

# Переосмысление клинической науки и практики

**Б**илл, тридцатилетний мужчина, проходит лечение после недавнего разрыва со своей девушкой. Он чувствует себя подавленным. Из-за этого происшествия Билл стал чаще размышлять, и это только ухудшает его настроение. Сара — молодой сопереживающий Терапевт. Она только что завершила стажировку, где изучала протокол когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для лечения депрессии. Она умело проводила каждый сеанс в соответствии со структурированным руководством по лечению депрессии. После первоначальной оценки и проведения психиатрического просвещения она представила трехкомпонентную модель эмоций, описав ее когнитивные, эмоциональные и биофизиологические аспекты. Сара вела контрольные формы для наблюдения за поведением, мыслями и чувствами Билла, а затем сосредоточилась на его дисфункциональных мыслях и дезадаптивном поведении. Согласно терапевтическому руководству особой целью терапии Сары была склонность Билла к руминациям (размышлениям).

После двенадцати сеансов она оценила депрессию Билла с помощью шкалы депрессии Бека (BDI), которая показала умеренное, но заметное проявление депрессии. Результат удовлетворил обоих: клиента и терапевта. Судя по улучшению состояния Билла, его можно было бы даже считать “респондентом”, если бы он участвовал в клиническом испытании. Дойдя до последнего сеанса, Сара решила, что пришло время прекратить лечение. Она отправила Билла домой с рекомендациями практикования навыков, которыми он овладел во время лечения, включая упражнения по поведенческой активизации и навыки борьбы с размышлениями и другими когнитивными ошибками.

После завершающего сеанса Билл поблагодарил Сару. Однако по дороге домой он испытывал беспокойство. Билл чувствовал себя менее подавленным, чем раньше, но понял, что не приблизился к желаемому эмоциональному

состоянию и благополучию в целом. Он все еще чувствовал себя одиноким и оторванным от жизни после расставания. Мужчина отмахнулся от своих переживаний, подумав, что терапия не способна исправить все, и, возможно, он просто не создан для серьезных отношений. Беспокойство не уходило, и Билл задавался вопросом, что ему теперь делать.

Сара же чувствовала, что все идет как надо. Она следовала многократно проверенному протоколу лечения депрессии и считала, что прекрасно выполнила свою работу. Исходя из традиционных показателей результатов, дело было явно успешным, и она приняла это. Вскоре ее внимание переключилось на других клиентов, и Билл постепенно погрузился в воспоминания.

Сара никогда не узнает, что Билл переживал беспокойство и уязвимость даже в тот момент, когда в последний раз покидал ее кабинет. Она никогда не узнает, что через несколько месяцев все его усилия будут направлены на то, чтобы справиться с одиночеством, и он снова впадет в депрессию, даже будет думать о самоубийстве.

Что пошло не так? Нельзя сказать с полной убежденностью, что для всех проблем Билла существует успешное решение, но можно быть уверенным: некоторые из них на самом деле вообще не были затронуты. Сара не обращала внимания на некоторые аспекты неприятностей своего клиента, такие как одиночество, отношения, а также чувство социальной изоляции и несчастья. Билл часто размышлял об этом и задавался вопросом, откуда они взялись и что их подпитывает. Сара лишь коснулась этих вопросов и подумала, что они разрешатся естественным образом после того, как она обратила внимание на склонность Билла к руминации, его подавленное настроение и соответствующее поведение. Навыкам взаимоотношений не было уделено достаточно внимания в структурированном руководстве по лечению, которое она так хорошо знала. Поскольку Сара успешно лечила депрессию с помощью набора доказательных методов, она считала, что этого будет достаточно.

Вот только это оказалось не так.

## Протоколы лечения синдромов

Страдает ли Билл болезнью под названием “депрессия”? Как это можно определить? Казалось бы, вопрос очевиден и ответ должен быть на поверхности, но это не так. COVID-19 — это вирус, вызвавший всемирную пандемию. Мы находимся в самом ее разгаре, когда пишем эти слова.

Многие люди умерли из-за вируса. У одних инфицированных были легкие симптомы, а у других их вообще не наблюдалось. Измерение температуры тела — это быстрый, но крайне ненадежный способ выявить зараженных вирусом. Гораздо более точным тестом является поиск антител или фрагментов РНК самого вируса. Наличие этих биологических маркеров четко указывает на наличие заболевания.

Аналогичного теста на депрессию, тревогу, шизофрению или любое другое психическое расстройство не существует. Ни одного. Также не существует вакцины, которая защищала бы людей от того или иного психического расстройства. Тем не менее на протяжении десятилетий психиатрия придерживалась медицинской модели заболевания, которая предполагает, что симптомы психического расстройства являются выражением основного заболевания. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) и Международная классификация болезней (МКБ) — инструменты для достижения этой цели. Более ранние версии DSM и МКБ были основаны на психоаналитической теории и предполагали, что психические расстройства являются результатом глубоко укоренившихся конфликтов. Современные исследования указывают на дисфункции в биологических и психологических процессах, а также процессах развития в качестве основной причины. Прежде всего, за последние сорок лет в рамках академической психиатрии пытались выявить биологические маркеры психических расстройств, например в генах или участках мозга.

Поиск остается безуспешным, и по мере расширения научных знаний долгожданные результаты еще больше ускользают. Например, полный геномный анализ почти полумиллиона человек не смог подтвердить релевантность какого-либо из часто изучаемых генов для распространенных психических расстройств [5]. Похоже, что генетические факторы взаимодействуют друг с другом, а также с историей и контекстом жизни человека, вызывая психические проблемы весьма разнообразными способами.

Отсутствие успеха в этой области не привело к отказу от медицинской модели. Возможно, самой популярной причиной возникновения психических расстройств был дисбаланс нейромедиаторов. Поэтому фармацевтические компании разрабатывали, тестировали и продавали лекарства, меняющие систему нейромедиаторов, особенно серотонин, дофамин, ГАМК и глутамат. Эти препараты были протестированы в рандомизированных плацебо-контролируемых испытаниях. В некоторых из них сообщалось об умеренном влиянии на некоторые симптомы предполагаемого расстройства (но во многих других исследованиях этого не было). Смелые

исследователи-новаторы начали сравнивать эффективность этих препаратов с психологическими вмешательствами, в первую очередь КПТ, но также и с некоторыми другими формами доказательной терапии. Для того чтобы психотерапия оставалось сфокусированным на симптомах и испытания проводились адекватно, необходимо было разработать протоколы терапии.

Результаты потрясли всю отрасль. Они часто публикуются в психиатрических журналах высокого уровня и вызывают много споров. Хорошая новость заключалась в том, что в этих испытаниях часто обнаруживалось: КПТ не уступает или даже превосходит самые эффективные фармакологические препараты. Плохая новость, однако, тоже есть: КПТ отдаляется от теоретической основы и превращается в ориентированное на симптомы и основанное на протоколе вмешательство, нацеленное на расстройство, а не на лечение клиента. Сегодня КПТ считается золотым стандартом психологического лечения, признанным даже наиболее биологически ориентированными исследователями.

Научная и социальная значимость этого достижения велика. Несмотря на богатство знаний, собранных в ходе клинических испытаний и метаанализов различных форм доказательной терапии, полученные результаты мало что дали для объяснения важных индивидуальных различий в проявлениях и реакции на лечение или для содействия пониманию механизмов изменения лечения, особенно когда различия видов были усреднены по группам. В рандомизированном клиническом исследовании, сравнивающем уровни депрессии участников при различных вмешательствах с использованием основного показателя результата (например, шкала общего клинического впечатления), вариабельность ответов участников рассматривается просто как оценка посторонних факторов и погрешности измерения. Следовательно, теряется информация об уникальном паттерне улучшения или ухудшения состояния индивидуума и его связи с настоящим моментом, контекстом и лечением. Большая часть этих исследований включает в себя изучение вероятности того, что лечение будет направлена на постановку диагноза, а не процессы, обстоятельства и симптомы, которые характеризуют конкретного человека.

Тем временем целое поколение выросло с коммерчески успешной, но с научной точки зрения ложной идеей, будто переживание психических трудностей означает, что у вас есть определенная биологически обусловленная дисфункция мозга. В результате потребители меньше интересуются терапией, независимо от того, что предполагают данные. С 1998 по 2007 г.

(последнее десятилетие с хорошими показателями) число людей, использующих только психологические методы изменения, сократилось почти в половину, в то время как число тех, кто комбинирует психологические методы с лекарствами, уменьшилось примерно на 30 %. Что резко возросло, так это использование медикаментов: две трети людей с психологическими трудностями теперь получают только лекарства в качестве вмешательства [27].

Конечный успех стратегии “протоколы лечения синдромов” зависел от выявления функциональных расстройств или по крайней мере от наблюдения крайне специфичных эффектов лечения, группированных по синдромам. Когда ни то, ни другое не проявилось, научный путь к зрелой форме доказательной терапии превратился в откровенный эмпиризм, в котором почти все сравнивается почти со всем в широком разнообразии синдромов или субсиндромов. Математика этого исследовательского подхода делает невозможным его наращивание, даже если количество новых методов вмешательства и синдромальных образований можно было бы волшебным образом удержать на текущем уровне, чего он не может.

В эпоху протоколов лечения синдромов в научную стратегию и стратегию общественного здравоохранения проник последовательный набор ключевых предположений. Однако каждое из них сейчас открыто оспаривается, а некоторые, как известно, являются ложными. В то же время появляется мощная альтернативная стратегия, которая перекликается с некоторыми процессуальными и идиографическими предположениями ранних поведенческих исследований, а также основанной на них терапии.

Из-за различных нежелательных последствий теории скрытого заболевания этому альтернативному варианту потребовалось время, чтобы его заметили. Во-первых, эта теория, как правило, мешает разработчикам терапии проанализировать роль нормальных психологических процессов в поведенческих результатах. Кроме того, остаются без внимания предпочтения клиентов в отношении практических результатов. Вместо этого приоритет остается за предпочтительным списком признаков и симптомов. Человеческие страдания сводятся к гипотетическим аномалиям мозга и биологическим дисфункциям, при этом недооценивается первостепенное значение личности, культурный и биопсихосоциальный контекст. Критики DSM и МКБ утверждают, что расстройства — это произвольные ярлыки, используемые для описания типичных человеческих переживаний, которые считаются ненормальными. Примером этой концепции является то, что в разных странах ожидания и взгляды относительно того, что считается нормальным, различаются. Человек, который утверждает,

что разговаривает с духами, может считаться шизофреником в одной культуре, в то время как в другой его считают святым.

Подход DSM и МКБ откладывает лечебную пользу диагностики и оценки на неопределенный срок, как будто конечная цель такой классификации, которая заключается в улучшении результатов, была запоздалой мыслью. Неэффективность DSM или МКБ была принята как данность вместо шокирующего признания их ошибочности.

В ответ на все эти критические замечания Национальный институт психического здоровья (NIMH) создал систему критериев предметной области исследований (RDoc), целью которой является классификация психических расстройств на основе измерений наблюдаемого поведения и нейробиологических показателей [23]. В рамках RDoc предполагалось, что лежащие в основе психобиологические отклонения приводят к определенным паттернам, которые накладываются при различных психопатологиях. Кроме того, в рамках инициативы использовались различные уровни анализа, включая молекулярный и поведенческий анализ участков мозга и уровня симптомов для определения конструкций, которые предположительно являются основными симптомами психических расстройств.

Хотя первостепенное внимание RDoc уделяет основным процессам, в своей реализации эта система почти полностью сосредоточена на биологических процессах и приравнивает психиатрические проблемы к заболеваниям мозга [22]. DSM, МКБ и RDoc убеждают, что психологический стресс вызван латентным заболеванием. В то время как согласно DSM или МКБ считается, что скрытые конструкции измеряются с помощью клинических впечатлений и отчетов о симптомах, в RDoc предполагается, что латентные заболевания можно измерить с помощью биологических и поведенческих тестов. Однако, если сама модель латентного заболевания ложна, RDoc дает недостаточно информации для процессуального направления. Необходимо столкнуться с отсутствием доказательств в пользу самой модели латентного заболевания, чтобы практикующие терапевты переключили основное внимание на процессы изменений: механизмы, которые приводят человека к изменениям, учитывают контекст, обеспечивают пользу лечения и рекомендации по вмешательству, а также упрощают сложность природы человека.

Между тем после создания системы RDoc врачи, государственные учреждения и общественность в разных частях мира по-прежнему не были убеждены в ценности доказательной психологической помощи. Протоколы порой было трудно внедрить, а отсутствие известных компонентов

и процессов изменений затрудняло их адаптацию к конкретным людям. Большинство клиентов, получавших психосоциальное лечение, были лишены необходимой помощи.

## Чего хотят от науки терапевты и клиенты

Практически каждый терапевт сталкивался с таким пациентом, как Билл. И так же, как Сара, врач может верить, что изменил жизнь клиента к лучшему, едва коснувшись его проблем. Билл и Сара слишком заиклились на “депрессии” как на чем-то, что “есть” у Билла, и упустили разнообразные существенные детали переживаний человека после разрыва отношений, который вызвал глубоко укоренившиеся чувства одиночества и неполноценности.

Люди — не диагностические категории; это страдающие существа, каждый со своей историей и целями. Билл не “владеет” депрессией. Он чувствует себя подавленным (одиноким и потерянным) из-за идиографических биопсихосоциальных факторов, которые также включают его личную историю, прошлый опыт и дезадаптивные способы справляться с невзгодами.

У Билла есть своя история, которая привела его к терапии. Жизни отдельных людей нельзя рассматривать вне контекста, как и процессы изменений, которые влияют на жизненные траектории. Практикующим врачам не нужно подстраивать под человека набор псевдомедицинских категорий или ярлыков, описывающих страдания людей. Вместо этого им нужны согласованные и широко применимые модели процессов изменений, которые должны произойти на разных уровнях (психологическом, биофизиологическом и социокультурном), чтобы получить долгосрочные позитивные результаты для людей, которым они помогают. Давно известна функциональная значимость процессов изменений, поэтому фокус на пользе лечения может быть *первым* шагом к категоризации, а не долгожданной надеждой, которая никогда не реализуется. В конце концов, повышение вероятности действительно хорошего результата — это то, чего хотят от интервенционной науки как врачи, так и клиенты. Ее самые популярные методологические и аналитические инструменты не в полной мере справляются с этой задачей, даже когда они направлены на процессы изменений. Но начиная с чистого листа, мы видим новые способы описания человеческих трудностей с использованием других доступных методологических и аналитических инструментов. Мы видим новые пути достижения прогресса.

Процессы изменений представляют собой ближайшие характеристики клинического случая с течением времени, по которым можно с большой долей вероятности предсказать долгосрочные результаты. Важна их непосредственная природа. Например, мы знаем, что изменения в рассказе клиентов о своих мыслях и трудностях на первых сеансах терапии могут повлиять на последующие результаты. С помощью этих маркеров практикующие врачи могут отслеживать прогресс во время сеансов. В отличие от других областей знаний, компетентность терапевтов не растет по мере приобретения опыта, потому что они не получают немедленной реакции на свою практику. Тем не менее акцент на процессе предоставляет практикующим специалистам непосредственную и функционально полезную обратную связь, необходимую для того, чтобы опыт обогащал знания.

Мы определяем терапевтические процессы изменений как теоретически обоснованные, динамичные, прогрессивные, контекстуально связанные, модифицируемые и многоуровневые изменения или механизмы, которые происходят в предсказуемой, эмпирически установленной последовательности. Благодаря им можно добиться желаемых результатов (взято с небольшим уточнением из статьи С. Хейса) [22, С. 38].

- **Теоретически обоснованные**, потому что связаны с четким научным изложением взаимосвязей между событиями, которые приводят к проверяемым прогнозам и методам влияния.
- **Динамичные**, поскольку включают в себя петли обратной связи и нелинейные изменения.
- **Прогрессивные**, потому что иногда есть необходимость расположить их в определенной последовательности для достижения цели лечения.
- **Контекстуально связанные и модифицируемые**, поскольку непосредственно предполагают практические изменения или основные методы лечения, доступные практикующим врачам.
- **Многоуровневые**, поскольку некоторые процессы взаимозаменяемы или являются частью других.

Наконец, следует отметить, что термин *терапевтический процесс* иногда используется в литературе для широкого обозначения отношений между клиентом и терапевтом, в том числе таких общих факторов, как терапевтический альянс. Термин *терапевтический процесс*, как мы его используем, может включать в себя это более традиционное использование, если



такие процессы основаны на четко определенной и проверяемой теории и соответствуют предлагаемым нами эмпирическим стандартам. Однако это не синоним традиционного использования [22, С. 38]. Позже мы еще вернемся к этому определению, когда более подробно объясним различные его аспекты.

В нынешней парадигме медицинской модели врачам, практикующим доказательную терапию, необходимо либо ограничить свою практику конкретными синдромами, либо приобрести опыт в широком спектре протоколов лечения различных синдромов. Это несостоятельно, непрактично и неразумно и основывается на неверных предположениях. Специалисты в этой области изо всех сил пытались добиться широкого разрешения многих подобных проблем, и подход “протоколы лечения синдромов” не смог их решить. Мы считаем, что наука об интервенциях должна опираться на изменения, основанные на доказательных процессах, и соответствующие процедуры. Пришло время двигаться вперед.

## Преимущество концепции, основанной на процессах

Каждый терапевтический подход включает в себя собственные методы оценки, терминологию и приемы, которые при необходимости должны быть адаптированы к конкретному человеку. Концепция, основанная на процессах, представляет собой один из последовательных наборов процессов изменений, которые могут быть применены к широкому спектру проблемных областей индивидуально адаптированным образом. Таким образом упростится стоящая перед специалистами задача адаптировать основные методы терапии к потребностям клиента. В рамках этого подхода нет необходимости обращаться к “школам”, “терапевтической ориентации” или протоколам. Существуют естественные философские различия, которые следует учитывать. Модели процессов изменений позволяют упростить и систематизировать имеющиеся фактические данные. Но основные терапевтические направления, различия в ориентации и “фирменные” вмешательства отходят на второй план по сравнению с индивидуальными потребностями клиентов.

Система, ориентированная на процесс, помогает уменьшить бесплодные дебаты об уровнях анализа (например, *это мозг; нет, это терапевтические отношения*) или предпочтительных аспектах психологического развития (например, *это когнитивное; нет, это поведенческое*), которые

не должны стоять выше удовлетворения конкретных потребностей конкретного человека. Терапевты и исследователи вместо этого переключили бы свое внимание на наиболее важные биопсихосоциальные процессы, учитывая цели и текущие обстоятельства клиента, и на определение методов, которые наилучшим образом продвигают его к этим целям, с большей свободой рассмотрения процессов и методов в рамках традиций и подходов [13; 22].

Руководство по вмешательству должно быть научно последовательным, а его польза для лечения должна соответствовать потребностям конкретного человека [16]. Наш аргумент в пользу подхода, основанного на процессах, заключается в том, что он позволит этому виду терапии преодолеть ловушки протоколов лечения синдромов, которые замедлили научный и клинический прогресс и сделали понятие доказательной терапии для многих неприятным. Ориентируясь на индивидуальные потребности клиентов и сохраняя фокус на процессах изменений, мы разработаем программы интервенционных исследований, которые более полно интегрируют подходы, ориентированные на личность (идиографические) и то, чем мы делимся с другими (номотетические).

Данный вопрос не связан с численностью; это вопрос уровня анализа. Интенсивная, часто повторяемая оценка, связанная с динамическим сетевым анализом (который мы опишем в главе 2), может быть включена в рандомизированные контролируемые испытания вмешательств. Это позволяет разработать программу исследований, которая учитывала бы индивидуальные особенности при рассмотрении номотетических вопросов, не нарушая логических и статистических допущений. Цель состоит в том, чтобы получить основанную на теории и проверяемую модель процессов, которые участвуют в лечении. Многие необходимые для этого процедуры уже известны; их нужно только выстроить таким образом, чтобы они подходили конкретному человеку [13].

Такое видение доказательной терапии меняет классический “клинический вопрос” Гордона Пола для доказательной терапии, которая определяла первые этапы развития поведенческой терапии. Вместо “Какое лечение наиболее эффективно для этого человека с этой конкретной проблемой, при каких обстоятельствах и как оно возникает?” [28, С. 44] современный подход, основанный на процессах, предполагает вопрос: “На какие основные биопсихосоциальные процессы этого клиента следует ориентироваться, учитывая эту цель в данной ситуации, и как их можно наиболее эффективно изменить?” [22].

Изменение основного вопроса смещает внимание с назначения эффективного плана терапии для определенных проблем на внедрение эффективных элементов терапии, основанной на системах процессов терапевтических изменений. Например, вместо поиска наилучшего лечения депрессии фокус смещается на поиск наилучшего способа улучшить настроение, уменьшить одиночество и способствовать более значимым и близким отношениям у клиента, у которого после разрыва отношений развились ригидность и паттерны эмоционального избегания. Это простое изменение может дать Биллу гораздо более богатый терапевтический опыт, а Саре более широкий набор доказательных инструментов, необходимых для решения проблемы Билла.

Наше название доказательной терапии, комбинируемой с концепцией процессуальности, — *терапия, основанная на процессах*, или РВТ. Речь идет не о новой терапии, это новая модель доказательной терапии. Ее цель состоит в том, чтобы понять и сосредоточиться на процессах изменений на примере конкретного индивидуума и отойти от номотетического группового анализа, который, как правило, упускает важные индивидуальные процессы, которые могут быть существенными для эффективного лечения. РВТ подчеркивает приоритет функции над содержанием и основывается на выявлении и тестировании ключевых процессов изменений, которые опираются друг на друга, чтобы обеспечить клиенту наиболее эффективную терапию в конкретном контексте в конкретный момент времени. Таким образом, лечение адаптировано к конкретным проблемам человека в настоящий момент, хотя мы признаём, что эффективное лечение не должно ограничиваться какой-либо одной конкретной терапевтической ориентацией (например, поведенческой или психодинамической) или стратегией лечения, а скорее специфическими, измеримыми процессами изменений, с помощью которых можно решить индивидуальные проблемы и способствовать благополучию.

## Создание новой структуры

На протяжении полувека в этой области преобладал биомедицинский подход, основанный на модели скрытого заболевания. Этот подход оказался безуспешным, и мы считаем, что хорошего понемножку. Страдающего индивида нельзя рассматривать только с точки зрения генетики, мозговых нарушений или дисбаланса нейромедиаторов. На протяжении десятилетий создание доказательной терапии основывалось на экспериментальных

испытаниях протоколов, разработанных для воздействия на психиатрические синдромы. По мере ослабления этой парадигмы на ее место приходит основанный на процессах терапевтический подход, сосредоточенный на том, как наилучшим образом изменить основные биопсихосоциальные процессы в конкретных ситуациях для конкретных клиентов с заданными целями. Вопрос по своей сути более узконаправленный, чем принято в доказательной терапии. В этой книге мы изложим методы оценки и анализа, которые интегрируют идиографические данные и приведут к номотетическим обобщениям в эпоху ориентации на процессы.

Подвергать сомнению что-либо в науке разрушительно. В рамках определенной области исследования априорные аналитические допущения составляют базу, на основе которой задаются вопросы об используемых методах и релевантности данных. Профессионалы часто рассматривают вопросы, методы и аналитические единицы просто как необходимые инструменты хорошей науки, а не как отражение предположений, и в результате может случиться дезориентация, когда происходит переоценка и предположения критически проверяют.

Переход к концепции РВТ требует переосмысления наших вопросов в области клинической психологии с “Какие методы терапии эффективны?” на “Как работают методы терапии?” Цель РВТ состоит в том, чтобы лучше понять, на какие основные биопсихологические процессы следует ориентироваться, учитывая конкретные цели человека и стадию вмешательства, и как это лучше всего сделать, используя функциональный анализ, сложные сетевые подходы и идентификацию основных процессов изменения, разработанных на основе доказательных методов лечения [13]. Подход РВТ предполагает выявление и работу с основными процессами изменений с акцентом на проблемы клиента.

Вмешательство включает в себя задействование проверяемых гипотез для опоры на индивидуальные сильные стороны клиента и определения проблемных областей в соответствии с его целями. Согласно синдромальной классификации отдельные люди составляют однородную группу на том основании, что у них одно и то же скрытое заболевание, хотя десятилетия исследований показали, что даже люди со схожими проблемами часто сталкиваются с разными жизненными трудностями. На успех синдромального подхода были потрачены миллиарды долларов и десятилетия. И все же надежды не оправдались. Пришло время меняться, даже без финансовой поддержки со стороны крупных фармацевтических компаний и финансовых агентств.

Акцент на процессах изменений поднимает фундаментальные практические, методологические и статистические проблемы, которые становятся более очевидными после отказа от стандартного диагностического подхода. “Однородность населения”, обещанная диагностическими категориями DSM и МКБ, так и не были достигнута. Не был признан тот факт, что без гомогенности математически невозможно сделать обобщение от группового анализа к индивидуальному [9]. Область клинических и психологических исследований готова применять индивидуальные статистические терапевтические подходы (хотя и более сложные) для расширения наших знаний о психопатологии и когнитивно-поведенческих вмешательствах. Подход с акцентом на процессе позволяет сфокусироваться на индивидууме, контексте его жизни и симптомах.

## Функциональный анализ для определения процессов изменений

РВТ фокусируется на функционально важных процессах изменений, обеспечивая пользу лечения. Следовательно, цели терапии, такие как учет контекста и целесообразности конкретного поведения, аналогичны целям классического функционального анализа. Однако в РВТ работают с более широким спектром процессов. Это направление адаптировано для использования клиницистами. Мы препятствуем сами себе, когда конкретными диагнозами ограничиваем применение доказательных методов лечения, сосредоточиваясь на лечении определенной категории или применяя “фирменный” метод вмешательства. Хотя диагностически специфические доказательные методы лечения обычно основаны на хорошо зарекомендовавших себя эффективных стратегиях, представьте, насколько более точными могли бы быть эти методы лечения, если бы они были адаптированы к конкретному человеку или его потребностям? Научиться этому — цель нашей книги.

Функциональный анализ изначально использовался в рамках поведенческой терапии для описания контроля поведения с помощью таких принципов, как непредвиденные обстоятельства подкрепления. Это можно рассматривать как идентификацию и модификацию релевантных, действенных и контролируемых процессов, которые связаны с конкретным поведением индивида. Эти связи варьируются по силе в зависимости от степени влияния переменных друг на друга.

Хотя многие исследователи отмечают значение функциональной работы, функциональный анализ особо не использовался за пределами тради-

ционного анализа поведения, где акцент на прямых непредвиденных обстоятельствах по-прежнему преобладает. В РВТ подчеркнута роль функционального анализа, и недавно было описано, как связать представленную в этой книге модель с новым видом *функционального анализа, основанного на процессах*, который мы рассмотрим позже [16]. Это, в свою очередь, станет средством адаптации основанных на фактических данных процедур к соответствующим процессам.

Чтобы применить новый вид функционального анализа, терапевтические процедуры и процессы должны отличаться друг от друга. Терапевтические процедуры — это методы, используемые терапевтом для достижения целей лечения клиента. Терапевтические процессы, с другой стороны, могут быть описаны как лежащие в основе последовательности биопсихосоциальных изменений, которые приводят к достижению клиентом своих целей лечения [13]. Как применять это различие, подробно рассмотрим дальше.

Как клиницисты, мы отслеживаем функции и контекст мыслей, эмоций, изменения внимания, самоощущения, мотивации и поведения наших клиентов в дополнение к развитию осведомленности о биофизиологических и социокультурных областях, имеющих отношение к целям наших клиентов. Изучая эти области с точки зрения процессов изменений и соотнося данные с решениями о вмешательстве, мы получаем конкретные инструменты для применения доказательной функциональной аналитической структуры, выявления и нацеливания процессов изменений, которые помогают клиентам в достижении своих целей.

## Метамодель целей лечения

Клиницисты различаются по своим терапевтическим ориентациям, предубеждениям и даже любимым терапевтическим стратегиям. В результате один и тот же клиент может столкнуться с множеством терапевтов с разными подходами. РВТ не ограничивает вариативность этих клинических подходов. Фактически РВТ поощряет клиницистов рассматривать доказательные процессы, которые возникли вне их собственного терапевтического подхода, и использовать те, которые лучше всего подходят для их клиента.

Следовательно, РВТ должна основываться на представлении о вмешательстве, которое учитывает любые доказательные процессы изменений, независимо от конкретной терапевтической ориентации. Для этого нам нужна комплексная, внутренне согласованная, функциональная система

для организации процессов РВТ. Теоретические основы этой метамоделю основаны на эволюционных принципах, которые помогают понять развитие сложных систем в науках о жизни. Наша *расширенная эволюционная мета модель* (ЕЕММ) обеспечивает согласованность и общий язык для такой системы [17]. Как будет описано позже, ЕЕММ применяет эволюционные концепции вариативности, отбора и сохранения согласно контексту к ключевым биопсихосоциальным измерениям и уровням, связанным с человеческими страданиями, проблемами и полноценным функционированием. В этом суть РВТ и прикладная цель данного руководства по обучению навыкам. Да начнется путешествие!

---

## Действие 1.1. Определите проблему

В каждой главе мы будем периодически останавливаться и просить вас применить то, о чем говорим, в коротких упражнениях под заголовком “Действие”. Эти упражнения на английском языке также можно скачать с веб-сайта этой книги: <http://www.newharbinger.com/47551>. В некоторых из них мы попросим вас изучить эти идеи, применив их к своей жизни. Для этого есть две причины. Во-первых, потому, что вы знаете подробности своей жизни и можете привнести этот богатый опыт в выполнение задания. Другая заключается в том, что благодаря интуиции или чувствам вы можете получить более точное представление о перспективах применения тех или иных заданий в своей жизни. Для многих упражнений мы приводим примеры ответов. Поэтому, пожалуйста, держите блокнот или гаджет под рукой для заметок во время чтения книги, и давайте перейдем к первому заданию.

Выберите одну или две проблемные области в вашей жизни, над которыми вы могли бы поработать при необходимости с терапевтом. Они могут иметь долгую или короткую историю; единственное требование — они должны быть актуальны для вас на сегодняшний день. Просто опишите каждую проблемную область, как будто во время консультации у специалиста. Укажите все детали, которые сочтете значимыми.

Мы предлагаем вам рассмотреть одну или две проблемные области, потому что со следующей главы мы вернемся к ним, и может потребоваться некоторое время, чтобы сузить ваше внимание до той, которая наилучшим образом соответствует целям этих пошаговых упражнений и кажется достаточно важной. Если уже сейчас вы знаете лучший вариант, просто придерживайтесь его.

Затем, основываясь только на том, что вы знаете из предыдущего обучения, попробуйте обозначить то, что вы написали, используя только диагнозы DSM и МКБ. не бойтесь использовать “не указано иное” или “расстройство адаптации”. Если вы чувствуете, что должны использовать несколько диагнозов, пожалуйста.

Наконец, коротко напишите о том, какие чувства и мысли возникают у вас, когда вы думаете о категории DSM или МКБ. Куда разум ведет вас? Как вы реагируете, когда смотрите на свои проблемные области через призму DSM или МКБ?

Ниже приведен пример выполнения упражнения. Мы будем использовать историю этого воображаемого клиента во всех примерах.

### *Пример*

**Проблемная область.** Я становлюсь тревожным и неуверенным в себе, когда разговариваю с другими, особенно с незнакомыми людьми или руководством. Я замечаю, что погружаюсь в мысли, беспокоясь о мнении других людей обо мне и боясь не понравиться им. В результате я все больше и больше утопаю в размышлениях. Я беспокоюсь о том, что могу сказать что-нибудь глупое и поставить себя в неловкое положение. Я справляюсь с этими страхами, либо чрезмерно компенсируя их и пытаюсь быть самым веселым и интересным человеком в комнате, либо отступаю, оправдываясь и возвращаюсь домой. Страх преследуют меня всю жизнь.

**Диагноз DSM или МКБ.** Социальное тревожное расстройство, социофобия.

**Мои чувства и мысли.** Диагноз согласно DSM кажется слишком упрощенным и в то же время угрожающим. Такое ощущение, будто все мои трудности отражает один ярлык. И это похоже на подтверждение того, что со мной что-то не так. Что-то сломано внутри меня, и из-за этого я, как человек, становлюсь менее значимым. Еще кажется, будто мне нужны лекарства, чтобы решить проблему.

---