



Михаил Бурдин
Дмитрий Пушкарев

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ
КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ В
УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОЙ
РАЦИОНАЛЬНОСТИ
КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОГО
ТЕРАПЕВТА**

2022 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ И БЛАГОДАРНОСТИ

Этот текст – нечто среднее между статьёй и методическими рекомендациями. Он появился в результате двух лет работы [Группы по методологии и концептуализации](#) Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов (АКБТ). Слишком большой для научной статьи, слишком маленький, чтобы оформить его в книгу; не завершённый, отражающий промежуточные итоги наших обсуждений, анализа литературы и собственного опыта клинической практики, преподавания, супервизии и рефлексии. И всё же мы решили не дожидаться завершения (может ли при разработке такой темы быть завершение?) и опубликовать его уже сейчас как есть. Мы будем рады, если этот текст поможет развить дискуссию в нашем профессиональном сообществе.

Мы хотим сказать спасибо нашим коллегам из АКБТ, Пермского Центра когнитивной терапии и клиники МНС, мотивировавшим нас своим интересом к теме и создававшим интеллектуально насыщенную, обогащающую идеями среду.

Отдельно хотим поблагодарить коллег, выразивших готовность и нашедших время поучаствовать в нашем опросе: Гаянэ Аванесян, Анастасию Афанасьеву, Софью Бельскую, Татьяну Волк, Регину Габидуллину, Виталия Королева, Вадима Матюшина, Ирину Махортову, Владимира Нама, Ольгу Рудич, Веронику Салимгарееву, Дмитрия Смойкина, Екатерину Терновую.

Особую благодарность мы выражаем основателю АКБТ и руководителю Центра когнитивной терапии Якову Кочеткову за совместные плодотворные дискуссии и помощь в создании текста.

Уважаемые коллеги, если поднятые нами вопросы окажутся вам интересны, мы будем очень рады получить от вас комментарии, критику, идеи и предложения. Кроме того, если вы захотите присоединиться к дальнейшей разработке в составе нашей рабочей группы или в любом другом формате – пожалуйста, напишите нам!

19.07.2022

АВТОРЫ

Михаил Бурдин – к.м.н., врач-психотерапевт, аккредитованный КПТ-терапевт (ЕАВСТ), руководитель Пермского Центра когнитивной терапии, Президент Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов (АКБТ)

mburdin@list.ru

+79024751239

Дмитрий Пушкарев – к.м.н., клинический психолог, руководитель учебного центра МНС School, заведующий учебными программами по диалектической поведенческой терапии Поведенческой Компании

d.f.pushkarev@gmail.com

+79104505132 (WhatsApp)

ВВЕДЕНИЕ

I. ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Смешивать или держаться “чистого метода”?

Перебирать методы или держаться одного?

Роль концептуализации в выборе терапевтического метода

Концептуализирование как поведение терапевта

О чём конкретно мы говорим, когда обсуждаем концептуализирование?

II. ТЕОРИЯ И РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА КОНЦЕПТУАЛИЗИРОВАНИЯ

Обзор литературы: Что другие авторы думают о том, как концептуализировать эффективно

Как выглядит концептуализирование в реальности: результаты опроса

Как выглядит концептуализирование в реальности:

клинический пример

Анализ клинического примера

III. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОСТРОЕНИЮ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ

Пятишаговый алгоритм построения индивидуализированной концептуализации

Шаг 1. Начните со стандартной концептуализации и используйте методы с подтвержденной эффективностью (МПЭ)

Шаг 2. Переходите к индивидуализированной концептуализации с опорой на фундаментальные научные теории и принципы

Шаг 3. Оцените клиническую полезность и экономичность новой объяснительной модели

Шаг 4. Убедитесь, что новая объяснительная модель подходит клиенту

Шаг 5. Оцените, как решение о смене концептуализации может повлиять на клиента и терапевтический альянс

IV. СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ С ОГРАНИЧЕННОЙ РАЦИОНАЛЬНОСТЬЮ ТЕРАПЕВТА. РЕФЛЕКСИВНЫЙ ПОДХОД К КОНЦЕПТУАЛИЗИРОВАНИЮ

Что мы рефлексируем?

Поведение, когниции, эмоции

Философские воззрения

Сеттинг и алгоритм рефлексивной практики

Список рефлексивных вопросов о процессе концептуализирования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Оба автора этого текста являются практикующими психотерапевтами. Получив подготовку в пределах одного психотерапевтического подхода (для нас обоих это была когнитивная терапия), мы, как и многие наши коллеги, столкнулись с тем, что существующие методы помощи несовершенны, а отрасль постоянно предлагает новые терапевтические подходы и протоколы. Каждый год разрабатываются отдельные узкоспециализированные виды психотерапии, а уже существующие – расширяют свои показания к применению для новых клинических выборок и сеттингов.

Стремясь стать более эффективными для своих пациентов, мы обучались, участвовали в интервизиях, читали книги и получали супервизии в рамках различных методов: когнитивной терапии Бека, рационально-эмотивной поведенческой терапии, схема-терапии, терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой терапии.

Зачастую (хотя и не всегда) новое обучение и новая информация были воодушевляющими, ощущались как полезные и меняли нашу практику, как нам казалось, в лучшую сторону. Прочитав очередную книгу или посетив очередной воркшоп, мы нередко испытывали ощущение надежды и энтузиазма и рассчитывали, что теперь, с этим новым взглядом, нам наконец удастся помочь нашим самым сложным клиентам решить их проблемы.

Однако со временем мы обнаружили, что несмотря на освоение новых и новых методов и техник, число клиентов, с которыми у нас возникали затруднения, не становилось меньше. Более того, с какого-то момента новые модели как будто начали терять свою полезность – и даже наоборот, начинали конфликтовать с ранее пройденными. Порой концептуально конфликтовать, а порой просто конкурировать за наше ограниченное время: в сессии всего 1 час. Что из материала сотен и тысяч часов курсов и воркшопов стоит включить в сессию?

Обсуждая эту проблему с коллегами, мы обнаружили, что не одиноки. Многие терапевты, сталкиваясь с трудностями при ведении клиентов, также пытаются улучшить свою практику через расширение технического арсенала, посещение семинаров, курсов, чтение книг и статей. Получение новой информации зачастую

переживается как вдохновляющее, усиливающее ощущение компетентности, но в долгосрочной перспективе нередко увеличивает растерянность, потому что ставит перед необходимостью выбирать из ещё большего списка подходов, концептуализаций, интервенций (рис. 1).



Рис. 1

Проблема оказалась настолько универсальной, что мы решили оформить собственные размышления и обсуждения на эту тему в форме текста. Мы ни в коем случае не претендуем на экспертную позицию - по мере этой работы наша собственная точка зрения развивалась и изменялась, и мы убеждены, что будет меняться и дальше. Этот текст – скорее приглашение к разговору на тему, которая регулярно всплывает в личных обсуждениях и в дискуссиях в соцсетях, но довольно мало освещалась в профессиональной литературе на русском языке.

I. ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Ключевая проблема, которую мы сформулировали для себя, изначально звучала так:

Имея на вооружении множество терапевтических методов и подходов, как выбрать наилучший метод терапии?

В литературе эту проблему принято обозначать как “вопрос Гордона Пола” (Paul G., 1969): “What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances?”

(Какое лечение, проводимое кем и при каких условиях будет наиболее эффективно для этого конкретного человека с его специфическими проблемами?)

Есть ли вообще правильный ответ на этот вопрос? Можно ли сформулировать правила и эвристики, которые давали бы терапевту опору при принятии решения о выборе терапевтической модели в конкретной ситуации?

“Простой” ответ (который мы обычно получаем, осваивая КПТ) – ориентироваться на разработанный для этого расстройства конкретный, доказавший свою эффективность в исследованиях протокол.

Однако существует довольно большое число ситуаций, в которых возможности применения методов с подтверждённой эффективностью (МПЭ) ограничены (Persons J., 2008): наличие у одного клиента нескольких коморбидных расстройств, необходимость использовать несколько различных методов лечения одновременно. Кроме того, бывают ситуации, когда подходящего вида терапии с подтверждённой эффективностью не существует или применение рекомендуемого протокола не приводит к улучшению. Бывает также, что специалистам приходится выбирать из нескольких МПЭ или принимать решения, не описанные в руководстве или протоколе.

Неудивительно, что даже профессионалы, мотивированные использовать МПЭ, в реальной клинической практике, как правило, проводят не в точности такую терапию, как та, эффективность которой оценивалась в клинических исследованиях. В частности, научные данные показывают, что уже в течение первого года после обучения когнитивно-поведенческой терапии приверженность специалистов терапевтической модели значительно снижается (и продолжает снижаться в дальнейшем) (Brown et al., 2012). Проходя обучение различным методам, специалисты пытаются использовать освоенные техники, смешивая их в своей практике, дополняя и видоизменяя стандартные протоколы.

Смешивать или держаться “чистого метода”?

Мы не знаем, насколько адекватно мы действуем, соединяя и смешивая различные виды терапии и терапевтические модели.

Супервизор одного из нас Andre Ivanoff часто повторяет: “смешав два метода

терапии с подтверждённой эффективностью, мы получаем ноль методов с подтверждённой эффективностью”. Действительно, проводимые на сегодняшний день исследования эффективности психотерапии, как правило, не позволяют оценивать эффективность отдельных компонентов психотерапии. «Золотой стандарт» исследований эффективности – рандомизированные клинические исследования (РКИ) – изучают эффективность стандартизованных терапевтических моделей и протоколов, и мы, как правило, очень мало можем сказать, насколько работают (или не работают) те или иные производные от этих моделей.

Что не менее существенно, различные терапевтические модели опираются на различные научные теории и философию, терминологический аппарат, используют различные критерии оценки терапевтического прогресса, а элементы различных терапевтических моделей могут, явно или неявно, конфликтовать друг с другом.

Перебирать методы или держаться одного?

Даже если специалист твёрдо остаётся в рамках одного стандартного метода, он всё равно вынужден отвечать на вопрос: если терапия не срабатывает, когда следует остановиться и сменить подход?

К сожалению, имеющиеся научные данные не дают нам ответа и на этот вопрос. Доступные РКИ изучают эффективность стандартизованных терапевтических моделей, сравнивая терапевтические методы между собой – но практически отсутствует литература, посвящённая исследованиям эффективности перебора различных психотерапевтических методов.

На практическом уровне это проблема, с которой регулярно сталкивается большинство специалистов, работающих в когнитивно-поведенческой парадигме. Когнитивная терапия депрессии не принесла результата по прошествии 15 сессий, рекомендованных протоколом. Что делать? Проводить 16-ю сессию в надежде, что вот-вот удастся нащупать точку приложения, необходимую для клинических изменений? Или перенаправлять клиента/менять терапевтический подход? А если это уже 30-я сессия? А если всего лишь 4-я, но клиент уже говорит, что ему эта терапевтическая модель кажется глупой, и он не понимает, как ему такая терапия может помочь?

Таким образом, каждый специалист время от времени имеет дело с ситуациями, в которых отсутствует однозначная, основанная на данных, дорожная карта принятия решений.

Роль концептуализации в выборе терапевтического метода

Но что мы собственно выбираем, когда говорим про поиск оптимального терапевтического метода в конкретных обстоятельствах?

Выбор метода – это, с одной стороны, выбор терапевтических техник, которые мы будем применять. Но в то же время это и выбор наших представлений о том, как устроены проблемы клиента, какие факторы поддерживают существование этих проблем – то есть, выбор концептуализации. При этом выбор концептуализации первичен по отношению к выбору техник и по сути определяет, какие техники, когда и в какой форме будут использоваться (Frank, Davidson, 2014). Раскроем этот тезис подробнее.

Во-первых, если специалисту доступно много потенциально эффективных техник, само по себе это не даёт ориентира, какую из них выбрать – ведь они все потенциально эффективны. Это возвращает нас к нашей изначальной проблеме: большее число инструментов вызывает растерянность, потому что увеличивает возможности для выбора, но не объясняет, как именно выбрать. По сути выбор терапевтической тактики сводится к угадыванию: успех или неудача терапии становятся случайными.

Более того, даже потенциально полезная техника, применённая в неподходящем контексте, может ухудшать положение: например, использование техник релаксации при паническом расстройстве может не улучшать ситуацию, а наоборот стать охранительным поведением. Когнитивное реструктурирование при ГТР у одних клиентов приводит к облегчению, а в других ситуациях может стимулировать беспокойство.

Таким образом, терапевтические техники сами по себе не дают понимания, в какой момент и в каких обстоятельствах их следует использовать, и не решают проблему “растерянного терапевта”. На что же тогда может опираться специалист в ситуации, не имеющей однозначных указаний к правильным действиям?

Разные методы терапии опираются на разные предположения относительно природы и способов поддержания проблем у клиента – то есть, на разные концептуализации. Именно концептуализация определяет то, в какую сторону мы пытаемся направлять изменения, и то, как мы оцениваем прогресс. Разные концептуализации могут формировать совершенно различные планы лечения из одного и того же набора доступных техник.

В свете этого мы переформулировали озвученный нами ранее вопрос о выборе наилучшего метода терапии или терапевтического плана:

Имея на вооружении множество терапевтических методов и подходов, как выбрать наилучший способ смотреть на пациента и его проблемы? Как построить оптимальную концептуализацию?

Концептуализирование как поведение терапевта

Здесь стоит определить, что мы понимаем под термином “концептуализация”. В литературе представлены различные определения этого понятия (Nezu, A.M., 2004; Persons J., 2008; Sturmey, P., 2008, Kuyken, W. et al., 2009; Haynes, S.N. et al., 2011; Eells T., 2015; Dawson & Moghaddam, 2016).

В этом тексте под концептуализацией случая (также в литературе употребляется синоним – “формулирование случая”) мы понимаем набор гипотез о причинах возникновения и поддержания проблем в жизни пациента.

Традиционно в КПТ концептуализацию представляют в виде наглядной схемы, отражающей взаимосвязь между различными элементами поведения, эмоций, когний и контекста, в котором находится клиент. Эта схема по сути является репрезентацией связей между отдельными элементами, как они представлены в уме терапевта, и представляет собой результат размышлений терапевта о клиническом случае, сортировки и систематизации имеющейся информации – концептуализирования.

Концептуализирование – продолжающийся на протяжении всей работы с клиентом процесс. Соответственно, и на задачу выбора метода имеет смысл смотреть как на процессуальную проблему: оптимально ли мышление терапевта о клиенте, оптимальны ли гипотезы, направляющие его терапевтические интервенции?

Таким образом, наша итоговая версия вопроса Гордона Пола выглядит следующим образом:

Как должен быть организован процесс мышления о клиенте, чтобы в результате терапевт мог сформировать оптимальный набор предположений о механизмах происхождения и поддержания проблем клиента?

О чём конкретно мы говорим, когда обсуждаем концептуализирование?

Концептуализирование подразумевает разнообразную деятельность терапевта: специалист собирает и приоритизирует информацию, фокусирует свое внимание, выдвигает и проверяет гипотезы. Рассмотрим более детально, как это происходит.

С нашей точки зрения, говоря о концептуализировании, стоит начинать не с момента, когда психотерапевт сидит за столом и, размышляя о клиенте, заполняет соответствующий стандартный бланк. Концептуализирование – это поведение терапевта, которое запускается автоматически с первых секунд взаимодействия с клиентом.¹

Уже с момента первого контакта – например, когда мы только впервые видим клиента в коридоре – наш ум мгновенно оценивает множество параметров: пол, возраст, национальность, одежда, причёска и макияж, поза, выражение лица и множество других – на основании которых уже начинает создавать определённые предположения. Иногда эти предположения очевидны для самого терапевта (например, увидев девушку 20 лет с татуировками, пирсингом и многочисленными шрамами на предплечьях, терапевт может сразу подумать о пограничном расстройстве личности), иногда они оказываются неявными и не полностью осознаются (например, клиент 60 лет ещё до первых сказанных слов может восприниматься терапевтом как вероятно склонный к ригидному мышлению, алекситимичный и, возможно, скептически относящийся к психотерапии).

Как же устроено это мышление? В КПТ концептуализирование можно представить как циклический процесс, включающий следующие фазы (гипотетико-дедуктивный метод):

1. Получение данных
2. Порождение гипотезы
3. Проверка гипотезы -> получение новых данных

В идеальном случае этот процесс ведёт к постепенному уточнению и совершенствованию гипотез, а также отказу от объяснений, не подтверждаемых опытом. В этом случае поступление новых сведений приводит к росту эффективности клинических решений. Но, к сожалению, так происходит не всегда.

¹ Мы отдаём себе отчет, что такая попытка описать поведение терапевта сама по себе подразумевает выбор какой-либо концептуальной сетки (т.е. сама является концептуализацией): мы строим гипотезы о том, как функционирует поведение определённой группы людей (в данном случае психотерапевтов).

Процесс концептуализирования, будучи поведением терапевта, как и любое другое поведение формируется в результате взаимодействия различных факторов: истории научения (подкрепление и наказание), когнитивных правил и убеждений, эмоциональных реакций, влияния контекста. Поэтому оно не является абсолютно эффективным и рациональным и подвержено ошибкам (Nezu, A. M., Nezu, C. M. 1989, Magnavita J. J., 2017, Bowes, S. M. et al., 2020).

Рассмотрим пример.

Пётр, когнитивно-поведенческий терапевт, пройдя воркшоп по ДБТ, испытывает энтузиазм по поводу этого нового для него метода, концепции эмоциональной дисрегуляции и обучения навыкам. Своему новому клиенту с ипохондрической тревогой Пётр рекомендует навыки регуляции эмоций и стрессоустойчивости ДБТ. Поначалу состояние клиента несколько улучшается, клиент реже проходит медицинские обследования, но тревога и сомнения не уходят, а по прошествии некоторого времени клиент отказывается от практики навыков и возвращается к обследованиям и проверке здоровья. Пётр начинает использовать протокол ДБТ для работы с поведением, препятствующем терапии, после чего клиент выпадает из терапии.

Что с нашей точки зрения здесь произошло? Сначала Пётр, владеющий эффективными КПТ-протоколами для работы с тревожными и обсессивными расстройствами, по эмоциональным причинам выбирает неадекватную проблеме модель концептуализации. В результате клиент начинает использовать навыки ДБТ – но делает это, встраивая их в комплекс охранительного поведения, а со временем и вовсе возвращается к более “надёжному” для себя охранительному поведению - медицинским проверкам. Тогда Пётр вместо анализа и пересмотра своей концептуализации остается в рамках выбранной им модели, что побуждает его рассматривать новую клиническую информацию (отказ от практики навыков) как поведение, препятствующее терапии. Это не решает, а усугубляет проблему. Таким образом, мы видим процесс, в котором, несмотря на поступающую новую информацию, качество решений не растёт. Это пример неэффективного концептуализирования.

II. ТЕОРИЯ И РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА КОНЦЕПТУАЛИЗИРОВАНИЯ

Так как же концептуализировать эффективно? Разумеется, авторы этой статьи не были первыми, кто задался этим вопросом.

Обзор литературы: Что другие авторы думают о том, как концептуализировать эффективно

В литературе представлено множество работ, подробно описывающих, как следует выстраивать процесс концептуализации (Persons, 2008; Nezu, A.M., 2004; Sturmey, P., 2008; Kuyken, W. et al., 2009; Haynes, S.N. et al., 2011). Отметим, что само появление методов с подтверждённой эффективностью как таковое отчасти является попыткой ответить на этот вопрос. Каждый метод психотерапии и, соответственно, основанный на нем терапевтический протокол, подразумевает наличие определенной гипотезы о механизмах возникновения и поддержания клинической проблемы – то есть, стандартную концептуализацию. Если рандомизированные клинические исследования показывают, что для конкретной клинической проблемы некий метод эффективен, из этого следует, что эффективна и используемая в этом методе концептуализация. Такой подход к построению концептуализации, использующий стандартную гипотезу и структуру, общую для целой популяции клиентов, принято обозначать как *номотетический*, ориентирующийся на поиск общих закономерностей (Persons J., 2008).

Номотетический подход к концептуализации служит основой различных методов когнитивно-поведенческой терапии, включая как основанные на протоколах и сфокусированные на конкретных клинических диагнозах методы когнитивно-поведенческой терапии “второй волны”, так и трансдиагностические, основанные на принципах терапевтические модели, такие как АСТ, схема-терапия или ДБТ (Hoffman S., Hayes S., 2019). Номотетический подход по определению хорошо срабатывает для большинства клиентов, а также может давать терапевту чувство уверенности, ощущение приобщённости к доказательным методам помощи, понятное руководство к действию в различных терапевтических ситуациях.

При построении номотетической концептуализации, согласно Persons (2008), терапевт последовательно проходит следующие этапы:

1. Идентификация расстройства, отнесение его к одной из существующих диагностических категорий.
2. Подбор протокола терапии, соответствующего диагнозу и имеющего доказательную базу для конкретного расстройства.
3. Адаптация имеющегося протокола-шаблона к конкретному кейсу.

Однако многие авторы высказывают сомнения в том, что такой тип построения концептуализации достаточно гибок для помощи реальным клиентам с множественной коморбидностью, характерологическими особенностями, и для работы с нетипичными случаями. Это согласуется с проблематикой, озвученной

нами выше (см. например Persons, J. B., 2008; Eells T., 2013; Hofmann S., Hayes S., 2019, Nezu, A.M., 2004, Sturmey, P., 2008, Kuyken, W. et al. 2009, Haynes, S.N. et al., 2011).

В частности, A. Biglan и S. Hayes (2016) подчёркивают, что хотя РКИ позволяют выявлять эффективные интервенции, в реальной практике мы сталкиваемся с ошеломительным многообразием факторов, проявляющимся на различных уровнях: терапевтических и профилактических интервенций; специалистов, применяющих эти интервенции; организаций, в которых практикуют эти специалисты; способов финансирования; вариантов терапевтического сеттинга; множества переменных, связанных с клиентом. Насколько вероятно, спрашивают авторы, что набор стандартных схем и шагов окажется удовлетворительным и достаточным при столкновении с этим огромным многообразием случаев и контекстов? Или же более продуктивной стратегией может быть подходить индивидуально к каждому случаю, выявляя переменные, на которые можно воздействовать, чтобы влиять на клиническую картину, предсказывать и оценивать прогресс? (Biglan, Ary, & Wagenaar, 2000).

Построение такой индивидуализированной концептуализации, максимально адаптированной к нуждам конкретного пациента, обозначается рядом авторов как *идиографический*, т. е. опирающийся на уникальные черты кейса, подход (Persons, 2008; Linehan, 1993).

Особую актуальность идиографический подход приобретает в нескольких случаях (Persons, J. B., 2008, 2016; Rosmarin, D., 2018):

а) при сочетании у одного пациента нескольких расстройств и проблем, когда нет возможности однозначно ответить на вопрос, какому основному протоколу следовать, в какой последовательности работать с терапевтическими мишенями;

б) если для проблемы не существует разработанного протокола с подтверждённой эффективностью;

в) применение метода с подтверждённой эффективностью не даёт эффекта;

г) при трудностях построения терапевтического альянса, необходимого для реализации протокола;

д) для проблемы одновременно доступно несколько методов с подтверждённой эффективностью.

В 2008 г. J. Persons предложила ряд принципов практической реализации идиографического подхода в рамках так называемой “индивидуализированной концептуализации случая”.

Новизна ее подхода в том, чтобы концептуализировать не путем адаптации стандартной схемы-формулировки, обычно применяемой для подобных случаев, к особенностям конкретного кейса, а посредством опоры на фундаментальные теоретические модели, лежащие в основе самого терапевтического метода (Persons, J. V., 2008). Автор выделяет три группы теорий, на которые опираются психотерапевтические методы семейства КПТ: когнитивные теории (например, модель Бека, РЭПТ, метакогнитивная теория); теории научения – классическое и оперантное научение (Watson J.B., Rayner R., 1920; Skinner, 1965); теории регуляции эмоций (Lang, 1979; Foa E.B., Kozak M.J., 1986, Gross J., 1998, 2014). Разумеется, различные методы КПТ опираются на эти фундаментальные теории в различном соотношении. Например, в когнитивной терапии Бека когнитивная теория играет центральную роль, в то время как ДБТ опирается преимущественно на радикальный бихевиоризм и теорию эмоций Гросса, а когнитивная теория имеет лишь вспомогательное значение. Несмотря на различия, вместе эти теории создают общее смысловое поле (язык) и теоретический базис, из которого произрастает дерево самостоятельных практических методов КПТ.

Соответственно, процесс идиографической концептуализации по Persons выглядит следующим образом:

1. Выбор симптомов-мишеней
2. Выбор фундаментальной теории, способной описать эти симптомы
3. Составление индивидуализированной концептуализации на основе принципов выбранной теории (идиографическая детализация)

T. Eells в своей статье 2013 г. развивает идеи J.Persons, предлагая набор из 7 критериев эффективной индивидуализированной концептуализации случая. Другие авторы также выдвигают свои варианты реализации идиографического подхода. Kuyken et al. (2009) рассматривают создание индивидуализированной концептуализации с опорой на сильные стороны клиента. M. Villatte и другие исследователи контекстуально-поведенческого направления (Biglan A., Hayes S., 2016; Dermot-Holmes D., 2022; Toerneke N., 2010) предлагают проект идиографического подхода, основанный на принципах поведенческой теории мышления (“теории реляционных фреймов”). В частности, в своей книге “Язык как интервенция” M. Villatte и соавторы описывают, как использование принципов теории реляционных фреймов может обосновывать клинические интервенции в различных подходах,

позволяя создавать индивидуализированную концептуализацию, основанную на единообразном концептуальном фундаменте (M. Villatte, J. Villatte & S. Hayes, 2015).

Индивидуализированная концептуализация случая используется для создания терапевтического плана, служит инструментом анализа прогресса терапии, платформой для работы над терапевтическими отношениями, а также способом решения разнообразных трудностей, возникающих в ходе совместной работы пациента и терапевта.

Важно отметить, что номотетическая и идиографическая концептуализации не противопоставляются друг другу. Первая подлежит адаптации к конкретному пациенту, в этом ее индивидуализация, а вторая учитывает и использует данные научных исследований и опирается на существующие протоколы терапии, разработанные на основе соответствующего теоретического базиса. Скорее оба подхода можно рассматривать как части континуума.

Как выглядит концептуализирование в реальности: результаты опроса

Мы попробовали оценить, насколько практика концептуализирования реальных квалифицированных терапевтов соответствует теоретическим идеалам, и исследовать, согласно каким принципам происходит эволюция или изменение концептуализации и терапевтических подходов у реальных терапевтов в работе с кейсом.

С этой целью мы опросили 13 опытных специалистов (стаж в профессии от 3 до 9 лет). Все опрошенные работали в клиническом сеттинге: частная практика, психологические центры, психотерапевтические клиники. Все обучены более чем одному методу из семейства КПТ, включая когнитивную терапию Бека, РЭПТ, схема-терапию, ДБТ, АСТ, ФАП. Все опрошенные определяли свою профессиональную идентичность в рамках одного или нескольких из перечисленных методов (например, “схема-терапевт”, “ДБТ-терапевт”), но в практической работе могли использовать более широкий арсенал подходов.

В рамках полуструктурированного интервью мы задали специалистам следующие вопросы:

- Каким терапевтическим моделям вы обучались и используете в своей практике?

- При первичном столкновении с клиентом как вы решаете, какой метод помощи / терапевтическую модель вы предложите ему (в том числе, если вы решаете перенаправить клиента терапевту, работающему в методе, которым вы не владеете)?
- Считаете ли вы важным придерживаться конкретного терапевтического метода при работе с клиентом?
- Отличается ли это для разных контекстов, для клинических и неклинических случаев?
- Как часто вы принимаете решение о привнесении элементов концептуализации из другой терапевтической модели в ваше описание случая или о смене модели концептуализации?
- Когда вы привносите элементы концептуализации или интервенции из других методов, чем основной, в котором вы ведёте клиента (например, работая в КПТ-модели, используете техники работы с “голосом критика”; или принимаете решение делать когнитивное реструктурирование, работая в АСТ) – в таких случаях считаете ли вы, что вы выходите за пределы метода (т.е. делаете микс)? Рассматриваете ли вы это как смену концептуализации? И если да, то почему вы принимаете такое решение?
- Вспомните о конкретном случае, когда вы привносили элементы другой модели в вашу концептуализацию или полностью меняли вид терапии? Расскажите подробнее о нём. Что побудило вас к изменению концептуализации или смене метода?
- Как вы принимаете решение о том, чтобы учиться чему-то ещё, какому-то ещё методу?

Мы обнаружили, что почти все (12 из 13) опрошенные нами специалисты предпочитают с каждым конкретным клиентом работать в одном конкретном методе и не считают эклектику желательной. Мы не думаем, что это репрезентативный результат, а связываем с характеристиками выборки: опрошенные специалисты являются приверженцами доказательной психотерапии, большинство работает в учреждениях и состоит в профессиональных объединениях, для которых опора на научные эмпирические данные является приоритетом (например, клиника МНС, Пермский центр когнитивной терапии, Ассоциация когнитивно-бихевиоральных терапевтов, Association for Contextual Behavioral Science).

Тем показательнее, что в качестве фактических оснований для выбора метода терапии и расширения/смены концептуализации наши респонденты указывали следующие причины:

1. Терапевт знаком с терапевтической моделью, которую хочет применить, и практикует её.

2. Терапевт сейчас пробует новую терапевтическую модель и испытывает энтузиазм от её применения, а также новые ощущения (эффект новизны). Клиент, с которым возникает фрустрация - дискриминативный стимул для получения позитивных ощущений.
3. Стандартные техники в используемой ранее модели не привели к ожидаемому результату.
4. Нет терапевтического прогресса.
5. Наблюдаемое явление хорошо узнаваемо в рамках языка новой модели и хуже узнаваемо в рамках языка уже используемой модели.
6. При внедрении элементов новой терапевтической модели есть мысль, что реально смены концептуализации не происходит, “это всё равно одно и то же”.
7. При неудаче работы с определённой проблемой появляется надежда, что если переключиться на другие проблемы клиента (ранее игнорировавшиеся), то с этими новыми мишенями возможно удастся справиться.
8. При выявлении новых симптомов/признаков – обращение к модели с показаниями для этих симптомов (например выявление интенсивного стыда - обращение к модели CFT).
9. Накопление новой информации о клиенте приводит к тому, что прежняя модель концептуализации больше не может объяснить все факты о клиенте, и это вызывает напряжение; смена объясняющей модели вызывает облегчение и энтузиазм, “ага”-ощущение, связанное с тем, что теперь имеющиеся факты связываются друг с другом непротиворечивым образом.
10. Клиент верит, что существует новая информация, которую он ещё не слышал, и которая поможет лучше. Клиент испытывает энтузиазм от применения новой информации и подкрепляет терапевта в расширении концептуализации и предложении новых идей. Клиент реагирует негативно, не получая от терапевта новых идей и новой информации.

Как видно из этого списка, выбор модели концептуализации зачастую определяется не рациональной логикой диагностического процесса, а скорее убеждениями, личными предпочтениями и эмоциональными реакциями терапевта. Это согласуется с наблюдениями других авторов. В частности, ещё в 1997 Caspar в своей статье “Что происходит в уме психотерапевта” показал, что клиницисты, помимо рационально-аналитического мышления, совершают большое число интуитивных мыслительных операций. Nezu A.M. & Nezu C.M. (1989) описали применительно к когнитивно-поведенческой терапии некоторые типы ошибок и вспомогательных эвристик, которые могут влиять на принятие клинических решений, включая: эвристику доступности, эвристику репрезентативности, эвристику привязки (“якорения”), предвзятые стратегии поиска, самоуверенность и ретроспективное искажение. T. Eells (2013, 2015) описывает когнитивные искажения,

возникающие у терапевтов при оценке эффективности клинических случаев. I. James (2001) подчёркивает, что выбор способа концептуализации зачастую определяется не эффективностью модели, а тем, что концепция субъективно “интересна” терапевту, даёт ощущение “терапевтической силы”, а также хорошо согласуется с терапевтической идентичностью специалиста. Результаты нашего опроса подтверждают, что *мышление терапевта (концептуализирование) не является в полной мере рациональным, а подвержено тем же влияниям, что и прочее человеческое поведение и мышление: когнитивным искажениям, подкреплению и наказанию, влиянию эмоций*.

Как указывали A.Tversky и D. Kahneman (1974), опора на вспомогательные эвристики, порой в ущерб рациональному принятию решений, растёт в ситуации неопределённости. Для психотерапевта таковыми являются прежде всего нестандартные клинические ситуации: терапевты, привычно опирающиеся на клинические рекомендации и данные исследований – придерживающиеся подхода монотерапии (т.е., не смешивающие терапевтические методы), столкнувшись с клиентом с нетипичной клинической проблемой или с неэффективностью стандартного терапевтического протокола, начинают принимать ситуативные решения на основе своих личных предпочтений, когнитивных искажений, или под воздействием эмоциональных реакций (Magnavita J. J., 2017). Парадоксальным образом, именно в те моменты, когда мы больше всего нуждаемся в том, чтобы наше терапевтическое мышление было наиболее ясным, оно становится менее рациональным и более подвержено искажениям и влиянию эмоций.

Как выглядит концептуализирование в реальности:

клинический пример

Вот как это может выглядеть на примере клинического случая² с ведением клиента последовательно двумя терапевтами.

Клиент М. обратился к Терапевту 1 с подтверждённым диагнозом “обсессивно-компульсивное расстройство”. На момент обращения симптомы включали в себя контрастные навязчивые идеи морфинга (что, общаясь с “пустыми”, “неискренними” и “злыми” людьми, он может сам “переродиться”, стать таким же “плохим, злым, агрессивным”), а также навязчивые сомнения, вступать ли в брак со своей девушкой.

² Пример собирательный, любые совпадения случайны

Первоначально, помимо направления к Психиатру для лекарственного сопровождения, Терапевт 1 концептуализировал случай в рамках КПТ-модели ОКР. Вместе с клиентом был составлен порочный круг, включавший:

- 1) интрузивные мысли и образы («А вдруг я недостаточно сильно люблю свою девушку?», «А вдруг я женюсь и потом стану “плохим”, и вся моя и её жизнь будут безнадежно испорчены?»);
- 2) вторичную оценку этих мыслей («Если я так думаю, значит это может произойти»);
- 3) охранительное и избегающее поведение (самопроверки на предмет наличия у себя агрессии, избегание общения с “плохими” людьми, поиск разубеждения, руминирование).

Терапевт составил предварительную диаграмму концептуализации случая (по А.Беку), включавшую, помимо перечисленных выше автоматических мыслей, глубинные убеждения («Я плохой», «Я не нужен») и промежуточные убеждения («Я должен делать всё на 100% хорошо», «Я должен быть абсолютно уверен в правильности предпринятого действия»).

Терапевт 1 начал психотерапевтическую работу в русле подхода Пола Салковскиса и метода экспозиции и предотвращения реакций. Он проводил работу с вторичной оценкой и ошибками мышления (слияние мысли и действия, непереносимость неопределённости, гиперответственность), использовались когнитивные техники и поведенческие эксперименты/экспозиция. К десятой встрече, несмотря на некоторое ослабление симптоматики, выявились сложности в дальнейшем проведении терапии. Основным препятствием стали постоянные самообвинения и самокритика клиента, носившие эго-синтонный характер, что мешало когнитивному реструктурированию, а также проведению поведенческих экспериментов. Кроме того, серьезным ограничивающим фактором стал перфекционизм, касавшийся в том числе и эмоциональной сферы («Я всегда должен испытывать только положительные эмоции к своим близким и должен быть добр к людям», «Я должен каждую секунду ощущать, что я люблю свою девушку»).

Для преодоления этих трудностей, в первую очередь - для концептуализации “голоса” самокритики, Терапевтом 1 было принято решение использовать схема-терапевтическую модель. С клиентом была составлена дополнительная концептуализация с использованием понятия

“режимы”, включавшая в себя режимы Внутреннего критика, Уязвимого/Ущербного ребенка, Сверхконтроля и т.д. С клиентом обсуждалась связь КПТ и схема-терапевтической концептуализации.

На новом этапе терапии использовались:

- 1) работа со стульями, с диалогом и конфронтацией с Внутренним критиком и поддержкой и состраданием к Уязвимому ребенку;
- 2) рескриптинг ситуаций раннего детства, которые были источниками происхождения самокритики и высоких требований к себе.

Несмотря на эго-синтонность самокритики и сомнения в правомочности работы с ней (“перестану себя критиковать – не замечу признаков своего перерождения в плохого, злого человека”), ещё приблизительно через 10 встреч голос Внутреннего критика стал ослабевать и постепенно появилось более рациональное отношение к самообвинению. Вместе с тем, забота о себе давалась клиенту с большим трудом. Активную заботу и сострадание к себе он считал потаканием себе, опасным действием (“если я этому научусь – потеряю возможность объективно себя оценивать и не замечу, как начну становиться плохим человеком”).

В этот же период терапии клиенту пришлось столкнуться с тяжелым событием – смертью матери. Его горе стало сопровождаться навязчивым анализом своих переживаний и интрузий (по типу “Я переживаю недостаточно, я плохой человек”), его состояние ухудшилось, и появились суицидальные мысли, которые воспринимались как способ покончить со своими сомнениями: гарантированно избежать трансформации в “плохого человека”. Терапевт 1 организовал внеочередную консультацию Психиатра. Кроме того, зная, что ДБТ – метод с подтвержденной эффективностью для предотвращения суицида, Терапевт 1 проконсультировался с Терапевтом 2, работающим в ДБТ.

Психиатр диагностировал депрессию, вторичную по отношению к основному расстройству – тяжёлому ОКР. Он не расценил суицидальный риск как острый (отсутствие плана суицида, суицидального намерения или подготовки, критичность пациента к суицидальным мыслям, протективные факторы – ответственность перед девушкой, достаточная социальная поддержка) и не увидел показаний к немедленной госпитализации. Скорректировав медикаментозную терапию, Психиатр в соответствии с

действующими клиническими рекомендациями поддержал продолжение амбулаторного психотерапевтического лечения. Терапевт 2, рассуждающий в рамках модели ДБТ, расценил суицидальные мысли на фоне тревоги как признак дефицита навыков эмоциональной саморегуляции и пришёл к выводу, что клиенту может быть показано участие в ДБТ-программе.

Специалисты приняли совместное решение о перенаправлении клиента в ДБТ-программу к Терапевту 2.

Клиент активно работал в рамках ДБТ-программы, посещал индивидуальные сессии и тренинг навыков, практиковал навыки с умеренным успехом. У него сложился хороший альянс с Терапевтом 2. Клиенту нравилось изучать навыки, он испытывал энтузиазм по поводу применения навыков для саморегуляции и очень позитивно реагировал на новую информацию и новые инструменты для изменений. Клиент говорил, что, проходя программу ДБТ, получает конкретные инструкции для жизни, учится лучше себя контролировать, сдерживать импульсы и недоброжелательность к другим.

Терапевт 2, в свою очередь, тоже испытывал воодушевление от совместной работы с клиентом, его приверженности терапии, обязательности и исполнительности в выполнении домашних заданий, от его удовлетворённых комментариев. Следуя логике поведенческой терапии, активно подкреплял клиента похвалой за применение навыков, выполнение домашних заданий, заполнение дневниковой карточки. Однако, после завершения 12-месячной программы тренинга навыков вновь произошло ухудшение состояния и усугубились навязчивые размышления и суицидальные мысли – что стало неприятным сюрпризом и для клиента, и для Терапевта 2.

Анализ клинического примера

Таким образом, за время ведения клиента этой группой специалистов было использовано три различных модели психотерапевтической концептуализации: когнитивная, схема-терапевтическая и ДБТ - модель дефицита навыков³.

³ Объяснительную модель (биологическую или биопсихосоциальную), на которую опирался Психиатр, мы здесь рассматривать не будем, поскольку данный текст посвящен концептуализации в психотерапии, а не принятию клинических решений в принципе.

Какие конкретно рассуждения терапевтов относительно случая мы видим в этом примере?

Наблюдаемое в терапии явление	Мысли терапевта	Действия терапевта	Комментарий авторов
Трудности когнитивного реструктурирования + выраженный перфекционизм, самообвинения и самокритика	(Терапевт 1) При помощи стандартного реструктурирования я не смогу справиться с этим самообвинением у клиента. Техники работы с критиком лучше подходят для преодоления самокритики. На самом деле это всё КПТ, схема-терапия это тоже КПТ, и здесь нет никакого противоречия.	Подключение схема-терапевтической концептуализации, включая работу с режимами (Критикующий родитель, Уязвимый ребёнок, Здоровый взрослый)	Поиск оптимальной техники и выбор инструмента из арсенала схема-терапии для терапевта привел к расширению концептуализации с применением схема-терапевтических конструктов. При этом сам терапевт не посчитал это расширением концептуализации. Это первый эпизод в данном кейсе, когда при столкновении с трудностями терапевт выбирает подключение нового метода, а не проводит рефлексивный анализ в рамках уже применяемой концептуальной модели
Суицидальные мысли у клиента	(Терапевт 1) А вдруг он действительно убьет себя, и я буду отвечать за это? Я не компетентен работать с суицидальными клиентами. ДБТ - метод с подтвержденной эффективностью для людей с суицидальностью.	Обратиться к Терапевту 2 за консультацией, предложить передать клиента	Разговор у суициде вызвал сильную тревогу у Терапевта 1 и привёл к обоснованному действию - проконсультироваться со специалистом по суицидальному поведению. Однако не произошло оценки нового клинического феномена с точки зрения имеющейся концептуализации, и вместо этого продолжился перебор терапевтических методов как действие, само по себе приносящее облегчение специалисту и клиенту.
	(Терапевт 2) В присутствии такой сильной тревоги у	Принять клиента в программу ДБТ, обучать клиента навыкам	Терапевт 2, оставаясь строго в номотетической модели, использовал модель дефицита навыков ДБТ для клиента с

	клиента суицидальные мысли хорошо объясняются дефицитом навыков эмоциональной регуляции.	регуляции эмоций и стрессоустойчивости.	суицидальными мыслями, игнорируя присутствие других клинических проявлений (перфекционизм, высокий поведенческий самоконтроль клиента), конфликтующих с этой моделью или не описываемых ею
Энтузиазм клиента и его высокая приверженность применению навыков	(Терапевт 2) Клиент доволен, значит ему становится лучше. Я хороший терапевт и выполняю свою работу лучше, чем Терапевт 1. ДБТ - классная программа, помогает лучше, чем схема-терапия. Мне повезло с клиентом, который так хорошо работает в терапии и активно практикует навыки	Подкреплять использование клиентом навыков при помощи похвалы, продолжать делать то же самое	Терапевт 2 и клиент вошли в порочный круг взаимного подкрепления за действия, связанные с практикой клиентом навыков как способ получить сиюминутное облегчение и ощущение прогресса. Получаемое от клиента подкрепление позволило Терапевту 2 не задумываться о возможных других объяснениях возникших у клиента симптомов. Однако тем временем не решались более фундаментальные проблемы: непереносимость неопределённости, перфекционистичное мышление, дефицит принятия собственных эмоций и ошибок. Поэтому после окончания поступления нового обнадёживающего контента (окончилась программа тренинга навыков) состояние клиента снова ухудшилось.

Этот пример иллюстрирует, что решения, которые принимают терапевты, и выводы, к которым они приходят при ведении комплексных, нестандартных клинических случаев, далеко не всегда являются полностью рациональными.

Обратим внимание, что учитывая полиморфизм клинической картины, сочетание коморбидных расстройств и поведенческих проблем, для этого случая не существует единственного стандартного, подтверждённого научными данными протокола. Соответственно, мы не считаем уместным утверждать, что терапевтами были “допущены ошибки” – об “ошибках” было бы возможно говорить, если бы существовал рекомендуемый общепринятый способ действовать. В этой же ситуации терапевты стояли перед необходимостью принимать решения в условиях

неопределённости, и эти решения могли быть более или менее оптимальными, но не “правильными” или “ошибочными”. Но заметим, что в данном случае на каждом из этапов специалисты игнорировали часть значимой клинической информации, что раз за разом приводило к принятию неэффективных решений – и, в конечном счёте, к неэффективному ведению случая.

Можно ли сделать лучше?

С нашей точки зрения – да. Для этого необходимо придерживаться ряда принципов, которые могли бы помочь сделать процесс мышления и принятия терапевтических решений более системным и приводить к построению непротиворечивой и эффективной индивидуализированной концептуализации случая. Далее изложим эти принципы.

III. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОСТРОЕНИЮ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ

Мы считаем, что для эффективного индивидуализированного формулирования случая необходимо учесть два аспекта: во-первых, следовать общим рациональным принципам построения концептуализации, а во вторых - осознавать собственные когнитивные искажения и эмоциональные мотивы, а также помнить, что у каждого из нас есть неосознаваемые “слепые зоны”.

В соответствии с этим мы разделили наши рекомендации на две части:

1. Алгоритм построения индивидуализированной концептуализации
2. Способы совладания с ограниченной рациональностью терапевта

Пятишаговый алгоритм построения индивидуализированной концептуализации

Шаг 1. Начните со стандартной концептуализации и используйте методы с подтверждённой эффективностью (МПЭ)

Практически все известные нам рекомендации по построению индивидуализированной концептуализации предлагают не использовать идиографический подход без необходимости. В качестве первого шага рекомендуется придерживаться стандартной (нотетической) концептуализации,

следовать имеющимся клиническим рекомендациям и использовать методы с подтверждённой эффективностью (Koerner K., 2018; Persons J., 2008; Kuyken W. et al., 2009). Опора на МПЭ и стандартные протоколы позволяет при принятии клинических решений использовать накопленный опыт профессионального сообщества и полученные в научных исследованиях данные, избежать ошибок, уже совершённых другими. Соответственно, переход к индивидуализированной концептуализации всегда имеет свою цену – это переход к большей неопределённости и большому дефициту знаний о том, что именно будет хорошей клинической практикой в данном конкретном случае.

Проиллюстрируем на клиническом примере. К когнитивно-поведенческому терапевту Алексею обращается клиентка Мария с жалобами на сниженное настроение, отсутствие энергии, апатию, снижение интереса к ранее радовавшим занятиям. Алексей диагностирует клиническую депрессию, для которой существуют МПЭ. Соответственно, для него целесообразным и этичным будет с самого начала предложить Марии МПЭ, которым он владеет – а не пытаться использовать непроверенные средства или индивидуализированные разработки. Алексей предлагает Марии использовать протокол поведенческой активации (Dimidjian S. et al. 2011).

Если же возникают сложности при реализации стандартного протокола – в первую очередь стоит попробовать найти решения, оставаясь в пределах уже избранной концептуализации, используя рефлексивную практику (см. далее), а также опору на фундаментальные исследования и принципы⁴.

⁴ Исследования подтверждают, что в то время как большинству клиентов подходит стандартное лечение, часть клиентов может нуждаться в более гибком, индивидуализированном применении протокола. В частности, Barber et al., 2006 по результатам исследования, проведённого на выборке консультантов по зависимостям, приходят к выводу, что гибкость в применении протокола консультирования помогает укреплять терапевтический альянс и может быть в конечном счёте более эффективной моделью терапевтического поведения, чем жёсткое следование протоколу – особенно для клиентов с низкими показателями качества терапевтического альянса. В другом исследовании, проведённом Ghaderi (2006), пациенты с нервной булимией, получавшие индивидуализированное лечение, демонстрировали большее улучшение, чем пациенты, проходившие стандартизированную программу – однако лишь по части клинических показателей. Обзор исследований, посвящённых преимуществам и ограничениям использования индивидуализированного подхода, представлен в публикации J. Persons & J. Hong (2016).

Шаг 2. Переходите к индивидуализированной концептуализации с опорой на фундаментальные научные теории и принципы

Работая в номотетической модели (например, в когнитивной терапии Бека или в модели поведенческой активации), мы можем и не осознавать, на какую фундаментально-научную парадигму эта концептуализация опирается – основанные на ней интервенции всё равно могут принести пользу. Но когда стандартный подход не срабатывает, и мы переходим к индивидуализации, появляется риск бессистемного, хаотичного процесса перебора.

При столкновении с неким знакомым феноменом в поведении/мышлении клиента, появляется соблазн выбрать этот феномен как терапевтическую мишень и начать использовать технику, которая для нас ассоциирована с этой проблемой. Например: негативный детский опыт – рескриптинг, сильные эмоции – навыки ДБТ, поглощённость какой-либо мыслью – техники расцепления из АСТ.

В некоторых случаях это может (случайно) приводить к терапевтическому эффекту. Но если выбранные таким образом (назовем такой способ принятия решений “феномен-техника”) интервенции не дают желаемого результата, то мы даже не можем понять, что пошло не так. Новая интервенция, взятая из другого подхода, предполагает новую гипотезу о происхождении проблем, что не всегда бывает замечено терапевтом. Эта новая гипотеза не встраивается терапевтом в предшествующую концептуализацию, а скорее “сосуществует” с ней. Формируется по сути фрагментированный набор концептуализаций, в рамках которого различные феномены описываются посредством разных, не сопоставленных между собой понятий и гипотез. Такой эклектический подход, состоящий из разрозненных интервенций, можно сравнить с назначением лекарств на основании симптомов, без учёта клинического диагноза и патогенеза расстройства.

Как можно избежать такой деградации процесса принятия клинических решений при переходе к индивидуальной концептуализации? Основой, “каркасом” для построения логически связной, основанной на научных знаниях (а не на слепом переборе или личных предпочтениях терапевта) концептуализации случая могут служить фундаментальные научные теории, на которые опираются существующие терапевтические модели.

Вернёмся к нашему примеру. Мария – ответственный человек, и она начинает усердно выполнять задания по поведенческой активации, которые они разрабатывают совместно с Алексеем: посещает вечеринки, больше общается с друзьями, организует романтический ужин с мужем, записывается на занятия по академическому рисунку, о которых давно мечтала. Однако её

состояние не улучшается. Более того – Мария чувствует, что меры поведенческой активации не приносят ей удовольствия, а вместо этого являются дополнительным бременем, помимо других многочисленных обязательств в её жизни.

Когда она сообщает об этом терапевту, для Алексея принципиально возможны (если не брать "вариант" с игнорированием обратной связи от Марии) два способа переосмысления случая:

(1) “попробовать что-нибудь ещё” – то есть, начать бессистемно расширять концептуализацию и пробовать новые техники и подходы. Например, дать клиентке опросник схем Янга и начать работать со схемами (переход к схема-терапевтической концептуализации проблемы) или отправить клиентку к психиатру для медикаментозной коррекции (переход к биологической концептуализации проблемы);

(2) провести анализ возникшей проблемы в рамках базовых теоретических моделей, на которые опирается уже используемый метод.

Выбирая первый вариант (бессистемное расширение концептуализации), Алексей не получит ответа на вопрос, почему поведенческая активация не сработала, но перейдёт напрямик к поиску новых решений. Соответственно, применяя новые техники, он с большой вероятностью вновь столкнётся с теми же трудностями, которые сделали первоначальный подход неэффективным. Кроме того, переход к другой модели без объяснения, почему не сработала прежняя, может создавать у Марии дополнительную тревогу и чувство отчаяния (“мне не помогают доказано работающие методы, значит мой случай безнадежный”), а также способствовать её механическому, без исследования, взгляду на жизненные проблемы, который, как можно предположить, может вносить вклад в возникновение депрессии.

Выбирая второй вариант, Алексей может обратиться к поведенческой модели и теориям научения, на которые используемый им протокол поведенческой активации опирается как на фундамент. Соответственно, он перейдёт на более глубокий уровень анализа терапевтической ситуации. На этом уровне он может провести поиск скрытых форм поведения в момент выполнения поведенческой активации (например, мыслей или эмоций или направления внимания). Он может переформулировать возникшее препятствие в терминах поведенческого избытка (например, при проведении поведенческой активации у Марии появляются мысли, критикующие это времяпрепровождение) или поведенческого дефицита (например, клиентка не направляет внимание в “здесь-и-сейчас” во время выполнения задания, вместо этого фокусируясь на самом факте выполнения задания и своих

обязательствах перед терапевтом). Таким образом, у Алексея появляется возможность построить проверяемые гипотезы о причинах неудачи терапевтического протокола, которые смогут направлять его дальнейшие действия – независимо от того, останется ли он в рамках поведенческой активации или решит привнести инструменты из других терапевтических методов.

Но в некоторых случаях даже использование идиографического подхода с опорой на фундаментальные теоретические модели оказывается недостаточным для описания и систематизации всех клинически значимых данных, полученных в ходе терапии. Тогда специалист может рассмотреть возможность привнесения в свою концептуализацию новой объяснительной модели (расширение концептуализации).

Шаг 3. Оцените клиническую полезность и экономичность новой объяснительной модели

Поводом к введению новой модели может быть поступление новой клинически значимой информации (новые симптомы, неэффективность выполненных интервенций, феномены терапевтических отношений).

В этом случае, как мы писали выше, следует задаться вопросом: можно ли концептуально осмыслить эту информацию в рамках уже используемой модели? Если да, то расширение концептуализации, вероятно, преждевременно – следует вернуться на Шаг 2 и генерировать новые решения в рамках первоначально избранного метода. Если же используемая модель не охватывает все значимые феномены, то переход к Шагу 3 выглядит перспективным.

Например, если бы у Марии уже в процессе работы обнаружили наряду с ангедонией и снижением продуктивности такие проблемы, как переедание и злоупотребление алкоголем, Алексей должен был бы оценить, насколько формулирование этого случая в терминах подхода поведенческой активации способно дать основу для разработки терапевтического плана, адекватного именно для ситуации Марии – или же более подходящей была бы например модель эмоциональной дисрегуляции. Таким образом, по мере накопления новой информации о случае терапевт может обнаружить, что рассматриваемым проблемам лучше соответствует другая модель концептуализации, в том числе основанная на иной фундаментальной теории.

Другим основанием для привнесения новой объяснительной модели и расширения концептуализации может быть терапевтический прогресс и смена приоритетных мишеней.

Представим себе, что в результате поведенческой активации Мария стала вести более активную жизнь, симптомы депрессии практически исчезли, настроение улучшилось. Мария рассказывает Алексею о новой проблеме, которая раньше не была актуальной из-за депрессивных симптомов: она мечтает завести ребёнка, но испытывает тревогу по поводу перспективы стать матерью и не может решиться на это. Алексей не видит способов работать с этим запросом в рамках протокола поведенческой активации, и даже опора на фундаментальные поведенческие принципы не позволяет ему эффективно концептуализировать проблему. Алексей рассматривает возможность завершения поведенческой активации и начала терапии в другом терапевтическом подходе, позволяющем эффективно работать с мышлением клиентки: АСТ или когнитивную терапию.

Внимательный читатель спросит нас: почему вообще мы говорим про индивидуализированную концептуализацию, ведь в данном случае речь идёт о завершении одной стандартной терапии и начале другой? Мы ответим на этот вопрос так. Хотя терапевт обдумывает смену метода, речь идёт о едином продолжающемся психотерапевтическом процессе в рамках одной пары клиент-терапевт. Хотя модель меняется, многие другие аспекты терапии (сеттинг, терапевтические отношения, общее смысловое поле и совместная история) остаются неизменными. Поэтому с нашей точки зрения в данном случае уместнее говорить об индивидуализации случая и расширении концептуализации, чем об окончании одной терапии и начале другой.

Таким образом, основанием для привнесения новой объяснительной модели мы считаем невозможность вписать в текущую модель (1) поступающую новую клинически значимую информацию или (2) новые терапевтические мишени.

Помимо клинической полезности расширения концептуализации следует оценить и потенциальные негативные последствия этого шага. Имеющуюся концептуализацию нельзя просто отбросить: она сохранится в памяти клиента и терапевта и продолжит влиять на происходящее в терапии. То есть, речь именно об усложнении концептуализации – а у любого усложнения есть своя цена, которую необходимо осознавать. Какие конкретно опасности могут быть, если мы расширяем концептуализацию?

Во-первых, расширение концептуализации – это зачастую привнесение новых терапевтических целей, например мы можем обнаружить, что для решения

проблемы настроения клиента, нам следует помочь ему наладить межличностные отношения. Такое расширение списка целей иногда бывает оправдано, но в некоторых случаях выдвижение новых целей не является экономичным: не обязательно для решения заявленной проблемы клиента, а в большей степени связано с теоретическими воззрениями терапевта.

Например, если бы Алексей, столкнувшись с трудностями при поведенческой активации, решил подключить техники схема-терапии, он мог бы предложить Марии заполнить опросник схем, после чего сформировать профиль дисфункциональных схем и режимов для этой клиентки, охватывающих не только заявленную проблему (депрессию), но и другие сферы жизни: её межличностные отношения, отношение к карьере и достижениям, самодисциплину и прочее.

Делая это, специалист концептуализирует и ставит цели не потому, что пытается наиболее точно и лаконично описать проблемы клиента, а потому что идентифицирует себя как “схема-терапевта”, “АСТ-терапевта”, “когнитивного терапевта” и так далее. Сам избранный подход, а не феноменологическое понимание и четкое описание диктует мишени. Подобная практика заставляет задуматься над этическим аспектом: создавая новые мишени, не отражающие напрямую запрос на терапию, а являющиеся отражением удобных нам психологических конструкторов, можем ли мы быть уверены, что действуем исключительно в интересах клиента? Учитывая и тот факт, что это может сделать терапию более длительной и дорогой, чем это необходимо.

Во-вторых, расширение/усложнение концептуализации затрудняет оценку прогресса, потому что увеличивается число переменных-индикаторов терапевтической динамики. Например, рассматривая случай Марии в поведенческой модели, клиентка и терапевт будут измерять прогресс количеством активностей клиентки, выраженностью удовольствия, которое Мария замечает, а также значениями по шкале депрессии. Если же Алексей расширит концептуализацию, привнося схема-терапевтические конструкторы, то число маркёров увеличится: степень доверия убеждениям, связанным со схемами, способность отслеживать режимы и использовать техники схема-терапии для совладания с копинговыми режимами, самокритика и способность справляться с ней и так далее. Эти маркёры могут находиться в противоречии друг с другом. Например, доверие

связанным со схемами убеждениям может снижаться, в то время как активность и удовольствие Марии – не увеличиваться⁵.

В-третьих, усложнение концептуализации может запутывать клиента, а используемые теории и предлагаемые интервенции могут противоречить друг другу. У терапевта может быть смутная идея, что различные концептуализации соединяются где-то на некоем общем фундаменте, и видеть смысл в применении разных подходов в работе над одним и тем же случаем. Однако для самого клиента это может быть непонятно и неубедительно, может выглядеть как разрозненный набор приёмов и техник. Например, клиент, терапевт которого пробует совмещать когнитивную терапию (когнитивная модель) и АСТ (поведенческая модель) может задать резонный вопрос: всё-таки, мысль – это поведение, контент которого не так важен, как его функция и последствия, и нужно учиться расцепляться с контентом? Или же мысль – это продукт наших убеждений, и нам нужно модифицировать эти убеждения? Соответственно, объясняя клиенту новую концепцию, терапевту необходимо позаботиться, чтобы клиент смог увязать предложенные модели между собой, поскольку, как свидетельствуют исследования, непротиворечивость и связность предлагаемой ему объяснительной модели является одним из важнейших неспецифических факторов терапии (Grawe, 1997; Norcross, 2011).

Таким образом, оценка клинической полезности и экономичности помогает построить концептуализацию, позволяющую терапевту среди своих многочисленных терапевтических инструментов выбрать интервенции с наибольшей потенциальной полезной отдачей. В англоязычной литературе это описывается поговоркой “more bang for the buck”, что в терапевтическом контексте трактуется как “больше терапии на один вложенный доллар” (Persons, 2008, Bennet-Levy, 2018).

⁵ Средством, потенциально смягчающим этот побочный эффект, может быть сквозная объективизированная оценка прогресса одним и тем же инструментом (шкала, опросник, формализованные критерии). Другими словами, при смене/расширении концептуализации не следует отказываться от использовавшихся изначально инструментов: таким образом мы предохраняем себя от ложного ощущения эффективности, возникающего при отказе от измерительного инструмента. Если нам не нравятся показания термометра, не следует переставать мерить температуру. J. Persons (2008) считает объективизированные инструменты необходимой частью индивидуализированной концептуализации.

Шаг 4. Убедитесь, что новая объяснительная модель подходит клиенту

В конечном счёте концептуализацией пользуются двое: терапевт и клиент. Концептуализация – это не тайное профессиональное знание терапевта, а совместно разработанная карта, которую используют оба участника терапии. Согласно научным данным, понимание клиентом терапевтической модели и внутреннее согласие с моделью является позитивным предиктором эффективности терапии (Grawe K., 1997). W. Kuyken и соавторы (2009) рекомендуют оценивать уместность выбранной концептуализации путем ответа на следующие “проверочные” вопросы: будет ли предлагаемый метод (1) наилучшим образом задействовать ресурсы клиента, (2) усиливать сотрудничество, (3) увеличивать самоэффективность клиента и надежду на успех? Соответственно, уже при первичном контакте с клиентом терапевту следует оценить, не противоречит ли предлагаемая терапевтическая модель убеждениям клиента, его культуре и идентичности. Во время построения индивидуализированной концептуализации мы привносим новые концепции и теории, поэтому необходимо убедиться, что они также понятны и подходят клиенту.

Прежде всего, следует проверить, как предлагаемые концепции соотносятся с понятийным аппаратом клиента. Терапевту следует искать слова и аналогии из языка клиента, которые позволят клиенту воспринять предлагаемую концепцию. Например, при объяснении концепции радикального принятия из ДБТ могут понадобиться разные слова в зависимости от религиозных воззрений клиента. Для клиентов-христиан терапевт может сравнить радикальное принятие с христианским понятием смирения (“стремление подчинить свою волю воле Бога”), в то время как для нерелигиозных клиентов понятие смирения может нести негативные коннотации и использоваться в значении “опустить руки” (что не соответствует логике радикального принятия). Поэтому нерелигиозным клиентам терапевты часто вынуждены разъяснять, что радикальное принятие – это не “смирение” в обывательском смысле слова.

Необходимо также удостовериться, что предлагаемые концепции не противоречат культурально-обусловленным убеждениям клиента. Например, при работе с клиентом из традиционной культуры предложение терапевта исследовать ранний детский опыт и родительские влияния может восприниматься как атака на убеждение клиента о необходимости любить и почитать родителей. Это может стать препятствием для формирования полноценных терапевтических отношений, противопоставляя терапевтический процесс и культурную идентичность клиента.

В некоторых ситуациях согласование объяснительной модели с убеждениями клиента является критически важным. Например, у клиентов с расстройствами соматического спектра (синдром раздраженного кишечника, синдром раздраженного мочевого пузыря и т.д.), как правило, имеется собственная концептуализация своего расстройства, которую можно обозначить как “медицинскую”. Попытку объяснения его состояния в психологических терминах клиент может воспринять крайне негативно, ощущая это как игнорирование его реального физического страдания. Это приводит к тому, что он отказывается от прохождения психотерапии и продолжает поиск подходящего соматического лечения. Соответственно, для построения альянса терапевту необходимо учитывать убеждения клиента и предложить такую модель концептуализации, которая бы не отвергала медицинское объяснение проблемы, а содержала его в себе как составную часть.

Шаг 5. Оцените, как решение о смене концептуализации может повлиять на клиента и терапевтический альянс

Выше, обсуждая Шаг 2, мы уже обозначали опасность того, что переход от одной модели к другой без объяснения, почему не сработала прежняя, может создавать у клиента дополнительную тревогу и даже усилить чувство безнадежности. Принимая решение о расширении концептуализации, имеет смысл задаться следующими вопросами: «Как расширение концептуализации повлияет на способность клиента сотрудничать?», «Как предложение новой концептуализации влияет на убеждения клиента?», «Если мы последовательно на протяжении многих сессий предлагаем большое количество идей, методов, практик – какое поведение клиента мы таким образом подкрепляем или ослабляем?».

Предположим, Алексей, работая с Марией, при столкновении с трудностями и отсутствием прогресса начинает на каждой следующей сессии предлагать новые и новые концепции, техники и методы: когнитивное реструктурирование, решение проблем, майндфулнесс, развитие самосострадания, рескриптинг. Давайте задумаемся, как это может быть воспринято клиенткой? С одной стороны, это может воодушевить, вселить надежду. Но с другой стороны, в результате у Марии может расти и убежденность, что 1) её случай крайне тяжелый, раз к ней неприменимы стандартные модели, 2) она неспособна воспринять и применять то, что помогает другим, т. е. безнадежна, но ещё у неё может сформироваться подкрепленное опытом ожидание, что 3) в сложной ситуации терапевт обязательно “что-то новое достанет из чемодана с инструментами”. Такая создаваемая терапевтом ситуация может локально приносить облегчение

клиентке, но в долгосрочной перспективе – подталкивать её к пассивному отношению к терапии, передавая ответственность за благополучие и исход терапии исключительно терапевту (см. схему “Межличностный поддерживающий цикл усложнения концептуализации”, рис. 2). Такая терапия не обучает клиентку управлять своей жизнью и негативно влияет на её автономию, создавая положение, которое в литературе обозначается как “зависимость от терапии” (Farber B. et al., 1995).



Рис. 2

Таким образом, полезно помнить, что предъявление клиенту еще одной концептуализации является по факту терапевтической интервенцией, которая может влиять на убеждения и поведение клиента, на терапевтические отношения и на различные переменные, связанные с достижением поставленных целей.

IV. СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ С ОГРАНИЧЕННОЙ РАЦИОНАЛЬНОСТЬЮ ТЕРАПЕВТА. РЕФЛЕКСИВНЫЙ ПОДХОД К КОНЦЕПТУАЛИЗОВАНИЮ

Итак, терапевт – живой человек, имеющий ограниченную рациональность (Nezu A.M. & Nezu C.M., 1989, Eells T., 2013). При выходе за пределы стандартных протоколов,

на “неразмеченной территории” рациональность выборов терапевта снижается, а использование аффективных эвристик растёт. По этой причине при построении индивидуализированной концептуализации особенно большое значение приобретает учёт влияния эмоциональных, когнитивных, поведенческих особенностей самого терапевта.

Наши размышления перекликаются с предложенной J. Bennett-Levy моделью развития компетенций когнитивно-поведенческого терапевта. Автор выделяет три уровня знания, получаемого в процессе обучения: декларативный, процедуральный и рефлексивный (Bennett-Levy J., 2006). Под *декларативным* обучением (или «знанием-что») понимается освоение терапевтом КПТ-моделей отдельных расстройств, изучение соответствующих протоколов, понимание принципов структурирования терапии и т.д. *Процедуральное* обучение (дающее «знание-как») ведет к освоению навыков применения этих знаний в практике, например с освоением этого уровня компетентности терапевт умеет эффективно коммуницировать с клиентом, поддерживать коллаборативный эмпиризм, использовать разнообразные технические приемы. *Рефлексивное* же обучение означает освоение терапевтом способности к самонаблюдению и анализу своей практики, развитие осознанного понимания того, как его собственные убеждения, ценности, возможные искажения влияют на принятие клинических решений.

К примеру, рефлексивно мыслящий терапевт может отследить, как тематика его текущих научных изысканий может способствовать его искажениям в процессе концептуализирования конкретного кейса. Или он может задаться вопросом, сказывается ли его очарованность недавно освоенным методом на окончательный выбор стратегии, которую он предложит клиенту. Есть исследования, показывающие, что терапевты, умеющие понимать свои эмоции во время сессий, лучше принимают решения, отличают свои потребности от потребностей своих клиентов, понимают перенос и контрперенос и рассматривают оптимальный ответ в любое время сеанса (Prasko J. et al., 2021). Отсутствие рефлексии терапевта может приводить к «застреванию» терапевта в рамках привычных интервенций и способов концептуализирования с неизбежным снижением эффективности, воспринимаемой самооэффективности и следующим за этим профессиональным выгоранием. Попытка справиться с этой проблемой через освоение новых многообещающих методов (как показано на рис 1 и рис. 2) может дать кратковременный эффект, но в долгосрочной перспективе зачастую также приводит к негативным последствиям – путанице («калейдоскопу» или «гонке концептуализаций»), эклектике, переутомлению и, в конечном счете, также к выгоранию. Отдельная проблема этого порочного круга состоит в том, что, находясь в нем (рис. 2), очень сложно осознать,

что возможное решение заключается не в получении *декларативного* знания о новом методе, а в выходе на уровень *рефлексивного* знания в уже освоенном.

Проблему отсутствия навыков рефлексии терапевта усугубляет специфика современного рынка психотерапевтического образования. Индустрия предлагает множество обучающих программ, воркшопов, конференций, растёт объем доступной литературы. Этот массив позволяет получить прежде всего декларативное знание. Качественные обучающие программы, соблюдающие баланс между теорией и практикой, помогают развивать также процедуральное знание. Подготовленные таким образом специалисты могут проводить качественную терапию в большинстве случаев. Но реальная клиническая практика нередко ставит перед профессионалом задачи повышенной сложности: ситуации запутанной коморбидности, трудности в установлении контакта с особыми категориями пациентов в особых обстоятельствах, отсутствие успеха в проведении терапии по протоколу и т. д. Именно в этих случаях, как мы описывали выше, недостаток рефлексии терапевта может становиться критическим препятствием к выполнению успешной терапии.

Как же можно получить рефлексивное знание? Предполагается, что эта задача должна решаться в рамках супервизии или интервизии - однако, как указывают (Prasko J. et al., 2021), супервизоры также, в силу уже своей собственной ограниченной рациональности, могут быть склонны фокусироваться на технических аспектах с декларативным и процедуральным знанием, при этом развития рефлексивной способности не происходит. Нередко и интервизии превращаются в обмен мнениями о клиентском кейсе и возможных техниках, не способствуя развитию критического взгляда терапевта на свои собственные когнитивные и эмоциональные ограничения.

Инструментом для преодоления этого затруднения является набор методов, обозначаемый в литературе как “рефлексивная практика” или “саморефлексия терапевта” (Kimmerling R. et al., 2000; Bennet-Levy J., 2006). Рефлексивная практика терапевта определяется как “циклический процесс, в рамках которого терапевт критически оценивает свой эмоциональный опыт и когнитивные и поведенческие реакции, использует терапевтические техники, чтобы достичь инсайта, и изменить своё изначальное отношение и убеждения в отношении терапевтической (или супервизионной) ситуации” (Kimmerling R. et al., 2000). Рефлексивная практика может проводиться терапевтом в различных форматах: самостоятельно, в паре с коллегой, в рамках супервизий и интервизий, в специализированном рефлексивном тренинге (Kuyken, W. et al., 2009; Bennett-Levy J., 2006, 2015).

Что мы рефлекслируем?

Что может быть объектами рефлексивной практики при построении индивидуализированной концептуализации? Ими могут стать всё те же мишени, с которыми работает когнитивно-поведенческая терапия: возникающие в процессе концептуализирования когниции, эмоции и поведение самого терапевта. Кроме того, как минимум часть затруднений при формулировании случая может быть связана с философскими воззрениями специалиста (явными или неявными), которые мы посчитали целесообразным отметить отдельно.

Поведение, когниции, эмоции

Нет единственно правильного способа выбрать объект для начала рефлексивной практики – мы можем начать с того, что заметим в первую очередь в качестве проблемы.

Мы можем обратить в первую очередь внимание на собственное неэффективное *поведение*, являющееся частью диадического взаимодействия с клиентом (Kazantzis N. et al., 2017). Например, если в ДБТ клиент систематически не заполняет дневниковую карточку, терапевту при исследовании проблемы стоит фокусироваться не только на клиенте, но и задаться вопросом: “а какое моё поведение может поддерживать незаполнение карточки?”. Так он может обнаружить, что не выполняет действий, предписанных терапевтической моделью для таких ситуаций: не предлагает заполнить карточку прямо сейчас, не проводит анализ пропущенного звена и поиск решений. Соответственно, концептуализация проблемы в этом случае должна включать не только поведение клиента, но и поведение терапевта.

Отслеживание собственных *когниций* (убеждений и правил) также помогает обнаружить те из них, которые приводят к не оптимальным действиям в терапии. Например, терапевт может иметь убеждение, что каждое применение техник когнитивного реструктурирования обязательно должно приводить к отчётливому, “как в учебнике”, изменению мыслей клиента. В результате специалист может демонстрировать неэффективное поведение одного из двух типов: либо снова и снова возвращаться к применению техники, дожидаясь обязательного инсайта у клиента. Либо, наоборот, не получив быстрого и драматического изменения, преждевременно отказываться от реструктурирования.

Порой на концептуализирование и терапевтическое поведение влияют *эмоции* терапевта. Например: клиент назвал терапевта некомпетентным, терапевт испытывает стыд и злость. Корректным действием здесь было бы провести функциональный анализ такого поведения клиента, разобраться в том, как именно

оно возникло и какие факторы его поддерживают. Но под действием собственных эмоций специалист может быть вместо этого склонен использовать диагностические ярлыки – объяснить слова клиента “личностной патологией” или вообще списать на “невоспитанность” или “неуважение”. Использование таких псевдообъяснений не даёт специалисту реальных инструментов влияния на поведение клиента, но создает субъективное ощущение понимания и блокирует дальнейший процесс концептуализирования – гипотеза, принятая по эмоциональным основаниям, не подвергается дальнейшей проверке.

Порой эмоции и убеждения могут накладывать систематический отпечаток на мышление терапевта в целом. Например, специалист активно продвигает определённый психотерапевтический подход, воодушевлен им и получает деньги за его преподавание. Такой терапевт может искренне считать, что именно эта терапия подходит абсолютному большинству его клиентов, не осознавая свою пристрастность и чрезмерно расширяя показания к методу.

Концептуализирование терапевта может находиться под влиянием симпатии или антипатии к определённым клиентам, их суждениям и поступкам. Причём это может быть обусловлено как суждениями (например, стереотипами), так и сформированными в рамках личной истории респондентными реакциями. Например, клиентка может пользоваться такими же духами, как нелюбимая школьная учительница терапевта. Даже если специалист осознанно демонстрирует нейтральную, доброжелательную терапевтическую позицию, под влиянием своей реакции он может пристрастно трактовать поведение клиентки. Сталкиваясь с трудностями при работе с вызывающим антипатию клиентом, терапевт может быть более склонен трактовать их в осуждающем или безнадежном ключе. Например, списывать невыполнение домашнего задания на “возрастную ригидность” или “дефицит мотивации”, не рассматривая в качестве возможных причин недостаточно четкое инструктирование или чрезмерную сложность задания.

Выделив собственные проблематичные мысли, поведение, эмоции в качестве объектов рефлексии, терапевту стоит оценить, ограничиваются ли они только профессиональной сферой. Иногда это действительно так – однако некоторые паттерны можно идентифицировать как повторяющиеся в различных контекстах и сферах жизни: не только с клиентами, но и с коллегами, друзьями, близкими и т.д. Как правило, они укоренены в системах саморегуляции, мышления, идентичности терапевта – поэтому для их изменения может потребоваться значительная работа не только в рамках конкретного профессионального контекста, но и в других ситуациях, где они проявляются.

Терапевт Ольга, анализируя свои действия в терапии с клиенткой Анной, обнаруживает, что фокусируется не на центральной проблеме клиентки – ПТСР, а на сопутствующих, в частности на эпизодах компульсивного переедания. При исследовании собственного процесса концептуализирования Ольга замечает, что избегает приоритизировать ПТСР в концептуализации, хотя это было бы клинически оправдано: значительная часть проблем Анны, в том числе нарушения пищевого поведения, связаны именно с влиянием посттравматического стрессового расстройства. Ольга понимает, что её избегание темы ПТСР связано с нежеланием проводить пролонгированную экспозицию, к которой необходимо было бы приступить, если бы она выбрала ПТСР как приоритетную задачу. Ольга приходит к выводу, что перспектива проводить экспозицию сопровождается для неё эмоцией страха и мыслью, что дискомфорт от экспозиции будет для клиентки невыносим, и та прервёт терапию. Ольга знает про себя, что ей в принципе сложно говорить и делать вещи, которые могут вызвать неудовольствие или дискомфорт у других людей. В частности, она: а) годами не повышает стоимость своего приёма; б) не конфронтирует невежливые комментарии клиентов; в) не говорит бойфренду, что ей хотелось бы, чтобы он помогал ей по дому; г) не настаивает, чтобы её дочь делала уроки до того, как сесть за игры. Во всех этих ситуациях Ольга опасается причинить дискомфорт, испортить отношения и быть отвергнутой. Она приходит к выводу, что в работе с кейсом её концептуализирование оказалось подвержено скрытому эмоциональному мотиву. Она оценивает это как своё системное профессиональное ограничение, связанное с личностным паттерном, и принимает решение работать над своим страхом отвержения.

Философские воззрения

Помимо работы с перечисленными мишенями (поведение, когниции, эмоции, возникающие в ходе терапии), иногда специалист может обнаружить полезность рефлексивного исследования своих убеждений более общего порядка (Hayes S. et al., 2012).

Любая терапия и любой терапевт опираются на аксиоматические суждения по ряду важных для терапии вопросов, например:

Что есть благо? Что есть истина? Что есть свобода?

У каждого человека есть свои представления об этих темах – ясно осознаваемые или присутствующие лишь имплицитно. Важная задача терапевта – рефлексировать над собственными представлениями, потому что они лежат в

основе конкретных терапевтических решений, принимаемыми в конкретных обстоятельствах.

Общефилософские вопросы в терапии приобретают вполне практические формы:

Что есть благо? – Каковы критерии улучшения? Кто определяет критерии улучшения (классификации, клинические рекомендации, терапевтические модели, клиент, сам терапевт, или это результат компромисса и договорённости)? Как они определяются, на каких основаниях? В какой степени терапевт может настаивать на своём наборе критериев или убеждать клиента, если клиент не согласен с этим набором? Могут ли критерии меняться по ходу терапии?

Что есть истина? – Где заканчиваются терапевтические модели и начинается реальность? Может ли терапевт настаивать на своей картине реальности и на своих способах установления истины? Чьё объяснение происходящего ближе к действительности - объяснение специалиста или клиента, или объяснение родственников клиента (например, клиентка считает что то что происходит в её отношениях - это любовь. А терапевт считает, что это абьюз)?

Что есть свобода? – Где границы контроля терапевта и автономии клиента? А если цели клиента с точки зрения терапевта контрпродуктивны? А если клиент не действует эффективно в направлении достижения своих целей – насколько активно терапевт должен (и имеет право) действовать, чтобы добиться желаемого поведения клиента? Если клиент принимает решение не достигать изначально поставленных в терапии целей – это неудача терапии или свободный выбор клиента?

Мы можем работать, не задумываясь над этими вопросами, или отвечать на них на прагматическом уровне *ad hoc*. Во многих случаях это действительно не препятствует успеху нашей профессиональной деятельности. Однако в некоторых ситуациях эти темы и скрытые в них противоречия могут причинять большой дискомфорт специалисту и становиться причиной профессионального кризиса. На эти вопросы нет правильных ответов, они не решены в самой философии – поэтому нередко они становятся мучительными для специалиста, приводя к выгоранию.

Терапевт Наталья испытывает сильный стыд, тревогу и напряжение по поводу того, что несмотря на все её усилия, часть клиентов не использует терапевтические инструменты и не продвигается к улучшению. В представлении Натальи это свидетельство её недоработки, поскольку с её

точки зрения эффективный терапевт – это терапевт, клиенты которого обязательно достигнут прогресса, хотя бы минимального.

Работа Натальи с собственным терапевтом не привела к результату. В ходе терапии они пытались использовать когнитивное расцепление и реструктурирование по отношению к мыслям “если моему клиенту не стало лучше, то я неэффективный терапевт”. Однако они столкнулись с проблемой описания, что же такое “эффективный терапевт”. Наталья не готова была принять альтернативные определения, например, статистическое: “если 70% моих клиентов стало лучше, то я эффективный терапевт”. Её возражение было в том, что невозможно измерить истинный вклад её работы в успешных и неуспешных случаях: успешные клиенты могли поправиться сами, а неуспешные – быть жертвами её плохой работы. И невозможно провести рандомизированное клиническое исследование, чтобы оценить эффективность Натальи.

Супервизор, практикующий рефлексивный подход, обратил внимание Натальи, что попытка контролировать клиента в погоне за эффективностью противоречит идее автономии клиента. И это ставит перед Натальей вопрос: как она понимает пользу для клиента? Польза в том, чтобы клиент изменил своё поведение так, как она хочет – или в том, чтобы клиент научился сам решать, что ему делать в своей жизни?

Осознание своих философских воззрений, ограничений и тенденций к опоре на определённые идеологии может стать частью рефлексивной практики. Поскольку основные философские вопросы не имеют однозначного ответа в самой философии, перевод рефлексии на этот уровень не даёт готовых рецептов решения проблем – однако может открыть дополнительное измерение для анализа и новые ориентиры при принятии решений.

Сеттинг и алгоритм рефлексивной практики

Рефлексивная практика повторяет общую логику терапевтического процесса, но клиентом (автором) в ней является сам терапевт. Хорошая новость в том, что, в отличие от клиента, который только в процессе терапии обучается навыкам работы над собой, КПТ-терапевт уже обладает этими навыками. Поэтому рефлексивная практика может проводиться терапевтом самостоятельно.

Однако, у самостоятельной работы есть свои ограничения: специалист может не замечать собственные “слепые пятна”, препятствующие практике убеждения. К примеру, терапевт может обмануться, расценив своё желание сменить/расширить концептуализацию как рациональное решение в пользу клиента, и ему может быть

сложно самостоятельно осознать, что по сути смена концептуализации выступает инструментом саморегуляции и взаимного моментального облегчения – для клиента и для него самого.

Кроме того, при полностью автономной, самостоятельной практике часто оказывается очень сложно длительно поддерживать мотивацию к систематической работе.

Поэтому при организации рефлексивной практики мы рекомендуем, помимо индивидуальной практики, хотя бы в некоторой степени прибегать к коллегиальным форматам: рефлексивной супервизии или интервизии.

Алгоритм рефлексивной практики, подобно терапевтическому, включает определение и анализ проблемы, постановку целей, концептуализирование проблемы, составление и применение терапевтического плана с регулярной оценкой результата и соответствующей коррекцией интервенций (рис. 3).

1. Заметить и описать объекты рефлексивной практики: влияющие на концептуализацию поведение, мысли, эмоции.
2. Концептуализировать проблему: какие факторы поддерживают проблемное поведение, мысли и эмоции; как они влияют на процесс концептуализирования. (Как правило, концептуализация будет в той или иной степени включать как самого терапевта, так и диаду “клиент-терапевт”, а также факторы среды и контекст).
3. Сформулировать желаемый результат (как должны измениться мысли, эмоции, поведение терапевта).
4. Выработать план действий (какие конкретно терапевтические инструменты будут применяться).
5. Работать над изменением проблемных реакций в пользу эффективных действий.
6. Оценить изменения и при необходимости скорректировать план.



Рис. 3

Рефлексивная практика – это универсальная система профессионального совершенствования, которая может быть применена к большому количеству разнообразных проблем в терапии. На английском языке доступна разнообразная литература, предложены конкретные протоколы, позволяющие организовать рефлексивную практику (в частности, воркбук Bennet-Levy J. et al., 2015; Kazantzis N. et al., 2017). На русском языке литература на эту тему в КПТ-подходах пока, к сожалению, ограничена. Мы можем порекомендовать главу, посвященную работе ДБТ-команды, из книги Келли Кёрнер “Диалектическая поведенческая терапия. Практическое руководство” (2022). Хотя книга К. Кёрнер посвящена ДБТ, мы считаем что рекомендации, данные в этой главе, могут быть полезны для рефлексивной практики любого КПТ-терапевта.

Здесь же мы хотим предложить список вопросов, которые могут помочь терапевту в анализе собственного мышления в отношении клиента и обнаружении слепых пятен в своем концептуализировании. Этот список может служить отправной точкой для собственной практики. Вначале, а также при рассмотрении сложных, эмоционально захватывающих случаев, эффективнее не работать с этими вопросами в одиночку перед листом бумаги, а задаваться ими при помощи коллег (в интервизионном, супервизионном формате или при обсуждении с коллегой

один-на-один). Со временем, по мере того как вопросы станут более привычными и интериоризируются, их будет всё проще применять самостоятельно.

Список рефлексивных вопросов о процессе концептуализирования

- Какие основания для рефлексивной практики сейчас? Что побудило?
- В чём моя проблема с клиентом? Что побуждает меня изобретать и экспериментировать с концептуализацией?
- Не использую ли я в данном случае процесс концептуализирования для решения собственных задач (эмоциональная саморегуляция, снижение тревоги, стремление конкурировать или доказать превосходство применяемого метода, подтверждение своих научных идей и так далее)?
- Каковы источники моего дискомфорта/личных желаний в терапии (каковы мои мысли, убеждения, эмоции, внешний контекст, которые влияют на мои реакции и решения в терапии)? Не избегаю ли я какого-то дискомфорта при работе с клиентом?
- Как я могу использовать инструменты подхода, в котором я практикую, для концептуализации собственного дискомфорта, желаний и реакций? Например:
 - для когнитивных терапевтов: как на выбор способа концептуализации могут влиять мои индивидуальные когнитивные искажения (ошибка подтверждения, наивный реализм, групповое мышление и т.д)? Какие когнитивные ошибки я допускал в прошлом при концептуализировании?
 - для АСТ-терапевтов: какого опыта я могу стремиться избегать?
 - для ДБТ-терапевтов: какую эмоцию я могу пытаться регулировать? Как клиент может подкреплять то, что я концептуализирую таким образом?
- Если какие-то мои реакции действительно служат саморегуляции, избеганию дискомфорта или достижению собственных целей, то к каким последствиям для терапии и клиента это может приводить?
- Доступны ли мне какие-то работающие способы справиться со своими эмоциями или реализовать свои задачи без использования концептуализирования как средства саморегуляции (например: когнитивное реструктурирование, расцепление с мыслями, радикальное принятие, решение проблем, поддержка от коллег средствами интервизии/супервизии, и т.д.)? Как я могу использовать эти способы?
- Если бы я был в состоянии эмоционального равновесия, то нуждался ли я бы всё ещё в расширении или смене концептуализации?
- Какова конкретная цель расширения/смены концептуализации? К чему это должно привести?

- Если расширение концептуализации действительно целесообразно, то как новые элементы концептуализации сочетаются с прежними? Какие могут быть противоречия между этими элементами? На теоретическом уровне? На практическом? Как можно разрешить эти противоречия?
- Как мое решение расширить концептуализацию может отразиться на клиенте?
- Нужно ли о чем-то позаботиться дополнительно, если я начинаю/продолжаю применять эту расширенную концептуализацию?
- Согласился бы с моим пониманием случая мой компетентный коллега, супервизор? Если нет, то почему мне хочется игнорировать это суждение?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В профессиональном сообществе (в том числе в сообществе когнитивно-поведенческих терапевтов) не утихают научные и неформальные дискуссии о превосходстве того или иного метода терапии, сферах применимости того или иного подхода, роли рандомизированных клинических исследований, протоколов и личного опыта в принятии терапевтических решений.

Такие дискуссии сопровождают психотерапию на протяжении всей истории её развития. Ещё в 1969 Гордон Пол сформулировал свой знаменитый вопрос: “какое лечение, проводимое кем и при каких условиях будет наиболее эффективно для этого конкретного человека с его специфическими проблемами?”

В когнитивно-поведенческой парадигме ответ на вопрос “какое лечение будет эффективно” отсылает в первую очередь к вопросу о том, “какая концептуализация случая поможет предоставить эффективное лечение”. Обсуждению этого посвящена обширная научная и практическая литература, активно обсуждаются принципы построения индивидуализированной (“идиографической”) концептуализации случая. При этом на русском языке публикаций, посвящённых индивидуализированной концептуализации и мышлению когнитивно-поведенческого терапевта в процессе принятия клинических решений, практически нет. Мы попробовали восполнить этот пробел.

Наша работа не претендует на всеобъемлющий обзор литературы или итоговое знание. Мы хотели открыть дискуссию, которая бы выходила за пределы спора о превосходстве того или иного метода. Кроме того, мы хотели предложить наш взгляд, как можно подойти к решению практических трудностей, возникающих

при построении индивидуализированной концептуализации. Кратко повторим здесь основные тезисы.

Наше стремление к гибкости и индивидуализации работы с клиентом очень важно, но не отменяет того факта, что иногда наилучший способ помочь клиенту – применить стандартный протокол.

В работе с конкретным пациентом концептуализация всегда базируется на теоретических моделях – либо имплицитно (в соответствии со структурой шаблона концептуализации, даже если сам терапевт не осознаёт теоретический фундамент), либо намеренно выстраивается специалистом с учётом базовых научных теорий. В ряде случаев психотерапия может оказываться эффективной при использовании психотерапевтического метода просто в рамках описанного протокола, без понимания терапевтом научной основы этого метода. Однако при возникновении сложностей в терапии, отсутствии прогресса, понимание теоретической основы используемого метода может быть необходимым для качественной и гибкой адаптации стандартизированной концептуализации к конкретному кейсу.

Иногда даже опора на фундаментальные теории оказывается недостаточной: используемая модель не позволяет вписать в концептуализацию поступающую новую клинически значимую информацию или обнаруженные в ходе лечения новые проблемы. В этих случаях специалист может рассмотреть возможность привнесения в свою концептуализацию новой объяснительной модели (расширение концептуализации). Однако это имеет свою цену и свои риски: (1) может приводить к добавлению новых мишеней, связанных не с запросом клиента, а с самой терапевтической моделью, что будет удлинять/удорожать терапию; (2) увеличивает число переменных-индикаторов, что может затруднять оценку прогресса; (3) может запутывать или вызывать отторжение у клиента; (4) может вызывать у клиента тревогу, усиливая чувство безнадежности и снижая его готовность сотрудничать в терапии. Эти и другие потенциальные негативные эффекты всегда следует учитывать при принятии решения об изменении или усложнении уже используемой модели концептуализации.

Мышление терапевта о клиенте – концептуализирование – не является полностью рациональным. Оно подвержено когнитивным искажениям, принципам научения и влиянию эмоций. Осознание собственной ограниченной рациональности особенно важно при работе со сложными случаями, не укладывающимися в рамки стандартных шаблонов и протоколов – потому что именно в таких ситуациях мы больше всего склонны к иррациональным суждениям и действиям. К счастью, мы можем работать со своими ограничениями в ходе рефлексивной практики: циклического процесса, в ходе которого терапевт критически оценивает свой эмоциональный опыт и когнитивные и поведенческие реакции, использует

терапевтические инструменты, чтобы выявить и при необходимости скорректировать факторы, влияющие на процесс концептуализирования. Рефлексивная практика может выполняться как в форме самостоятельной работы, так и в формате рефлексивной интервизии или супервизии. С нашей точки зрения рефлексивная практика критически необходима при построении индивидуализированной концептуализации в качестве инструмента контроля, помогающего придерживаться рациональных принципов концептуализирования и, в конечном счёте, формировать эффективный терапевтический план.

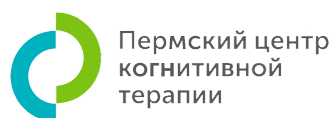
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Barnes-Holmes D., Harte C. (2022). Relational frame theory 20 years on: The Odysseus voyage and beyond. *J Exp Anal Behav* . Mar;117(2):240-266.
2. Bennett-Levy J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57–78.
3. Bennett-Levy J., Thwaites R., Haarhoff B., and Perry H. (2015) *Experiencing CBT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*, Guilford Publications.
4. Bennett-Levy J., Finlay-Jones A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers, *Cognitive Behaviour Therapy*, 47:3, 185-205.
5. Biglan A. & Hayes S. (2016). Functional Contextualism and Behavioral Science. In: *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Ed.: Robert D. Zettle, Steven C. Hayes, Dermot Barnes-Holmes, and Anthony Biglan. 2016 John Wiley & Sons, Ltd.
6. Biglan A., Ary D., Wagenaar A. (2000). The value of interrupted time-series experiments for community intervention research. *Prev Sci*. Mar;1(1):31-49.
7. Bowes, S. M., Ammirati, R. J., Costello, T. H., Basterfield, C., & Lilienfeld, S. O. (2020). Cognitive biases, heuristics, and logical fallacies in clinical practice: A brief field guide for practicing clinicians and supervisors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 435–445.
8. Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7(2), 105-125.
9. Dawson, D., & Moghaddam, N. (2015). Formulation in action: applying psychological theory to clinical practice. *Walter de Gruyter GmbH & Co KG*.
10. Dimidjian S., Barrera M. Jr., Martell C., Munoz R.F., Lewinsohn P. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 7:1-38.

11. Eells, T. D. (2013). In support of evidence-based case formulation in psychotherapy (from the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 9 (4): 457–467.
12. Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation. Theories of psychotherapy series*. Washington, DC: American Psychological Association.
13. Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 204–212.
14. Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
15. Frank R. I., Davidson J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. – New Harbinger Publications.
16. Frank R. I., Davidson J.,(2014). *The Transdiagnostic Road Map to Case Formulation and Treatment Planning_ Practical Guidance for Clinical Decision Making*, New Harbinger Pub.
17. Ghaderi A. (2006) Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa *Behav Res Ther*. Feb;44(2):273-88.
18. Grawe K. (1997). Research-informed psychotherapy // *Psychotherapy Research*, 7(1), pp. 1-19.
19. Gross J.J. (1998) The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology* 1998, Vol. 2, No. 5,271-299
20. Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press.
21. Hayes S.C., Barnes-Holmes D., Wilson K.G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition *Journal of Contextual Behavioral Science* Volume 1, Issues 1–2, 10 December 2012, Pages 1-16
22. Haynes, S. N., O'Brien, W. H., & Kaholokula, J. K. (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. John Wiley & Sons Inc.
23. Hofmann S.G., Hayes S. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy *Clin Psychol Sci* 2019 Jan;7(1):37-50.
24. James I.A. (2001). Schema therapy the next generation, but should it carry a health warning? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 401–407 Cambridge University Press. Printed in the United Kingdom
25. Kazantzis N., Dattilio F., Dobson K.S. (2017). *The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: A Clinician's Guide* 1st Edition. *The Therapeutic Relationships in Cognitive Behaviour Therapy*. The Guilford Press; 1st edition. 288.
26. Kimmerling R., Zeiss A., and Zeiss R. (2000). Therapist emotional responses to patients: Building a 20 learning-based language. *Cogn Behav Pract*;7:312–321.

27. Koerner K. Science in Practice (2018) In: Process-Based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy. Ed.: S. C. Hayes, S. G. Hofmann. Context Press An Imprint of New Harbinger Publications, Inc. 1st Edition
28. Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy. Guilford Press.
29. Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495–512.
30. Magnavita. J.J. (2017). (eds.) Clinical decision making in mental health practice. American Psychological Association; 1st edition.
31. Nezu A.M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy* Volume 35, Issue 1, Pages 1-33
32. Nezu, A. M. and Nezu, C. M. (1989). Clinical predictions. Judgment and decision making: An overview. In A. M. Nezu and C. M. Nezu (eds) *Clinical Decision Making in Behaviour Therapy: A Problem Solving Perspective*. Champaign, IL: Research Press.
33. Norcross J. C. (ed.). (2011). *Psychotherapy Relationships that Work*, 2nds Edn. New York, NY: Oxford University Press.
34. Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29–62). New York, NY: McGraw-Hill
35. Persons J.B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012
36. Persons, J. B., & Hong, J. J. (2016). Case formulation and the outcome of cognitive behavior therapy. In N. TARRIER & J. JOHNSON (Eds.), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy* (2nd ed., pp. 14-37). London: Routledge.
37. Persons, J.B. (2013). Who Needs a Case Formulation and Why: Clinicians Use the Case Formulation to Guide Decision-Making. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 448-456.
38. Prasko J., Abeltina M., Vanek J., Dicevicius D., et al. (2021) How to use self-reflection in cognitive behavioral supervision *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 63(2):68-83
39. Roediger E., Stevens B.A., Brockman R.. (2018). New Harbinger Publications, - *Psychology* - 312.
40. Rosmarin David H. (2018). *Spirituality, Religion, Cognitive-Behavioral Therapy: A Guide for Clinicians*.
41. Skinner B.F. (1965). *Science And Human Behavior*. Free Press; New Impression edition. 461.
42. Sturmey P. (2008). *Behavioral Case Formulation and Intervention: A Functional Analytic Approach*. 352 Pages. Wiley Series in Clinical Psychology.
43. TARRIER N., JOHNSON J. (2016). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy. The Treatment of Challenging and Complex Cases*. Routledge.

44. Törneke, N. (2010). Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application. Context Press/New Harbinger Publications.
45. Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *science*, 185(4157), 1124-1131.
46. Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). Mastering the clinical conversation: Language as intervention. Guilford Press.
47. Watson J.B., Rayner R. (1920). Conditioned Emotional Responses. *Journal of Experimental Psychology* 3:1–14.
48. Кернер К. (2019). Проведение диалектической поведенческой терапии. Практическое руководство. Изд.: Диалектика, 288 с.



**ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
КОМПАНИЯ***
*Читать в зависимости от контекста

 **Mental Health Center**