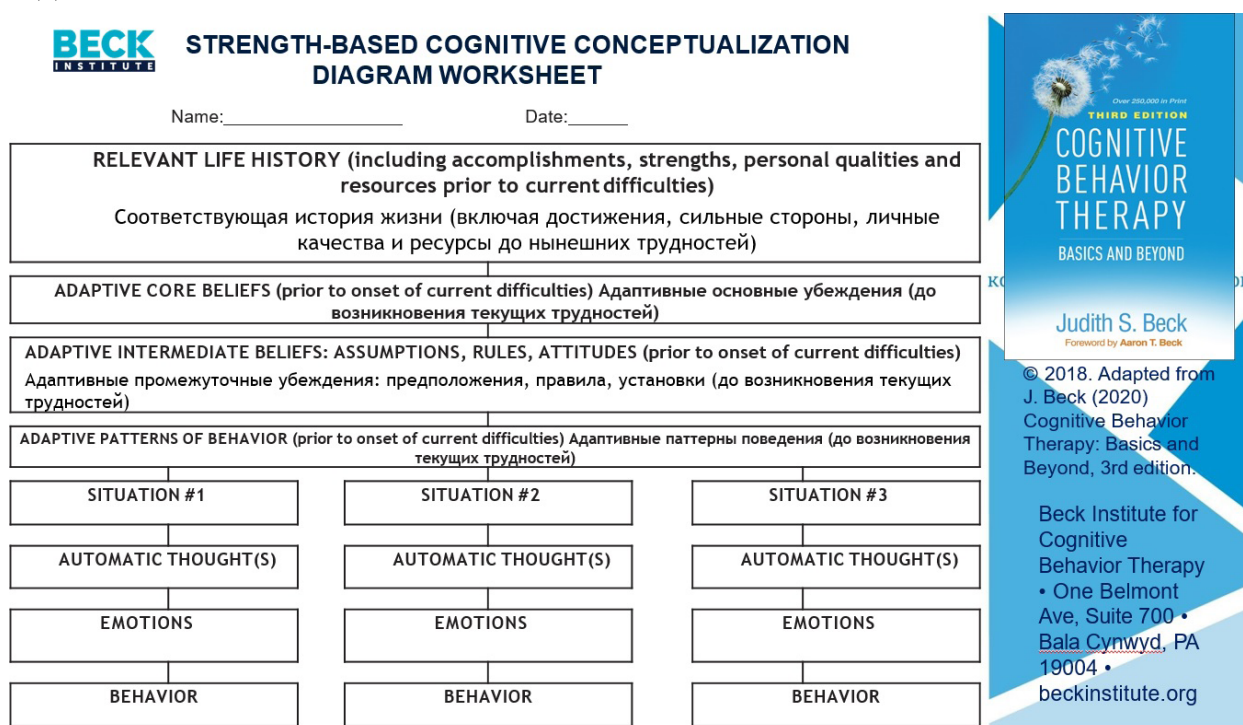


Рис. 4 STRENGTH-BASED COGNITIVE CONCEPTUALIZATION DIAGRAM WORKSHEET © 2018.
(Adapted from J. Beck (2020) Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, 3rd edition.)

В этом контексте следует отметить концептуализацию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (Ковпак Д.В., © 2019, Ковпак Д. В., Зрютин М. А., © 2021), которая используется преподавателями Ассоциации в процессе обучения специалистов КППТ и призвана объяснить в более простой и наглядной форме ряд сложных моментов обеих вышеописанных концептуализаций Дж. Бек для русскоговорящей аудитории, а также внести модель генеза глубинных убеждений и схем с опорой на биопсихосоциальную модель современной психиатрии и клинической психологии. Данная модель позволяет рассмотреть генез и развитие дисфункциональных убеждений и мыслей всех уровней в тесной взаимосвязи с неудовлетворенными потребностями сенситивного периода развития (значимые данные детства) и всей жизни (значимые данные жизни), использовать более точный сбор информации по контексту различных систем разного уровня, в том числе суперсистем, куда включена открытая персональная система человека - семьи как системы (микросоциум) и системы макросоциума (коллектив, этнос, страна, популяция, человечество, цивилизация). Оригинальность представленной концептуализации заключается в том числе в использовании биопсихосоциальной модели потребностей интегрированной в сложную модель когнитивной концептуализации. Это позволяет репрезентовать на уровне модели феномен человека в качестве сложной открытой системы и ее генез. Дисфункциональные последствия (реакции) компенсируются так называемыми компенсаторными стратегиями, в которых выделяется целый ряд категорий, описанных в монографии Дж. Бек и требующие отдельного более подробного описания. Также мы предлагаем рассмотреть и адаптивные стратегии, вытекающие как из анамнеза (ресурсов человека), так и из терапии, и текущего актуального релевантного опыта.

Модель концептуализации АКПП

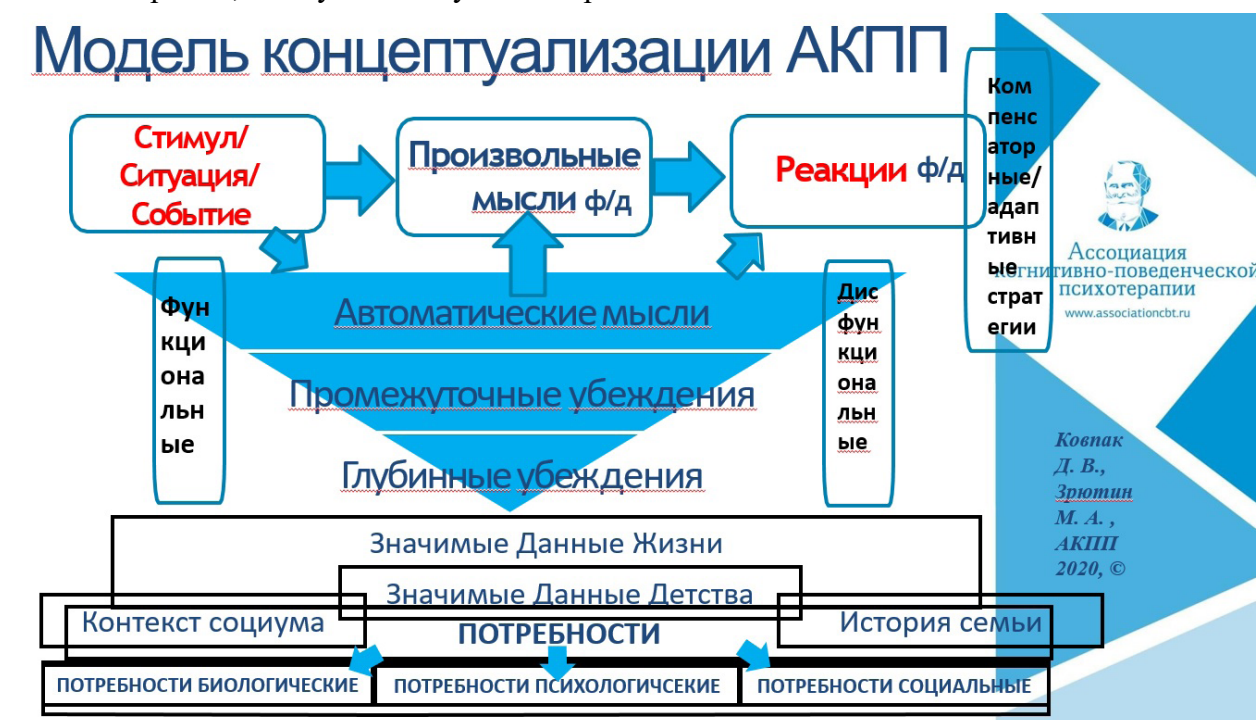


Рис. 5 Концептуализация Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (Д. В. Ковпак, © 2019, Д. В. Ковпак, М. А. Зрютин, © 2020)

Лишь коротко коснемся трех последующих этапов практической методологии, поскольку данная статья сфокусирована на проблеме диагностики.

Интеграция. Этап интеграции развивает сформированные конвенциями точки взаимодействия и формирует общее поле деятельности. Прояснение (кларификация) позволяет сформировать осознание используемых языков описания, их верификацию и объединение, что способствует дальнейшему достижению, развитию и закреплению соглашений. В объединении психотерапевтических практик интеграция производится на основе взаимосогласования единых базовых принципов. В работе специалиста с клиентом/пациентом методы осознания неадаптивных когний, их кларификация и объективизация, реатрибуция, сократовский диалог и направляемое открытие, когнитивное реструктурирование позволяют преодолевать иррациональные суждения и соответствующие иррациональные установки (дисфункциональные убеждения и отношения) пациента, что приводит к реинтеграции системы отношений личности. Закрепление изменений формируется интеграцией когнитивных и поведенческих техник, направленных на осознанную выработку альтернативы дезадаптивному внутреннему и внешнему поведению на разных уровнях функционирования.

Система. В системном подходе все термины и понятия переработаны в едином ключе базовых принципов и методологической матрицы. Система представляет собой комбинацию взаимодействующих и взаимообуславливающих элементов, организованных с целью достижения поставленных целей. Одним из принципов и свойств системы является иерархичность — каждый компонент системы может рассматриваться как система; сама система также может рассматриваться как элемент некоторой надсистемы (супер-системы). Человек представляет собой сложную открытую систему, с взаимодействием и включенностью в суперсистемы окружающей среды. Согласно гипотезе «семиотической непрерывности» система есть образ ее среды. «Семиотическая» непрерывность системы и среды распространяется и за пределы структурных особенностей систем. «Изменение системы есть одновременно и изменение её окружения, причём источники изменения могут корениться как в изменения самой системы, так и в изменениях окружения. Тем самым исследование системы позволило бы вскрыть кардинальные диахронические трансформации окружения» [6]. На этом этапе работы психотерапевта с пациентом/клиентом в совокупности рассматриваются факторы влияния внешней и внутренней среды, как биологической, психологической и социальной их составляющих. В психологической сфере переработке и трансформации подлежат уже не только дисфункциональные убеждения и иррациональные установки, как убеждения промежуточного уровня,

но и глубинные убеждения, включающие мировоззрение, базовые конструкты личности, я-концепцию, ведущие внутриличностные конфликты. Активно используются метапозиция, идентификация следствий и причинно-следственных связей, эмпирический, логический и прагматический диспуты от уровня произвольных и автоматических мыслей к уровню убеждений и мировоззрения, весь арсенал современных поведенческих методик – от классических поведенческих экспериментов и парадоксальной интенции, до многообразия форм экспозиции, техник осознанности, тренинга внимательности, концентрации, уверенности, рескриптинга, имагинативных форм работы, использования дополненной и виртуальной реальности и т.д. Формирование и тренировка альтернативы для расширения поведенческого репертуара и адаптации носит на этом этапе системный характер. На этапе системы появляется так называемый «системный эффект» — появление у системы свойств, не присущих элементам системы; принципиальная несводимость свойств системы к сумме свойств составляющих её компонентов (эмерджентность, холизм, синергичность). Этот эффект получает свое наибольшее развитие на этапе целостности.

Целостность. Целостность достигается устранением конфликтов как внутри системы (на уровне subsystem), так и в ее взаимодействии со средой, с суперсистемами в которые она включена (микросоциум – семья, референтная группа и макросоциум – коллектив, этнос, государство, мир). Как бы ни расчленяли исследователи человека и его жизнь на этапы, функции, состояния и процессы, многие из них мечтали о синтезе, разъятого и разобщенного человека в цельное существо. Холистический принцип подразумевает, что целое превышает возможности суммы его частей, что принципиально отличает этот этап от интеграции и даже системы. В отношении формирования единой психотерапии мы можем говорить скорее как о далекой перспективной цели. При этом каждый наш клиент имеет хотя бы фрагментарный опыт проживания состояния целостности в виде опыта особых состояний осознанности, открытости, принятия и наполненности. Также как и в работе с пациентом/клиентом целостность выступает своего рода маяком ценностей и смыслов, чем облигатной задачей. В работе с психотерапевтом на данном этапе рассматриваются личностные и надличностные цели и формирование метапозиции, уже не как техники, а в качестве инструмента поддержания адаптивности и самоорганизации целостной системы. Целостность достигается системной реинтеграцией частей личности, дезинтегрированных внутриличностными конфликтами, а также заполнением дефицитов свойств личности, связанных с дисфункциональными элементами процессов воспитания и социализации.

Список литературы

- 1) Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model, Aaron T. Beck, Emily A.P. Naigh – Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. 10:1–24
- 2) Брунер Дж. Психология познания: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1977. – 414 с.
- 3) Ковпак Д. В. Применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии в современной клинической психотерапевтической практике // Сборник статей и тезисов конференции, посвященной 150-летию И.П. Павлова и 80-летию Клиники неврозов. – СПб., 1999. – С. 26 – 30.
- 4) Ковпак Д. В. Новые аспекты интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии // Психическое здоровье. Санкт-Петербург 2000: Материалы конференции, 20 – 21 апреля 2000 г. – СПб., 2000. – С. 89 – 93
- 5) Ковпак Д. В., Эволюция концепции когнитивно-поведенческой психотерапии. / Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. академика И. П. Павлова. – СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. – С. 203 – 205
- 6) Ковпак Д. В. Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2015. – стр. 23 – 28
- 7) Методология: вчера, сегодня, завтра. В 3-х тт. ред. - сост. Крылов Г.Г., Хромченко М.С. – М.: Изд-во Школы Культурной Политики, 2005.
- 8) Виноградов В.А., Гинзбург Е.Л. Система, её актуализация и описание. В кн.: Системные исследования. Ежегодник. — М.: «Наука», 1971, 280с.
- 9) Cognitive behavior therapy: basics and beyond / Judith S. Beck. Third edition. — New-York: The Guilford Press, 2021— 414 p.