

**ДИАГНОСТИКА
В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**
DIAGNOSTICS IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

*Д. В. Ковпак,
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 (Россия)*

*D. V. Kovpak,
Associate Professor, the Department of Psychotherapy,
Medical Psychology and Sexology (Russia)
North-Western state
medical University named after I. I. Mechnikov,
Chairman Of The Association
Of Cognitive Behavioral Psychotherapy,
Vice-President Of The Russian
Psychotherapy Association (Russia)*

Аннотация. Статья посвящена методологии СВТ и процессу диагностики. На основе оригинальной модели практической методологии СВТ процесс диагностики входит в структуру изучения дисфункциональных/дизинтегративных процессов и системного кризиса клиента. Трансдиагностический подход, помимо традиционных формальных методов, использует клинико-психологический подход, клиническое интервью, сбор релевантных проблеме данных и их системный анализ, с концептуализацией случая на основе концептуализации патогенетической и сильных сторон (SB).

Ключевые слова: методология СВТ; диагностика; трансдиагностический подход; концептуализация.

Annotation. The article considers the methodology of CBT and describes the process of diagnostics. Based on the original model of practical methodology CBT the diagnostics is comprised into the

structure of dysfunctional/disintegrative processes study and client's system crises. Besides traditional formal methods the transdiagnostics approach uses clinical psychology content, clinical interview, relevant data collection and their system analysis in common with case conceptualization based on pathogenetic conceptualization and strong characteristics (SB).

Keywords: methodology CBT; diagnostics; transdiagnostics approach; conceptualization.

С глобальной точки зрения, мы являемся свидетелями кризиса систем классификации / диагностики психических расстройств, а также спада влияния биологически-центрированных моделей, применяемых к психическому здоровью.

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 раскрытия их базовых механизмов для лечения причин, а не последствий, устранения патогенеза, а не симптомов. Да, 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 скорее на гармонизацию МКБ-11 с DSM-5, чем на создание нового фундамента и принципов для классифицирования. Отмечая несовершенство обеих систем, неизбежное при отсутствии действительной патопсихофизиологической основы, это тоже желательный шаг, поскольку диагностические метки в основном представляют собой попытку сформировать общий глобальный

язык описания наблюдаемых клинических феноменов, но очевидно недостаточный для практикующих специалистов.

Да, мы по-прежнему стоим перед рядом загадок: что такое сознание, как на самом деле функционируют ведущие психические процессы (взять, к примеру, только человеческую память, модели которой на сегодня, очевидно, не являются исчерпывающими). Поэтому в нашей стране является давней традицией выражение, что мы лечим пациента и личность, а не диагноз и болезнь. Человек – это открытая сложная система. Гораздо сложнее, чем ярылки, с разных сторон на нее наклеенные. Насколько широки взаимосвязи человека в его широчайшей нейрональной сети с 86 миллиардами нейронов и многими триллионами их связей, настолько же широки на ее основе его внутренние взаимосвязи (в результате научения не только простым условным рефлексам, но также речи и мышлению, знаково-символической системы или второй сигнальной системы по Ивану Павлову) и внешние социальные связи (от микро-социума – системы под названием «семья», до макросоциальных государственных, этно-культуральных, поло-гендерных, профессиональных, религиозно-конфессиональных, политических или иных ценностных систем).

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.

Трудности в диагностике, концептуализации, планировании терапии, а главное в эффективной реализации запланированного лечения при сохранении подобного редуционизма подхода к феномену человека будут неизбежными причинами системного кризиса в психологии, психиатрии и психотерапии. Трудный человек для нас это тот, кого мы не понимаем. Чьи мотивы для нас неясны, а поведение не укладывается в наши шаблоны восприятия и обработки информации. Тот, с кем коммуникация наиболее затруднена или неэффективна. Трудный человек – это не проблема, а вызов не только для профессионалов, но и обычных людей. Ведь новый опыт лежит за границами наших

стереотипов мышления и поведения. Выходя за эти ограничивающие убеждения, мы сможем получить не только большие знания о других, но и о самих себе.

Ведь во французской философской традиции Другой с большой буквы – это и зеркало нашей души, в том числе, и важный шаг в развитии. Навыки и компетенции 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.

Интрапсихические и интерпсихические конфликты не просто тесно связаны. Они являются целостным континуумом. Как и весь человек представляет собой холистический феномен. И мы как наблюдатели замечаем только его части, а как исследователи дробим на составляющие. Рассекая на части, мы можем заглянуть внутрь этой «машины», но можем не увидеть связующий ее элементы «дух в машине» – псюхе.

Конфликты обнажают этот «дух» на пике противоречия, наглядно демонстрируя как это работает в жизни и в живую. Опыты на препарированных мышцах могут оказаться неудовлетворительной моделью и очевидно неполным аналогом. Карта не есть территория.

Данная статья является продолжением статьи «Практическая методология Когнитивно-Поведенческой Терапии» [2] и посвящена прояснению роли 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 и схемы лечения [3; 4]. Методология, по одному из определений [5], 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 во взаимодействии диады психотерапевт – пациент.



Схема 1 – Динамика взаимодействия в биопсихосоциальной модели (Ковпак Д. В., 2003, 2015) [2].

Хаос. Хаос можно также рассматривать как нелинейную динамическую систему, которая также имеет свою детерминацию, внешне воспринимаемую 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 много тестов, инструментов и измерительных материалов. 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 них надо покупать. Целью большинства структурированных интервью является определение

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 КППТ 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 договоренностей. 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 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. Профессиональное выстраивание качественных комплаентных отношений дает возможность наиболее полно использовать терапевтические отношения во многих аспектах терапии. Конфликты же часто приводят к затруднениям в терапии для обоих участников и даже к уходу пациента из терапии.

Какие чаще всего диагностические методы и инструменты мы используем в практике КПТ-терапевта? 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 Безнадежности 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 множество тестовых форм для самоотчетов, 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; A. T. Beck et al., 1996) и

Опросник безнадёжности Бека (BHS; A. T. 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 и внутренние процессы, способствующие формированию и развитию дискоммуникации 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 непринятия 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 отдаля-

ющий человека от других и мира, надежно препятствующий реализации его потребности контакта.

Для первичного анализа в нашей Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии уже более двадцати лет используется протокол СМЭР. 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 лейбла «Мысли», с описанием как вербального, так и образно-символического мышления – картинок, образов, «клипов», фрагментов воспоминаний – характеризуется описанием вторых сигналов по И. П. Павлову), и «последствий» по Эллису – эмоциональных, физиологических и поведенческих реакций. СМЭР – интегративный диагностический инструмент опирающийся на формулу необихевиоризма $S \rightarrow O \rightarrow R$ и ее описание, данное А. Эллисом для облегчения коммуникации с клиентами – $A \rightarrow B \rightarrow C$. Это формат сбора линейных «простых» связей.



Рисунок – 1 Протокол СМЭР

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.

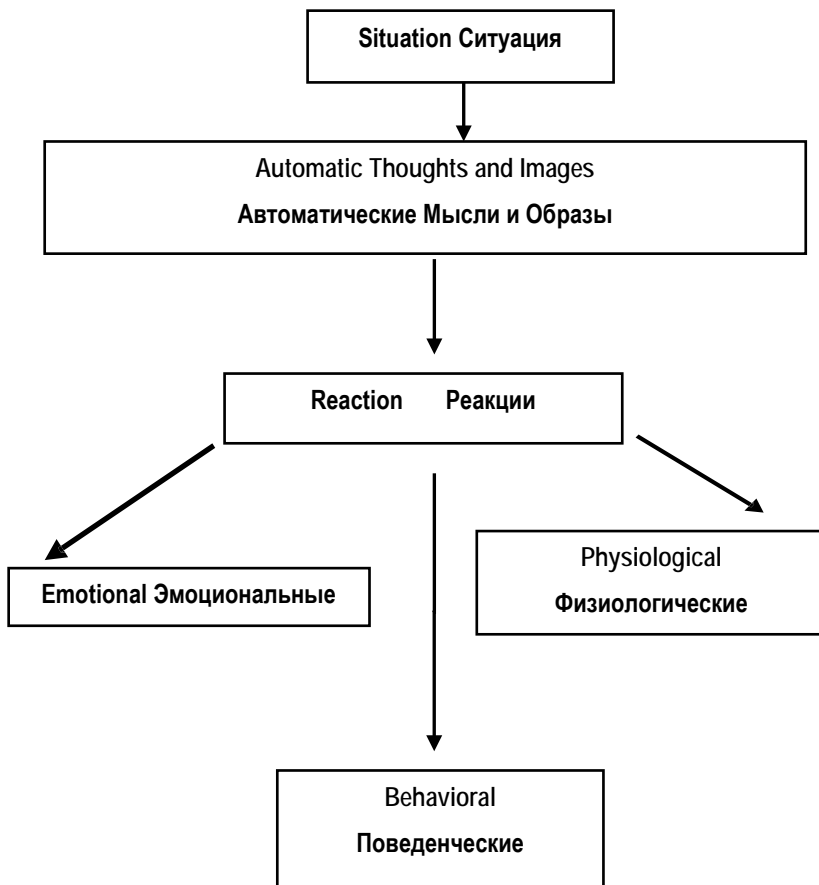


Рисунок 2 – Диаграмма Когнитивной модели (Институт Бека, 2020 Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy)

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



Рисунок 3 – Cognitive Conceptualisation Diagram (Judith Beck, 1993)

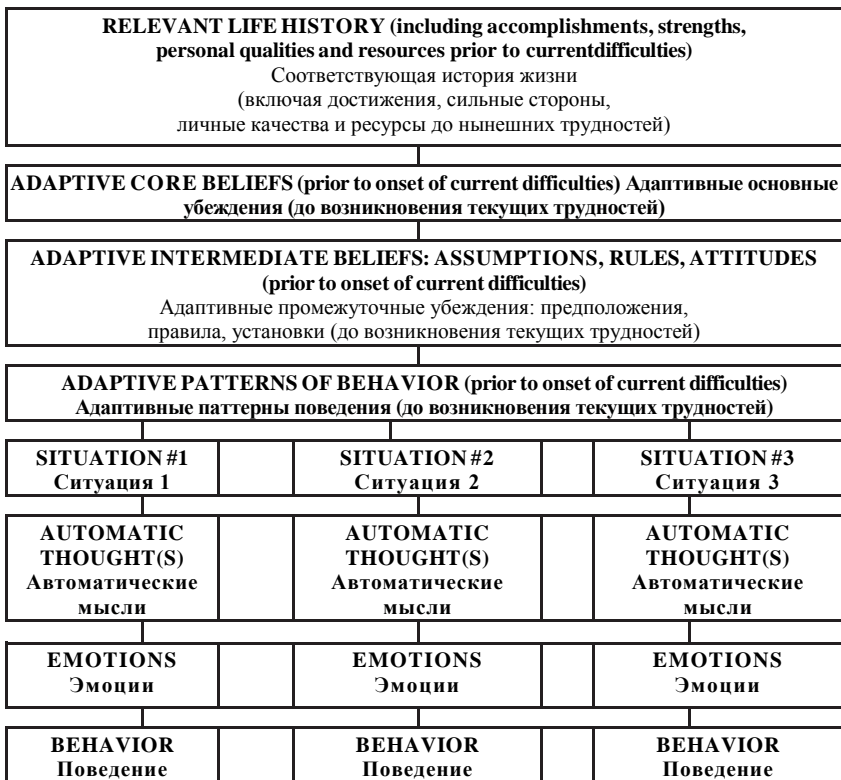


Рисунок 4 – STRENGTH-BASED COGNITIVE CONCEPTUALIZATION DIAGRAM WORKSHEET © 2018. (Adapted from J. Beck (2020) Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, 3rd edition.)

Обе концептуализации в совокупности, как две стороны одной медали, показывают принцип системной диагностики в КПТ.

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 развитию и закреплению соглашений. В объединении психотерапевтических

практик интеграция производится на основе взаимосогласования единых базовых принципов. В работе специалиста с 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 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 взаимобулавливающих 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 (суперсистемы). Человек представляет собой сложную открытую систему. 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, имажинативных 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 подсистем), 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, 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.

Литература

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. I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2015. – Стр. 23–28.
3. Брунер, Дж. Психология познания: Пер. с англ. / Дж. Брунер. – М.: Прогресс, 1977. – 414 с.
4. Ковпак, Д. В. Эволюция концепции когнитивно-поведенческой психотерапии / Д. В. Ковпак // 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
5. Методология: вчера, сегодня, завтра : в 3 т. / ред.-сост. Г. Г. Крылов, М. С. Хромченко. – М.: Изд-во Школы Культурной Политики, 2005.
6. Виноградов, В. А. Система, её актуализация и описание / В. А. Виноградов, Е. Л. Гинзбург // Системные исследования. Ежегодник. – М.: «Наука», 1971. – 280 с.
7. Cognitive behavior therapy : basics and beyond / Judith S. Beck. Third edition. – New-York : The Guilford Press, 2012. – 414 p.