

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КЕЙС-КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ
В КПТ: ВАРИАНТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**INDIVIDUAL CASE CONCEPTUALIZATION
IN CBT: OPTIONS AND PROSPECTS**

*М. В. Бурдин,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры общей и клинической психологии
ПГНИУ (Россия),
Президент Ассоциации
когнитивно-бихевиоральных терапевтов*

*M. V. Burdin,
PhD in Medicine, Associate
Professor of general and clinical psychology,
PSNRU (Russia)
The President of the Association
of Cognitive-Behavioral Therapists*

Аннотация. В статье освещаются некоторые проблемы, связанные с преобладанием номотетического типа концептуализации в когнитивно-поведенческой терапии. Представлены существующие методологические способы решения этих проблем, дано описание индивидуальной кейс-концептуализации по J. Persons.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия; номотетическая и идиографическая концептуализация; трансдиагностический подход; когнитивная модель; теории научения, теории регуляции эмоций, индивидуальная кейс-концептуализация.

Annotation. The paper highlights some of the problems associated with the prevalence of nomothetic formulation in cognitive-behavioral therapy. The existing methodological approaches for solving these problems are presented, and individual (idiographic) case conceptualization by J. Persons is described.

Keywords: cognitive behavioral therapy; nomotetic and idiographic conceptualization; transdiagnostic approach; cognitive model; theories of learning; theories of emotion regulation; individual case-conceptualization.

Современное состояние когнитивно-поведенческого направления психотерапии можно охарактеризовать с одной стороны, растущим количеством эмпирически подтвержденных (т.е. имеющих доказательства эффективности) протоколов лечения различных расстройств (что принято обозначать как номотетический подход в психотерапии), с другой – необходимостью индивидуализировать терапию, максимально адаптировать ее к нуждам конкретного пациента (идиографический подход).

Распространенность номотетического подхода связана прежде всего с необходимостью унифицировать, насколько это возможно для психотерапии, терапевтические интервенции, обеспечить их воспроизводимость с целью клинических исследований, снабдить терапевта проверенным инструментом для оказания психотерапии, имеющей доказательную базу. Но в то же время такая ситуация вызывает дискуссии, способен ли протокол, разработанный на основе клинических исследований, быть достаточно гибким, чтобы помочь так называемому «реальному пациенту» с часто встречающейся коморбидностью, особенностями личности, с нюансами контекста его индивидуального случая [4; 7; 10; 11].

Таким образом, особую актуальность именно идеографический подход приобретает в нескольких случаях: а) при сочетании у одного пациента множества расстройств и проблем, когда не всегда возможно однозначно ответить на вопрос, какому основному протоколу следовать, в какой последовательности работать с терапевтическими мишенями и т.д.; б) ситуации, когда для расстройства или неклинической проблемы нет разработанных протоколов; в) когда пациент не получает эффекта от работы по протоколу; г) пациент, с которым по разным причинам трудно создать терапевтические отношения для реализации протокола; и так далее [10; 12].

Еще одной приметой современной ситуации является обилие разнообразных школ, относящихся к когнитивно-поведенческому направлению, но базирующихся на различных методологических основаниях. Нередко необходимая конкретному пациенту орга-

низация терапии в различных сеттингах и модальностях (индивидуальная, групповая формы, тренинги навыков, группы самоподдержки) также предъявляет особые требования к индивидуализации кейса и связывании различных форм помощи в одну внутренне согласованную понятийную модель. Знакомство терапевта с несколькими подходами, и соответственно, способами концептуализации кейса, безусловно обогащает его терапевтический арсенал, но, в то же время, имеет то следствие, что специалист при столкновении с трудностями может иметь склонность «дрейфовать» от одной концептуализации к другой вместо того, чтобы решить проблему в рамках существующей формулировки. Результатом может быть превращение терапии в эклектический набор интервенций.

С методологической и практической точек зрения возможны и предлагаются разные способы преодоления этих сложностей:

1. Создание трансдиагностических моделей и терапевтических подходов на основе ограниченного количества ведущих терапевтических факторов – унифицированный протокол Барлоу, АСТ-модель и т.д. [1; 4; 5]. Принципиальное решение о несовершенстве существующих диагностических категорий и планирование терапии не на основе диагноза, а на основе выделения базовых процессов [4].

2. Гибкое использование разных типов концептуализаций и создание индивидуальной концептуализации не путем использования протокола, предложенного конкретной терапевтической школой, а на основе более общих теоретических моделей, лежащих в основе самих этих школ [10].

Остановимся подробнее на этом последнем способе. Значимость индивидуальной формулировки (концептуализации) кейса неоднократно подчеркивалась методологами и практиками КПТ [6; 7; 9]. Индивидуальная кейс-концептуализация, разрабатываемая J. Persons, предлагает методологический и практический аспект реализации идиографического подхода [10]. Основная ее идея состоит в предварительном выделении трех групп объяснительных моделей, которые можно рассматривать как доступные концептуализационные фреймы: когнитивные

модели (например, модель Бека, метакогнитивная теория, РЭПТ); теории научения; теории регуляции эмоций [3]. Все эти модели относятся к семейству «когнитивно-поведенческих» по основным философским допущениям и методологическим основаниям, но могут значительно отличаться в акцентах, которые они расставляют при концептуализации конкретной проблемы. Когнитивные модели во главу угла ставят так называемый структурный подход к объяснению поведения, т. е. рассматривают как основную причину поведения когнитивную обработку ситуаций-триггеров - автоматические мысли, метакогниции и т.д. Теории научения в большей степени сосредоточены на последствиях, эффектах поведения и контексте, в котором оно проявляется, и в этом смысле являются скорее функциональными. Модели эмоций, например биоинформационная теория эмоций П. Ланга или теория эмоционального процессинга Э. Фoa, рассматривают поведенческую проблему преимущественно как проявление нарушения процесса регуляции эмоций [2; 8].

Каждая из объяснительных моделей имеет свой взгляд на происхождение, механизмы развития и поддержания расстройств, появление конкретных проблем и симптомов, а также феномены поведения, проявляющиеся непосредственно в терапии (особенности терапевтических отношений). Для индивидуальной кейс-концептуализации может использоваться одна или другая модель (а также несколько одновременно) в зависимости от различных факторов, прежде всего – клинической полезности. Например, проблему дисфункционального гнева можно понять как результат действия специфических когнитивных искажений (когнитивная модель), метакогниций (метакогнитивная модель), теории оперантного обусловливания (исследования вопроса, как проявления гнева подкрепляются) или теории эмоций (эмоциональная дисрегулируемость). Предлагаемые различные способы концептуализации расстройства или неклинической проблемы не противоречат друг другу, а скорее носят взаимодополняющий характер, но индивидуализация терапии конкретного пациента (в данном случае – пациента с проблемой гнева) требует расставления терапевтических акцентов, в каждом случае своих.

Выбранная методологическая рамка (фрейм) используется для формулирования концептуализации на трех уровнях: концептуализация случая в целом содержит концептуализацию конкретных расстройств и проблем, каждая из которых, в свою очередь, состоит из описания механизмов появления отдельных симптомов и феноменов поведения.

Кейс-концептуализация становится организующим принципом терапии: ложится в основу создания индивидуального терапевтического плана с последующим подбором соответствующих интервенций, 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.

Таким образом, ценность описываемого подхода к концептуализации, на наш взгляд, в том, что повышение качества терапии достигается не через подбор подходящего протокола или «наилучшей психотерапевтической школы», а путем оперирования минимальным и гибко используемым набором базовых методологических принципов с последующим прикладным их использованием, что позволяет реализовать на деле индивидуальный подход к терапии. Способ выбора наиболее предпочтительной модели (моделей) формулировки случая определяется прежде всего клинической утилитарностью и является особой компетенцией специалиста, требующей освоения. Методология освоения и совершенствования этой компетенции, как и вопрос доказательной эффективности индивидуальной кейс-концептуализации, нуждаются в дальнейших исследованиях.

Литература

1. Barlow, D. H., et al. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders New York: Oxford University Press.
2. Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
3. Gross, J. *Handbook of Emotion Regulation* / Gross J. – The Guilford Press. New York, 2014.
4. Hayes S., Hofmann S. (2018) *Process-based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy.*

5. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.
6. Haynes, S. Behavioral Assessment and Case Formulation / Haynes, Stephen N., O'Brien, William, Kaholokula, Joseph. – John Wiley and Sons. New Jersey, 2011
7. Kuyken, W. Collaborative Case Conceptualization / Willem Kuyken, Christine A. Padesky, Robert Dudley – The Guilford Press. New York, 2009. – 366 p.
8. Lang, P.J. (1979). Bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.
9. Nezu, A. M. Cognitive-Behavioral Case Formulation and Treatment Design: Problem-Solving Approach / A. M. Nezu, K. M. Nezu. – Springer. New York, 2004.
10. Persons, J. B. The Case Formulation Approach to Cognitive-behavior Therapy / J. B. Persons. - The Guilford Press. New York, 2018.
11. Persons, J. B. Who needs a case formulation and why: Clinicians use the case formulation to guide decision-making / J. B. Persons. – *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* 9, 2013. 448–456 p.
12. Rosmarin, D. H. Spirituality, Religion, and Cognitive-Behavioral Therapy. A Guide for Clinicians / D. H. Rosmarin. – The Guilford Press, 2018.
13. Sturmey, P. Behavioral Case Formulation and Intervention. A functional Analytic Approach / P. Sturmey. – Chichester: Wiley-Blackwell. 2008. 346 p.