

ГЛАВА 1

Введение в АСТ

Призвание современного психотерапевта — уменьшить человеческие страдания, и все мы усердно трудимся на этом фронте. “В окопах на передовой” находятся социальные работники, пастыри, семейные психологи и лайф-коучи, которые непосредственно контактируют с людьми. Несколько в отдалении находятся ученые-бихевиористы, которые определяют, какие именно объекты и явления вызывают, усиливают и подпитывают страдания человека, а какие способствуют позитивному и здоровому поведению и уменьшают страдания. Непрерывное сотрудничество между “передним краем” и исследователями “в тылу” приводит к важным научным открытиям и помогает нам понять, что лежит в основе человеческих страданий и как мы можем лучше служить людям. Практики и теоретики АСТ верят в то, что смогли продвинуться на шаг дальше в понимании всей сложности нашей жизни и способов уменьшения страданий.

АСТ получила известность среди широких масс благодаря прорыву 2005 года, когда вышла книга Стивена Хейса *Перезагрузи мозг. Решение внутренних конфликтов*, первая книга по АСТ, написанная для непрофессиональной аудитории [Хейс и Смит, 2005]. Свой вклад в этот прорыв внесла также статья в журнале *Times*, посвященная АСТ [Cloud, 2006]. И хотя тема АСТ относительно нова для популярных средств массовой информации, сама теория возникла в начале 1980-х годов. Но тогда о ней знали в основном только ученые, и данные научных исследований публиковались в академических журналах и обсуждались на профессиональных конференциях. Несмотря на ограниченную известность теории, к 2007 году более десяти тысяч психологов прошли обучение АСТ, и были опубликованы результаты более сотни эмпирических исследований. Исследования были посвящены влиянию процессов АСТ и эффективности лечения АСТ специфических психологических проблем, равно как и теории реляцион-

ных фреймов, базовой модели языка и высшего познания, которая служит основной предпосылкой АСТ [Hayes, et al., 2006]. Исследования все еще продолжаются, но полученные результаты подтверждают эффективность АСТ в лечении широкого диапазона клинических проблем.

Исследования АСТ проводились для широкого диапазона распространенных психических заболеваний и клинических проблем, с которыми люди обычно обращаются за психотерапией. Некоторые из областей, по которым проводились исследования АСТ и которые представляют клинический интерес, включают: социофобию, депрессию, злоупотребление различными веществами, вызывающими зависимость, агорафобию, психозы, стрессы на работе, хронические боли, курение, трихотилломанию и аутоагрессию, хотя это далеко не полный перечень [Hayes, et al., 2006]. В дополнение к этому многие базовые исследования АСТ специализируются на изучении специфических для АСТ процессов. Нам кажется интересным то, что результаты исследований АСТ часто разительно отличаются от результатов исследований других подходов к лечению.

Разница между результатами АСТ и других терапевтических подходов

Разница между АСТ и большинством других терапевтических подходов, сразу же бросающаяся в глаза, — это разница в подходе к лечению человеческих страданий. Во многих терапевтических подходах отталкиваются от предположения, что проблема заключается в так называемых негативных мыслях и чувствах, например тревожности, депрессии, навязчивых идеях или галлюцинациях, от которых необходимо избавиться. В АСТ совсем наоборот: избавление от этих нежелательных мыслей и чувств не считается главной целью терапии. Скорее попытки избежать этих нежелательных внутренних событий признаются дисфункциональным поведением в рамках стратегии избегания. Подобное поведение может не позволить клиенту достичь желаемого жизненного опыта. В модели АСТ сложные мысли и чувства — это неизбежная часть жизни, а не проблема, от которой необходимо избавиться. Жизнь не бывает без боли. Попытки избежать ее скорее усиливают боль, а не устраняют ее [Hayes, et al., 2006].

В АСТ основное внимание уделяется поведению индивида и контексту его возникновения. В процессе терапии в первую очередь оцениваются существующие проблемы клиента с учетом его прошлого и текущих условий.

Критерий результативности в АСТ — это “успешная работа”, т.е. цель работы АСТ — сделать поведение клиента успешным в соответствии с его личными ценностями и желаемыми итоговыми результатами с учетом личных обстоятельств и предшествующего опыта. Это идет вразрез с более механистической медицинской моделью, в которой основное внимание при оценке проблем клиента уделяется постановке диагноза, а главным критерием результативности лечения считается снижение степени проявления симптомов. В рамках медицинской модели при лечении, например, тревожности терапевт вначале проводит оценку и выясняет контекст ее возникновения для постановки точного диагноза, например социальное тревожное расстройство или генерализированное тревожное расстройство. После постановки диагноза для снижения тревожности врач прописывает лекарства или использует когнитивную реатрибуцию (в которой иррациональные верования заменяются более рациональными). Для сравнения: в АСТ терапевт может оценить контекст возникновения тревожности и действия клиента при ее возникновении. Например, пытается ли клиент избежать тревожности или заблокировать ее? В клинической работе в рамках модели АСТ в первую очередь определяется роль тревожности, к примеру, в избегании определенных ситуаций или ритуальном поведении, которое выполняется с целью снижения или минимизации степени тревожности. (На данный момент мы рассматриваем поведение в более общем смысле целей; функциональный подход к поведению будет рассмотрен в главах 2 и 3.) В АСТ роль *Диагностического и статистического руководства по психологическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM)* относительно незначительна, так как основное внимание уделяется функциям симптомов. (Конечно же, DSM остается важным практическим инструментом для общения с другими профессионалами и работы со сторонними участниками.) Вместо снижения тревожности как единственного желаемого результата в АСТ делается акцент на изменении отношения клиента к тревожности для того, чтобы его стратегии поведения стали более функциональными в контексте тех ситуаций, когда избегание или блокирование тревожности приводит к нежелательным последствиям [Hayes, et al., 1999]. В случае Сандры, матери, которая не хочет давать деньги своему взрослому сыну, тратящему их на покупку героина, какой из двух подходов, на ваш взгляд, будет эффективнее: помочь ей избавиться от чувства вины, которое она испытывает, говоря “нет” своему сыну, или помочь ей сказать сыну то же самое “нет”, просто отмечая при этом вполне естественные чувства, которые она называет чувством вины?

В случае с Риком, который страдает от социального тревожного расстройства, нужно ли терапевту пытаться уменьшить степень того, насколько сильно краснеет его лицо и насколько сильно он нервничает во время общения, или стоит улучшить его навыки общения, невзирая на связанные с этим физиологические проявления и чувства? (Вы сможете ближе познакомиться с Сандрой и Риком далее в этой главе.)

Из-за того, что устранению симптомов в АСТ не уделяется особого внимания, некоторые выводы исследований АСТ оказались контринтуитивными. Например, люди, проходившие лечение в связи с хроническими болями, могли сообщать о незначительном снижении болевых симптомов во время терапии АСТ и в то же время — о повышенной активности и улучшении качества жизни при меньшей зависимости поведения от болевых ощущений [Dahl, Wilson, and Nilsson, 2004]. Клиенты с депрессией, проходившие АСТ, показывают все тот же уровень депрессии, хотя при этом сообщают о повышении уровня активности и желании принимать деятельное участие в тех занятиях, которых ранее они избегали из-за связанных с этим болезненных ощущений. Стоит учесть, что через несколько месяцев после окончания лечения участники сообщали об уменьшении депрессии [Zettle, and Rains, 1989]. Клиенты с психотическим расстройством, проходившие АСТ, на самом деле сообщали даже об увеличении количества иррациональных верований и случаев галлюцинаций, но несмотря на это они могли проводить больше времени вне стен больницы, чем те клиенты, которые не проходили эту терапию [Bach, and Hayes, 2000]. Данные открытия, безусловно, кажутся контринтуитивными с традиционной точки зрения, но в контексте целей терапии принятия и ответственности они абсолютно понятны. В АСТ результатом считается изменение поведения, например продолжать ходить на работу, даже если *по-прежнему* испытываешь депрессию, или согласиться пойти на встречу, которая, безусловно, вызывает тревогу. При этом терапевт не считает, что необходимо снизить степень депрессии, тревожности или любых других симптомов для того, чтобы поведение клиента могло измениться. При прохождении АСТ желаемые изменения возникают в зависимости от уровня того, насколько меняется отношение индивида к своим симптомам, а не от изменения самих симптомов как таковых. (Если вам пока еще не понятна данная точка зрения, не беспокойтесь: она станет более ясной по мере чтения данной книги.)

Это вовсе не значит, что АСТ не приносит облегчения симптомов. Несколько клинических исследований АСТ показали снижение степени проявления симптомов, хотя часто оно начинается относительно поздно в ходе

терапии или даже недели спустя после ее окончания. Таким образом, клиенты, проходившие АСТ, сообщали о более ранних изменениях в поведении, за которыми часто следовало уменьшение степени тяжести симптомов, тогда как при прохождении других видов терапии наблюдаются менее значительные изменения в поведении, но при этом в гораздо большей степени и раньше уменьшается тяжесть симптомов [Hayes, 2007]. Более того, мы можем наблюдать изменение поведения при прохождении АСТ даже в случаях незначительного изменения или полного сохранения симптомов, например при тревожности или галлюцинациях. Терапевты и исследователи АСТ знают о длительной истории применения и исследования других видов поведенческой терапии и понимают, что они также могут работать. Но при этом стоит отметить, что терапевты и исследователи АСТ действительно убеждены в эффективности АСТ и знают, что механизм ее действия отличается от прочих когнитивных и поведенческих терапевтических подходов. К сожалению, мы все еще не можем найти в наших исследованиях ответ на вопрос “Какое лечение и при каких обстоятельствах лучше всего подходит определенным клиентам?” [Paul, 1969]. Чтобы ответить на него, необходимо дальнейшее сотрудничество исследователей в лабораториях и терапевтов — на передней линии лечения.

Основные составляющие АСТ

Переходя к основным составляющим АСТ, мы хотели бы начать с предельно понятного ее определения. Для тех, кто еще не знаком с АСТ, данное определение может показаться несколько сложным, но, пожалуйста, не откладывайте книгу. Мы уверены, что после ее прочтения вам захочется вернуться к этому определению, и оно станет квинтэссенцией всего того, что воплощает в себе АСТ. (Также может быть полезно прочитать вначале последнее предложение этого определения.) Хейс [Hayes, 2006b] дает следующее определение АСТ.

Функциональный контекстуальный терапевтический подход, основанный на теории реляционных фреймов и исходящий из предположения, что психологические проблемы человека возникают преимущественно из-за психологической негибкости, а проявления этих проблем усиливаются когнитивным слиянием и эмпирическим избеганием. В контексте терапевтических отношений в АСТ поднимается вопрос непосредственно условий и ситуации клиента и обусловленных ими вербаль-

ных процессов, чтобы при помощи практики развить психологическую гибкость, преимущественно работая с принятием, слиянием, выработкой трансцендентального ощущения самости, присутствием в настоящем и собственными ценностями и выстраивая все более обширные паттерны целенаправленных действий на основе собственных ценностей. Проще говоря, в АСТ используются процессы принятия и осознания, а также процессы изменения поведения и проактивность для увеличения психологической гибкости.

Обратите внимание на то, что желаемый в АСТ результат — это не уменьшение тяжести симптомов (хотя это часто и происходит). Желаемый результат — это увеличение психологической гибкости, которая предоставляет клиенту возможность сохранять или изменять поведение для достижения лично значимых целей и результатов.

АСТ базируется на предположении, что основу проблем большинства клиентов представляет *эмпирическое избегание*, которое включает избегание мыслей, чувств, ощущений и других внутренних событий. Избегание может иметь смысл в отношении материального мира, например если мы избегаем ехать по мосту, который сломался, или прикасаться к горячей плите. При этом в разрезе мыслей и чувств попытка избежать нежелательных внутренних событий может парадоксально усилить неприятный внутренний опыт и привести к прочим формам избегания, таким как злоупотребление психоактивными веществами, агорафобии, компульсивному поведению или агрессии, и вызвать еще более серьезные проблемы. Сама суть АСТ основывается на традиционных взглядах. В АСТ попытка контролировать внутренние переживания рассматривается как проблема, а не как решение. Таким образом, стратегии контроля внутреннего опыта только усугубляют проблемы, а не решают их. На протяжении всей этой книги мы будем обсуждать, как АСТ-терапевты при помощи метафор, парадоксов, практических упражнений, выявления ценностей и применения техник осознанности, а также более традиционных способов терапевтического воздействия пытаются помочь клиентам ощутить всю тщетность попыток контролировать мысли и чувства и усилить при этом психологическую гибкость в отношении именно тех чувств, которые они пытаются контролировать.

Ключевые процессы АСТ

АСТ на практике можно понять в терминах шести взаимосвязанных процессов (принятия, когнитивного разделения, осознания настоящего момента, проактивности, состояния “я-наблюдатель” и прояснения ценностей [Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, and Wilson, 2004]) и базовых стратегий вмешательства для борьбы с психопатологиями в терминах этих процессов. Базовые процессы тесно взаимосвязаны, и ни один из них нельзя рассматривать как абсолютно отдельный процесс. Для вас не должно стать сюрпризом то, что контекстуальный подход АСТ включает взаимосвязанные процессы, которые не поддаются пониманию изолировано от других принципов.

Приведенная на рис. 1.1 модель шести базовых для АСТ процессов не без чувства юмора называется моделью гексафлекса. Этот термин предполагался в качестве разумного сокращения для обсуждения модели, которая представлена в форме гексагона для большей наглядности изображения влияющих на гибкость процессов. Хотя этот термин и был выбран в качестве шутки, он прижился среди практиков. В нашей модели концептуализации случаев АСТ мы также будем использовать этот термин и его вариации на протяжении всей этой книги.



Рис. 1.1. Шесть основных процессов: модель АСТ гексафлекс

Принятие

Именно эту концепцию часто неправильно трактуют. Принятие чувств и текущего состояния совершенно не означает, что они нам нравятся или желанны. В действительности *принятие* означает желание ощутить опыт “во всей его полноте и без защитных барьеров” [Hayes, 1994]. Вполне закономерно, что с учетом прошлого опыта и выбранного пути клиент столкнется с определенными нежелательными внутренними событиями (такими, как тревога или злость). АСТ-терапевт предоставляет клиенту возможность с готовностью принять неизбежные чувства такими, какими они есть (только чувства), а не считать, что их необходимо избегать. Обучение принятию равнозначно готовности, которая помогает клиенту научиться не обвинять себя в собственных проблемах, не стремиться изменить внутренние ощущения, а быть готовым столкнуться лицом к лицу со страхами и другими нежелательными психологическими событиями, если они сопровождают движение в направлении собственных ценностей по самостоятельно выбранному пути.

Разделение

Стратегии *разделения* — это набор терапевтических техник, которые призваны снизить дезадаптивное влияние языка и мышления. Когнитивное слияние возникает, когда мы воспринимаем свои мысли так, как будто они являются непосредственным отражением реальности. В результате индивид может реагировать в большей степени на вербальные правила и оценки, чем на ситуацию здесь и сейчас. Например, человек, который сливается с мыслью “Никто меня не любит”, не понимает, что это только его мысли, которые не отражают реальность. Следовательно, каждый раз встречаясь с новыми людьми, он воспринимает ситуацию сквозь призму своего отношения “Никто меня не любит”. Это может привести к уходу от общения, даже если предполагается общение с теми, кто и в самом деле может испытывать к нему симпатию. Когнитивное слияние — это наша расплата за использование языка, и очень легко занять оборонительную позицию, если воспринимать собственные мысли буквально [Hayes, et al., 1999]. Подумайте о человеке, одержимом мыслью о микробах или параноидальным убеждением, что такое простое действие, как проход сквозь двери, приведет к смерти. Разделение позволяет воспринимать мысли всего лишь как мысли, а не как реальное отражение окружающего мира. Мы можем считать мысли о микробах и опасности внешнего мира всего

лишь “болтовней” и когнитивным результатом прежнего опыта индивида. Когнитивное разделение освобождает клиента и предоставляет ему возможность действовать на основе собственных ценностей с учетом текущих ограничений его личной ситуации, а не исходя из “въевшегося” вербального содержания его мыслей.

Осознание настоящего момента

Осознание настоящего момента лучше всего ощутить на практике. Именно в этот момент, читая эти строки, можете ли вы сосредоточить все свое внимание на этих строках и полностью осознавать настоящий момент? Попробуйте на мгновение сделать паузу и обратить внимание на свои ощущения прямо в этот момент и обращать внимание на “здесь и сейчас” вновь и вновь. Обратите также внимание на то, что “сейчас” сразу же превращается в “тогда” и ускользает из рук. Осознавайте настоящее мгновение, обращайтесь внимание на знаки, запахи, звуки вокруг вас. Обращайте внимание на ощущение контакта тела с предметами вокруг вас, например с полом или креслом. Обратите внимание на чувства и телесные ощущения. Осознайте себя в настоящем моменте, обращая внимание на все это. Слова обычно отвлекают нас от состояния “здесь и сейчас”. Вы замечали, что в мыслях мы обычно вспоминаем прошлое или планируем будущее? Даже когда вы говорите кому-то “Заходи прямо сейчас”, к тому времени, когда ваш респондент услышит вас и отреагирует на сказанное вами “сейчас”, ваше “сейчас” уже станет прошлым. Когда мы учимся находиться в состоянии “здесь и сейчас”, мы учимся воспринимать все, что предлагает нам настоящее (например, депрессивные или радостные мысли, тревожные или смешные образы и пр.), а также принимать то, что наши мысли, чувства и ощущения представляют собой не более чем внутренние события, которые приходят и уходят в бесконечном потоке. В состоянии “здесь и сейчас” мы можем действовать осознанно, исходя из личных ценностей, даже испытывая нежелательные внутренние события. В процессе терапии для обучения осознанию настоящего момента используются упражнения для развития воли и осознанности, такие как медитация.

Проактивность

Проактивность — это поведение, которое служит выбранным ценностям. Во многих концептуализациях целенаправленные действия — это именно то место в терапии, где “коса нашла на камень”. Это действия, которые совершают клиенты, когда действительно занимаются важными,

клинически значимыми, явными реакциями, которые помогают вернуть жизнь в нужное русло. Это могут быть те формы поведения, которых клиент избегал ранее, или это может быть освоение новых навыков. Для достижения жизнеутверждающих целей клиент может сделать то, что ранее выходило за рамки его психологической гибкости. Меры терапевтического воздействия в отношении проактивности не уникальны для АСТ и базируются на традиционной поведенческой терапии.

Думаю, что в этой точке нашего обсуждения основных стратегий АСТ вы уже смогли заметить взаимодополняемость и взаимозаменяемость ее составляющих. Обратите внимание на то, что для целенаправленных действий необходимы принятие, понимание личных ценностей и умение находиться в текущем моменте. Обратите также внимание на то, что для принятия необходимо разделение, а для разделения необходимо принятие и т.д. Вы сможете понять смысл этой взаимодополняемости по мере изучения функционального контекстуального подхода АСТ. В главе 2 вы также сможете увидеть пересечение разных областей в модели психопатологии. Иными словами, если быть точным, то разделение на основные стратегии весьма условно и сделано для удобства их обсуждения. Я хочу также обратить ваше внимание на то, что сложно описывать их как отдельные процессы терапевтического вмешательства, поскольку при лечении достигается комплексный результат, который может быть описан в терминах любой из стратегий. Например, упражнение на разделение может способствовать принятию, а упражнение на принятие может способствовать целенаправленным действиям и т.д. Поначалу это может казаться слишком сложным, но по мере вашего знакомства с АСТ вы начнете замечать гибкость основных стратегий, которые можно применять по-разному в контексте разных уникальных клиентов с уникальными жалобами, целями и ценностями.

Состояние “я-наблюдатель”

Изучение состояния “я-наблюдатель” требует рассмотрения разных вариантов ощущения самости и углубленного самопознания. В соответствии с литературными источниками АСТ есть три основных ощущения самости: “я-контент”, “я-процесс” и “я-контекст”. Ощущение “я-контент” включает личное вербальное самописание и самооценку. Например, клиент может описывать себя как 35-летнего мужчину, бухгалтера, который любит собак, страдает от социофобии, у которого не складываются отношения с женщинами и т.д. Ощущение “я-процесс” — это непрерывное

самоосознание или самоощущение, в котором мы замечаем такие постоянные процессы, как мышление, чувства и телесные ощущения, например “Я испытываю тревогу” или “Сейчас у меня болит голова”. Ощущение “я-наблюдатель”, который также называется “я-контекст” или “внутренний наблюдатель”, — это трансцендентное ощущение себя. (Термины “я-наблюдатель” и “я-контекст” будут использоваться взаимозаменяемо.) “Я-наблюдатель” — это не объект и не вербальная самооценка; скорее это локус, с позиции которого мы воспринимаем личный опыт. Его можно представить в виде наблюдательного пункта. В этой связи нет смысла говорить об ощущении самости; это ощущение, которое не имеет границ [Barnes-Holmes, Hayes, and Dymond, 2001]. Проживание состояния “я-наблюдатель” имеет позитивное значение само по себе и к тому же усиливает волю и принятие. В АСТ обеспечивается возможность на практике ощутить состояние “я-наблюдатель” (главы 7 и 11).

Ценности

Ценности — это вербально сформулированные глобальные результаты или выбранные в жизни направления [Hayes, et al., 1999]. В АСТ терапевт может часто задавать такие вопросы, как “Какой вы хотели бы видеть свою жизнь? В каком направлении вам хотелось бы двигаться?” Для описания жизненных целей используются метафоры “двигаться в определенном направлении” и “жизненный компас”. Ценности отличаются от целей, хотя достижение целей может способствовать движению в направлении ценностей. В отличие от целей, которые по определению не находятся здесь и сейчас, а должны быть достигнуты в будущем, ценности всегда находятся в настоящем моменте. Ценности существуют здесь и сейчас. Также цели часто формулируются в терминах того, чего нам в жизни не хватает, тогда как ценности формулируются на основе того, как мы хотим прожить свою жизнь в глобальном плане, а не в разрезе конкретных результатов, например для нас могут представлять ценность отношения на основе любви, тогда как целью может стать желание завести больше друзей, найти партнера или родить ребенка. В данном случае нам подходит метафора движения в выбранном направлении, потому что, например, мы можем сказать, что хотим выбрать “направление на запад”, и бесконечно двигаться в этом направлении, так никогда и не добравшись до конечного пункта. Мы можем достичь определенных целей, двигаясь на запад, точно так, как мы можем посетить Будапешт или Чикаго, путешествуя на запад, но мы никогда не “прибудем на запад”!

Если говорить более конкретно, мы можем, например, ценить обучение на протяжении всей жизни. Можно сказать так: “О, мне нравится идея всю жизнь учиться чему-то новому”. При этом целями могут стать получение диплома в университете или прочтение действительно трудной научной работы (например, *Принципов* Ньютона или *Теории реляционных фреймов* Хейса), которые согласуются с ценностью обучения всю жизнь. В то же время мы никогда не сможем достичь ценности, потому что у нас всегда, на протяжении всей жизни, будет что-то новое, что можно выучить. Точно так же терапевт АСТ может указать, что клиент всегда движется в каком-то направлении независимо от того, осознает он это или нет; возможно, даже в направлении, которое ведет к нежелательным результатам с точки зрения АСТ, таким как ограничение собственного жизненного опыта во избежание тревожности.

Понимание собственных ценностей увеличивает готовность столкнуться с нежелательными мыслями и чувствами и воспринимать боль, которая часто сопровождает их, как благо. Достаточно широко распространено ошибочное представление о том, что АСТ-терапевты не беспокоятся о дистрессе, связанном с нежелательными мыслями и чувствами и не считают необходимым помочь клиенту устранить нежелательные мысли и чувства. В этом отношении позиция АСТ противоположна и заключается в том, что движение в направлении личных ценностей часто сопровождают нежелательные мысли, чувства и ощущения. Например, можно получить отказ, приглашая кого-то на свидание; близкие отношения могут закончиться из-за смерти или разлуки; начиная собственное дело, мы можем столкнуться с сомнениями и тревогой. Если мы будем избегать этих болезненных мыслей и чувств, радостные моменты жизни также могут оказаться для нас недоступными, тогда как смещение фокуса внимания на ценности дает силу и готовность справиться с любой болью, которую может принести нам полноценно прожитая жизнь.

Выбранные ценности всегда “идеальны”, так как они не могут быть правильными или неправильными. Мы можем только выбрать собственные ценности. Терапевт может испытывать желание критиковать ценности клиента, и если это происходит, то терапевт критикует их с точки зрения собственных выбранных ценностей. Например, терапевт может испытывать искушение раскритиковать клиента за то, что он бросил школу, исходя из того, что для него лично образование представляет ценность. Так что же делать терапевту в данном случае? Практиковать принятие, разделение и целенаправленные действия! Практиковать АСТ!

Мы будем работать над подобным отношением в АСТ на протяжении всей книги, и оно может быть использовано при формулировании концептуализации случаев. Шесть основных составляющих — принятие, разделение, осознание настоящего момента, проактивность, состояние “я-наблюдатель” и личные ценности — это только намек на богатство АСТ, и этот набросок не позволяет представить всю многогранность практики АСТ. В следующих нескольких главах мы обсудим случаи концептуализации и основы клинического поведенческого анализа, а затем вновь вернемся к терапии принятия и ответственности.

Знакомство с примерами клиентов

В данной книге мы обсудим несколько клинических случаев с разными клиентами с целью показать, как работает концептуализация случаев АСТ в конкретных терапевтических ситуациях. Во всех главах вы найдете расшифровки диалогов и примеры. За терапией двух клиентов — Сандры и Рика, с которыми мы познакомимся в этой главе — мы будем следить несколько более детально. И хотя Сандра и Рик — вымышленные персонажи, их истории состоят из историй реальных клиентов, типичных в нашей практике.

Знакомство с Сандрой

Сандра решила на визит к АСТ-терапевту после того, как прочитала в журнале статью о терапии принятия и ответственности. Она сообщает, что почти всю свою взрослую жизнь страдает от депрессии. Ей 48 лет, она разведена и сейчас живет с мужчиной, с которым они сходятся и расходятся на протяжении двенадцати лет. Ее парень Чарльз сейчас безработный. Он занят на сезонных строительных работах и иногда работает зимой. Сандра жалуется, что, когда он не работает, с деньгами становится туго, и что он сильно напивается три-четыре раза в неделю, оскорбляет ее, когда пьян, и становится невнимательным и замкнутым во время последующего похмелья.

Сандра так объясняет свою мотивацию пройти терапию: “Я хочу быть счастливой, как и все нормальные люди. Я все время плачу, и это ненормально”. Сандра описывает самые разные цели лечения. “Я хочу бросить Чарли. Я знаю, что наши отношения не идут мне на пользу, но если я выставлю его за дверь, то буду скучать по нему и просто не вынесу одно-

чества”. Она также хочет улучшить отношения с детьми. “Я хочу понять, как мне помочь им. Я не знаю, как заставить их прислушиваться ко мне, и они постоянно все делают не так. Кажется, что они хотят со мной общаться только тогда, когда им нужны деньги. Но я не могу позволить себе постоянно им помогать и чувствую себя виноватой, когда говорю им «нет». Я знаю, что я не была такой уж хорошей матерью, и отчасти это моя вина в том, что у них сейчас проблемы”. Сандра также хочет примирения с прошлым. “Я хочу простить моего приемного отца и бывшего мужа за то, что они сделали со мной и моей дочерью, но меня всегда переполняет злость при одной только мысли о том, что они сделали с нами. Я поступаю не по-христиански, но иногда мне кажется, что я их ненавижу, и из-за этого я начинаю плакать. Я думаю, что я просто плохой человек. Просто плохая...”

Сандра говорит: “Когда я смотрю на свою жизнь, ничего не сложилось так, как я хотела. У меня нет ничего, что сделало бы меня счастливой, и будущее не сулит мне ничего хорошего. Я много плачу, и у меня нет ни одного настоящего друга, потому что я не хочу, чтобы кто-то знал, как у меня дела на самом деле и насколько отвратительна моя жизнь. Я пробовала пройти терапию, и это немного помогло, но не очень. Я годами принимала прозак, и кажется, что он больше не работает. Я много сплю, когда не работаю, потому что мне больше нечем заняться. За последние два года я набрала 10 килограмм и уже не выгляжу привлекательно. Раньше я чувствовала, что как бы плохо мне не было, по крайней мере я хорошо выгляжу. Но это уже не так. Теперь я чувствую себя просто старой и выцветшей. Я пытаюсь быть счастливой и прошу Господа о помощи, но не думаю, что Он слышит мои молитвы, потому что все становится только хуже. И мои дети... Я знаю, что отчасти это моя вина, но они сводят меня с ума и постоянно расстраивают. Мой сын, Денис, только что снова вышел из тюрьмы, и я почти желаю, чтобы он попал в нее снова, потому что, когда он в тюрьме, он хотя бы не просит постоянно денег. И дочь, Катерина... Она снова осталась без работы и поэтому теперь тоже нуждается в деньгах. Как я могу отказать им, если я виновата в том, что у них столько проблем? Если бы не я, им было бы лучше”.

Сандра говорит, что впервые испытала депрессию после рождения первого ребенка. Она бросила учебу в школе в семнадцать лет, когда забеременела. Она и ее парень Луис поженились сразу же после того, как ей исполнилось восемнадцать, за месяц до того, как родился их первенец. Шестнадцать месяцев спустя у них появилась дочь Катерина. “Я никогда не хотела поступить в колледж, но и выходить замуж так рано тоже не хотела. Я хотела наслаждаться юностью, свиданиями, вечеринками и развлекаться, а вместо этого

оказалась запертой дома с детьми. Годами я страдала от депрессии и так и не получила психологической помощи. Я стала чувствовать себя лучше, когда пошла на работу. Мне нравилось то, что я зарабатываю деньги и могу выбраться из дома и поговорить с другими взрослыми людьми”.

Сандра сообщает: “Какое-то время я чувствовала себя лучше, а потом все пошло наперекосяк. Я обнаружила, что Луис пристаёт к Катерине, — я пришла раньше с работы с ночной смены и застала его в ее кровати. Я не могла в это поверить. Мой приемный отец делал то же самое со мной, и я поклялась, что это никогда не случится с моей дочерью. Я развелась с Луисом и тогда впервые обратилась к психотерапевту. Это немного помогло, но Катерина обвиняла меня, и Денис считал меня виноватой тоже, все считали, что я виновата в том, что мы бедные и живем на собственные средства. Никто не знал, что произошло в реальности. Как я могла сказать им, что сделал Луис? И я знала, что все меня осуждают за то, что я ушла от мужа, потому что не знали, что он сделал, поэтому я просто закрылась и перестала видеться с друзьями и разговаривать с женщинами на работе. Психотерапевту я тоже не рассказала о том, что сделал со мной мой приемный отец, потому что мне казалось, что это давно прошло и не стоит ворошить прошлое, но возможно, мне следовало рассказать”.

Сандра обратилась за психотерапевтической помощью во второй раз после сложного полугодового периода, когда у ее сына впервые появились проблемы с законом, а дочь, которой было тогда девятнадцать, узнала, что беременна и переехала жить к парню. Это также был период, когда Сандра и ее парень Чарльз впервые разошлись. “Тогда я начала принимать прозак, но не продержалась долго в терапии. Мне казалось, что разговорами тут не помочь. Мне не хотелось распространяться о прошлом. Мне хотелось сразу же стать счастливой и помочь детям разобраться со своими проблемами. Я все еще чувствую, что во всем произошедшем есть моя вина, несмотря на то, что терапевт уверял в обратном”.

Сандра пошла на встречу с психотерапевтом в третий раз пять лет назад, и ее терапия длилась четыре года. На протяжении этого времени она и Чарльз несколько раз расходились и вновь сходились, и, по словам Сандры, ее депрессия только усилилась. “Я знаю, что мне не нужно быть с ним, и пытаюсь встречаться с другими мужчинами, но мне никто не нравится, и потом я чувствую себя настолько одинокой, что вновь возвращаюсь к Чарли, и все начинается сначала. Мне хочется, чтобы у детей все наладилось и я перестала чувствовать себя виноватой и постоянно беспокоиться о них. Но как я могу помочь детям, если я не в состоянии помочь даже

себе? Я не знаю, может ли терапия действительно помочь, но мне нравится иметь возможность поговорить с кем-то раз в неделю, ведь у меня нет подруг, с которыми я могу выговориться. Я бросила терапию, потому что не могла позволить ее себе, пока Чарли был без работы, а Денису нужны были деньги на адвоката. А потом я прочитала эту статью об АСТ, и она кажется совершенно не похожей на все то, что я пробовала раньше. Может, это поможет мне избавиться от своей депрессии раз и навсегда.

Знакомство с Риком

После нескольких месяцев раздумий Рик позвонил в местный центр психологической помощи и сказал: “Мне нужна консультация”. Координатор центра оценил проблемы Рика как связанные с тревожностью и поэтому записал его на консультацию к семейному терапевту, работающему в доказательной традиции лечения тревожности и использующему в своей работе АСТ.

Рику скоро исполнится тридцать лет, и он живет один в двухкомнатной квартире в центре метрополиса. Он работает инженером по электротехнике, и он не доволен своей карьерой. Он жалуется, что ощущение тревоги не позволяет ему общаться с коллегами, и он чувствует себя изолированным от своих сверстников. Время от времени он планирует выступить на рабочих собраниях или заговорить “возле кулера с водой”, но чувствует, как все его лицо краснеет и его бросает в пот. Он говорит: “Я все время повторяю себе «Не сделай глупость» и просто... не делаю вообще ничего”. Когда он знает, что ему нужно будет рассказать о работе его подразделения, он испытывает леденящий ужас за несколько дней до встречи. Он сообщает, что испытывает “беспокойство и тошноту перед тем, как заговорить с кем-то”. Он не ходил на свидания уже почти десять лет, с тех пор как девушка бросила его во время учебы в колледже. Он говорит, что очень тяжело перенес разрыв, который стал для него сюрпризом. Вместо того чтобы больше общаться с друзьями после разрыва, он полностью ушел в учебу. Время от времени он курил травку со знакомыми, а после окончания колледжа стал регулярно курить травку сам, особенно, когда испытывал скуку или фрустрацию.

“Причина, по которой я пришел к психотерапевту, весьма очевидна. Я ненавижу свою работу: она позволяет мне оплачивать счета, и я не увольняюсь, но и не прошу о повышении или о переводе. То же самое с кайфом. Я даже не получаю от этого удовольствие. Я просто делаю это, чтобы снять напряжение. У меня нет друзей. Я вижу, как все вокруг женятся или просто

развлекаются. Чувак, я не был с девушкой уже много лет. Будущее мрачно. Я чертов неудачник, и ничто этого не изменит”.

После некоторых наводящих вопросов оказалось, что Рик — хорошо образованный инженер с творческими наклонностями. Большую часть своего свободного времени он проводит, играя в видеоигры, просматривая Интернет и общаясь онлайн с, как он сам называет их, “компьютерными гиками”. Он написал довольно популярную программу и по возможности работает над ее второй версией.

Рика усыновили люди, которым было уже за сорок. Он был их единственным ребенком, и его вырастили в любящей американской семье среднего класса с традиционными иудео-христианскими взглядами. Его отец умер, когда Рик учился в колледже, и он вспоминает его как обычного надежного парня, который всегда приходит домой к ужину, молча ест и затем читает газету. Он не оказал на Рика сильного влияния, но был вполне нормальным отцом. Ничего плохого, но и ничего выдающегося. Его мать сейчас находится в доме для престарелых, где он навещает ее дважды в месяц. Он говорит: “Я люблю свою маму. Она была для меня... тем, с кем я всегда мог поговорить. Я становился таким никчемным, когда дело доходило до общения со сверстниками, особенно в старшей школе, и она всегда пыталась войти в мое положение. Она была крутой. Но уже нет... она просто... стала старой. Навещать ее — настоящая пытка. Она мало говорит. Я себя так паршиво чувствую каждый раз, когда нужно ехать в дом престарелых, и я чувствую себя дерьмом из-за того, что мне становится так паршиво. Понимаешь? Что еще хуже, иногда я просто курю травку, когда мне нужно навестить ее. Намного проще остаться дома и «пыхнуть»”.

Рик предположил, что целью его терапии будет “перестать курить траву, как ненормальный. Мне уже почти тридцать, ради всего святого”. Он также хочет “прекратить так сильно нервничать из-за общения с людьми и бояться социальных ситуаций. Я умнее большинства моих коллег, но я никогда не проявляю инициативы, даже если знаю лучше их. Я просто ненавижу это тошнотворное ощущение у меня в животе... и то, как сильно я краснею и теряюсь”. В дополнение Рик сознался, что “хотел бы перестать испытывать столь негативные чувства по отношению к своей маме и иметь возможность просто навещать ее, не испытывая чувства вины. Было бы хорошо также завести друзей”.

Мы будем возвращаться к терапии принятия и ответственности Сандры и Рика на протяжении всей книги, и вы сможете ближе познакомиться с ними, с их ситуацией и прогрессом.