



## ГЛАВА 5

# Формулирование и концептуализация кейса

Неудивительно, что двумя “глобальными” вопросами в рамках АСТ, на которые вам предстоит ответить при концептуализации кейсов депрессии, являются такие вопросы: 1) что нужно *принять*, чтобы лечение оказалось успешным; и 2) *ответственность* за что? Если воспользоваться несколько другой формулировкой, то необходимо прояснить — для каждого конкретного кейса — ценности, с которыми должны быть увязаны выявленные терапевтические цели вашего клиента, а также психологические экспириенсы и события, которые могут создавать препятствия действиям клиента, продвигающим его в направлении этих целей и связанных с ними ценностей. Например, вполне возможно, что направление значительного объема работы по разделению и принятию (например, негативные самооценки и жизненная история, наполненная сожалениями о каких-то действиях или бездействии и упущенных возможностях) может быть примерно одинаковым у двух клиентов, даже если их базовые ценности не совпадают. И наоборот, два других клиента могут быть похожи (если не идентичны) между собой по своим ценностям, но их жизненный путь может быть заблокирован разными типами слившегося материала и разными формами экспириенциального избегания.

В значительной мере эта глава служит мостом между начальным оцениванием коренных процессов, обсуждавшихся в предыдущей главе, и началом активных терапевтических интервенций, о которых мы расскажем в нескольких следующих главах. Говоря более конкретно, ваше формулирование и концептуализация каждого кейса депрессии могут быть связаны (в обратном направлении) с вашей предварительной оценкой важнейших коренных процессов и с составлением вами начального плана лечения (в прямом направлении).

## Указания по обработке информации

Указания по обработке информации начального оценивания, которую мы будем обсуждать в этой главе, в значительной мере соответствует предложениям Хейса, Штросала, Луомы, и др. [Hayes, Strosahl, Luoma, et al., 2004]. По этой причине вам было бы полезно читать и использовать главы книги Хейса, Штросала, Луомы, и др. в сочетании с материалом данной главы. Несколько более структурированным способом направления ваших мыслей об информации, собранной в ходе предварительного оценивания, является организация их в соответствии с формой начальной концептуализации кейса при использовании АСТ (приложение А), разработанной Джейсоном Лиллисом и Джейсоном Луомой [Jason Lillis & Jason Luoma, 2005]. Она предлагается здесь — с любезного разрешения ее авторов (за что я глубоко признателен им) — в несколько измененном формате.

Должен признать, что мне не известно о каких-либо проводившихся исследованиях, которые оценивали бы потенциальную лечебную полезность применения такой формы концептуализации кейса. Тем не менее я настоятельно рекомендую использовать эту форму в отношении по меньшей мере трех или четырех ваших депрессивных клиентов, чтобы оценить полезность такой формы для вас. В частности, сопоставьте свой собственный опыт и уровень успеха в применении АСТ к своей работе с депрессивными клиентами в случаях использования и не использования этой формы. Чтобы помочь вам в использовании этой формы (и возможном экспериментировании с ней), организация этой главы максимально соответствует возможному способу использования этой формы.

## Анализ представления проблемы

Вашей первой и главной задачей при концептуализации кейса является переформулирование того, как ваш клиент изложил свою проблему, и терапевтических целей с точки зрения АСТ. Поскольку материал этой книги фокусируется на работе с клиентами, страдающими депрессией, мне, возможно, следует сказать об этом несколько больше.

В частности, мне хотелось бы еще раз подчеркнуть, что депрессии зачастую сопутствуют другие диагностируемые формы человеческого страдания, особенно тревожные расстройства, а также употребление наркотиков и наркозависимость [Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Regier et al., 1990]. По этой причине вам необходимо расспросить своих клиентов о том, есть ли у них еще какие-то проблемы, вопросы или озабоченности, помимо депрессии, с которыми им также хотелось бы разобраться во время терапии.

## *Вопросы коморбидности*

Несмотря на то что в главе 10 мы будем подробно обсуждать общие вопросы коморбидности, здесь нам представляется целесообразным рассмотреть некоторые соображения, касающиеся коморбидности. Если у клиента будет выявлена еще какая-либо проблема (например, паническое расстройство), необходимо проанализировать, каким образом она может быть функционально связана с депрессией этого клиента. При этом вам, возможно, придется сначала оценить очевидную вторичную проблему, чтобы определить ее функции. Одна вероятная возможность заключается в том, что панические приступы в этом случае выполняют во многом такую же функцию (функции), что и депрессия, и поддерживаются аналогичными коренными процессами, связанными с АСТ (такими, как слияние, экспериенциальное избегание, и т.п.). В таких случаях, как указывалось в главе 1, АСТ как трансдиагностический подход может приступить, по сути, к одновременному лечению обеих проблем, нацеливаясь на базовые функциональные процессы, которые рассматривались как центральные для обеих этих проблем.

Еще одна возможность, хотя, предположительно, менее вероятная с точки зрения АСТ, заключается в том, что данному коморбидному состоянию не присущи какие-то из тех же самых процессов, связанных с АСТ, которые присущи депрессии, однако оно все же связано с ней функционально. Например, в рассмотренном нами случае вполне вероятно, что панические приступы будут выполнять роль экспериенциального барьера для действий, обусловленных ценностями

клиента, особенно если они выработали достаточную степень соответствующего агорафобного избегающего поведения. Хотя типичная рекомендация в таких случаях заключается в том, чтобы сначала лечить тревогу, а затем депрессию, такой стратегии лечения не хватает эмпирической поддержки, а источником той незначительной эмпирической поддержки, которая все же имеется, являются исследования, касающиеся когнитивно-поведенческих интервенций второго поколения [Joormann, Kosfelder, & Schulte, 2005]. К настоящему времени, за очень немногими исключениями [Batten & Hayes, 2005; Petersen, 2007], способность АСТ одновременно и успешно облегчать совместно существующие формы человеческого страдания еще не оценивалась систематически. Например, мне ничего не известно хотя бы об одной работе, в которой рассматривалось бы лечение коморбидных депрессивного и тревожного расстройств. В отсутствие четких, эмпирически подтвержденных указаний на обратное, я полагаю, что начинать АСТ с выслушивания жалоб клиента на депрессию и подготовки к решению любых проблем, существующих совместно с депрессией или возникающих во время депрессии, наверное, так же разумно, как и пользоваться любой другой рекомендацией, которая может быть предложена терапевту.

Исходя из АСТ-модели человеческого страдания, третье — и даже еще менее вероятная — связь между депрессией и проблемами, возникающими параллельно ей, заключается в том, что депрессия и эти параллельные проблемы функционально не связаны между собой. Хотя это кажется совершенно невероятным в случае коморбидных панических приступов и депрессии, это может оказаться вполне правдоподобным, когда другая проявляющаяся проблема, представляет альтернативную форму тревожного расстройства, например какую-то конкретную фобию, или может быть диагностирована в рамках какого-то совершенно другого семейства расстройств, например как половая дисфункция. Независимо от конкретной природы этой другой проявляющейся проблемы, моя предыдущая рекомендация относительно перехода к дальнейшим действиям и инициирования АСТ с главным упором на депрессию представляется вполне оправданной

при условии, что вы будете следовать этой рекомендации достаточно гибко и в случае необходимости будете готовы перейти к какой-либо другой стратегии.

## *Цели терапевтического процесса и конечные цели*

Одна из сложностей, с которой приходится сталкиваться терапевтам, имеющим малый опыт работы с АСТ, заключается в уяснении разницы между целями процесса и конечными целями. *Конечные цели* означают конечный желательный исход терапии, такой как ведение жизни согласно своим ценностям, тогда как под *целями процесса* мы подразумеваем то, что должно произойти, чтобы были достигнуты эти конечные цели. Многие другие терапевтические подходы и традиции, включая когнитивно-поведенческие подходы, которые делают акцент на изменениях первого порядка, склонны рассматривать сокращение текущих жалоб клиентов как надлежащую цель лечения. Однако, как указывалось в предыдущей главе, то, что депрессивные клиенты обычно идентифицируют как свои цели лечения (например: “Я хочу улучшить свое самочувствие” или “Я устал пребывать в состоянии депрессии”), в лучшем случае представляет очевидные цели процесса, а не конечные цели, с точки зрения АСТ. Поскольку конечной целью является не просто симптоматическое облегчение, а наделение клиента способностью вести более полноценную и осмысленную жизнь, формулирование кейса в АСТ обычно требует переформулирования и реконцептуализации начальных терапевтических целей клиента. Если, например, заявленной целью клиента является “улучшить самочувствие”, то вашей задачей становится идентификация того, какие жизненные возможности могут впоследствии открыться перед клиентом, если самочувствие клиента действительно улучшится, и как эти возможности могут быть связаны с ключевыми ценностями клиента. Таким образом, первоначальная цель клиента, заключающаяся в ослаблении депрессии, например, может быть переформулирована в цель, заключающуюся в “снижение усилий, направленных на экспериенциальный контроль, и реинвестировании времени и сил в занятия, диктуемые ценностями”. Конкретные способы контролирования

нежелательных психологических событий и диктуемые ценностями занятия, которые в результате приходится приносить в жертву, будут, конечно же, разными у разных клиентов. Например, один клиент может быть неспособен совершить более достойную карьеру, пока не вернет себе уверенность в собственных силах, тогда как другой не может вообразить лучшее будущее для себя и поэтому продолжает поддерживать супружеские отношения, давно опостылевшие ему.

Цели процесса, которые должны быть достигнуты, чтобы осуществить переформулированную конечную цель на данном этапе концептуализации кейса — например, было бы целесообразнее начать с работы по разделению и принятию или лучше все же сосредоточиться на выявлении ценностей? — могут оставаться несколько неопределенными. Однако совершенно определенным должно быть то, что очевидные цели процесса для данного клиента (например, “чувствовать себя лучше”) не являются подходящими целями процесса в АСТ. Заполнение остальной части формы концептуализации кейса должно помочь вам прояснить релевантные цели процесса и, следовательно, помочь в составлении начального плана лечения.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже приведен перечень несколько перекрывающихся между собой вопросов, которые вы должны задать себе при переформулировании текущей проблемы вашего клиента, связанной с депрессией, в манере, соответствующей АСТ.

- Какие цели ставит перед собой этот клиент, проходя курс терапии?
- Являются ли заявленные цели этого клиента частью некой повестки эмоционального контроля?
- Являются ли заявленные цели этого клиента целями процесса или конечными целями?
- Если они являются целями процесса, как их можно было бы переформулировать в подходящие конечные цели?
- Являются ли конечные цели, которые являются результатом переформулирования заявленных терапевтических целей клиента

(например, быть любящим родителем), целями, которых можно потенциально достичь некими целеустремленными действиями (например, движением клиента в направлении, отвечающем его жизненным ценностям)?

## **Выявление избегаемого контента**

Второй этап концептуализации кейса включает в себя “инвентаризацию” разных типов психологических экспириенсов и материала, которых ваш клиент стремится избегать (и/или убежать от них). Хотя клиенты различаются между собой по их способности выдерживать психологический дистресс, большинство их будут избегать — по крайней мере в какой-то степени — каждого из конкретных психологических экспириенсов, перечисленных в форме концептуализации кейса (мыслей, эмоций, воспоминаний, и т.п.). Таким образом, ваша задача здесь заключается не столько в том, чтобы определить, избегает или не избегает ваш клиент каких-то конкретных типов экспириенсов, сколько в том, чтобы выяснить общий уровень устойчивости вашего клиента к дистрессу и относительную степень, в которой он обычно избегает каких-то форм психологических событий по сравнению с другими их формами. Упражнения по разделению и интервенции, способствующие принятию, в целом рекомендуются, когда речь идет об охвате достаточно широкого спектра избегаемых психологических экспириенсов, хотя конкретные формы, которые принимает их применение, могут несколько различаться в зависимости от конкретной природы избегаемого контента. Например, упражнение “Молоко, молоко, молоко” [Hayes et al., 1999, pp. 154–156] представляет собой технику разделения, которая в большей степени подходит для беспокоящих мыслей, чем для эмоциональных экспириенсов. Что же касается нежелательных чувств, которые трудно как-то обозначить, более полезным было бы, наверное, упражнение “Физикализация” (pp. 170–171).

### *Сопутствующие вопросы*

При заполнении этого раздела формы концептуализации кейса нужно задать себе перечисленные ниже вопросы.



- Каков, в целом, уровень способности данного клиента выдерживать психологический дистресс?
- Какие ключевые мысли данный клиент отвергает с порога?
- Каковы центральные эмоции, чувства, настроения, и т.п., от которых данный клиент чаще всего ищет экспериенциального бегства или избегания?
- Какие воспоминания являются нежелательными для данного клиента?
- Каких других психологических экспириенсов (таких, как телесные ощущения, мечты, образы, и т.п.) данный клиент пытается избегать?
- Каких типов психологических экспириенсов данный клиент стремится избегать вероятнее всего?
- Каких типов психологических экспириенсов данный клиент стремится избегать с наименьшей вероятностью?

## **Анализ стратегий экспериенциального контроля**

Этот аспект концептуализации кейса призван прояснить предпочтительные методы экспериенциального контроля вашего клиента. Наиболее широко используемые стратегии могут существенно различаться у разных клиентов, однако у одного и того же клиента стратегия контроля может со временем меняться лишь в незначительной степени. Стратегии контроля, на которые данный клиент полагался в прошлом, вероятнее всего, сохранятся по меньшей мере в течение ранних фаз АСТ. Это объясняется не тем, что они доказали свою эффективность на продолжительном отрезке времени, а главным образом тем, что они отражают психологическую негибкость и ригидность, которая характеризует депрессию. Таким образом, знание предпочтительных стратегий бегства/избегания каждого клиента настроит вас на то, что должно стать объектом вашего пристального внимания в течение вашей работы с ними.

К тому же, знание наиболее широко используемых стратегий экспериенциального контроля клиента может быть полезно при рассмотрении вопроса о том, какие альтернативные способы реагирования на нежелательный психологический материал могут оказаться самыми полезными для их продвижения как части общего плана лечения. Например, использование в какой-то момент ряда ранжированных упражнений на погружение в реальную обстановку (то есть, упражнений, которые аппроксимируют реальные жизненные ситуации, например попытки справиться со стрессовыми межличностными отношениями) может оказаться уместным для клиентов, предпочитающих избегание, специфическое для конкретной ситуации. Однако они могут оказаться менее полезными для других клиентов, которые в большей степени полагаются на стратегии внутреннего контроля.

### *Сопутствующие вопросы*

При анализе стратегий экспериенциального контроля, используемых вашими клиентами, вам следует задать себе перечисленные ниже вопросы.

- Есть ли у этого клиента история суицидальности?
- Если есть, то можно ли рассматривать поведение, связанное с суицидом, как форму экспериенциального избегания?
- Какой тип стратегий внутреннего контроля обычно использует этот клиент, чтобы избежать нежелательных экспириенсов?
- Какой тип стратегий внешнего контроля обычно использует этот клиент, чтобы избежать нежелательных экспириенсов?
- Какой тип стратегий контроля, специфических для конкретной ситуации, обычно использует этот клиент, чтобы избежать нежелательного опыта?
- Какой тип стратегий внутрисессионного контроля вы успели заметить у этого клиента в процессе вашего общения с ним?
- Каковы предпочтительные типы стратегий экспериенциального контроля, используемые этим клиентом?

## Мотивационный анализ

Все клиенты сталкиваются с фундаментальной дилеммой: им приходится выбирать, оставаться ли им в своем прежнем психологическом состоянии или настойчиво делать все необходимое, чтобы выйти из этого состояния. Каждый из этих вариантов связан с фактическими, а также с потенциально возможными издержками и выгодами. Все это может порождать неоднозначность, психологически парализовать клиентов и препятствовать изменению поведения. Ваша задача частично заключается в том, чтобы сместить точку баланса в пользу изменений хотя бы настолько, чтобы этого было достаточно для создания первоначального толчка в этом направлении.

### *Мотивационное интервьюирование*

Те из вас, кто знаком с мотивационным интервьюированием (МИ; [Miller & Rollnick, 2002]), несомненно, обнаружат некоторое сходство между типом предлагаемого здесь анализа “издержки-выгоды” и тем, что в МИ называется “балансом решений” (р. 15). В то время как в АСТ этот вопрос рассматривался бы как вопрос *выбора*, а не *решения*, принимаемого клиентом, несомненные стратегические сходства между АСТ и МИ в выполнении мотивационного анализа, по-видимому, затеяют очевидные технические и стилистические различия. Это особенно следует из того, что МИ все больше признает важность идентификации и прояснения ценностей в контексте своей общей повестки подготовки клиентов к поведенческим изменениям (несмотря на то что АСТ и МИ отличаются друг от друга в том, как эти ценности истолковываются). Например, в первом издании книги по МИ Миллера и Роллника [Miller & Rollnick, 1991] нет никаких упоминаний о ценностях, а также об их идентификации и прояснении, тогда как второе издание той же книги [Miller & Rollnick, 2002] включает целую главу, посвященную этому вопросу [Wagner & Sanchez, 2002].

В рамках этой книги невозможно представить достаточно полный обзор технических измерений МИ. Я упоминаю здесь о МИ главным

образом для того, чтобы побудить тех из вас, кто имеет опыт работы с МИ, объединить его с тем, что предлагается в моей книге для выполнения предварительного оценивания и формулирования кейса. Тем же из вас, кто незнаком с МИ, может оказаться полезным познакомиться с МИ, хотя это вовсе не означает, что обучение МИ или значительный опыт применения МИ являются необходимым условием для успешного практикования АСТ. Как бы то ни было, МИ вполне совместимо с принципами АСТ [Wilson & Byrd, 2004] и как таковое может быть полезным дополнением на этой стадии вашей работы с депрессивными клиентами.

### *Издержки и выгоды сохранения статус-кво*

В то время как издержки, связанные с тем, что клиент продолжает оставаться в депрессии, обычно бывают более очевидны для вас и вашего клиента, чем возможные выгоды от этого, то и другое необходимо оценить в ходе исчерпывающего мотивационного анализа.

### **Издержки пребывания в депрессии**

Большинство клиентов прекрасно осведомлены о том, что представляет собой острая боль депрессии — то, что Хейс и Смит [Hayes & Smith, 2005, p. 15] называют “болью присутствия”, — и обращаются к терапии, чтобы как-то облегчить эту боль. Следовательно, им, вообще говоря, нет необходимости вступать в контакт с такими издержками в ходе мотивационного анализа.

**Недейственность повестки контроля.** Однако еще одной совокупностью издержек, от которой ваши клиенты могут быть относительно освобождены, являются издержки, связанные с тщетностью их попыток спастись от своей депрессии. Внушение вашим клиентам мыслей о тщетности их стратегий экспериенциального контроля, конечно же, очень важно для выработки оптимального уровня креативной безнадежности. Однако ваша главная цель при таком стечении обстоятельств заключается вовсе не в том, чтобы вызвать креативную безнадежность. Вместо этого вы должны оценить степень, в которой ваши клиенты

ощущают на себе издержки продолжения следования неэффективной повестке контроля, чтобы впоследствии вам было легче управлять выработкой креативной безнадежности.

Издержки, связанные с безуспешными попытками минимизировать депрессию, могут принимать несколько форм, включая издержки, связанные со временем, затратами сил и энергии, а также финансовые затраты. Все это необходимо рассмотреть. Ваша оценка в большинстве случаев может основываться на информации, полученной вами из общения со своими клиентами в ходе предварительного оценивания тех средств и способов, которые они уже успели опробовать, пытаясь справиться со своей депрессией. Однако к этим вопросам следует возвращаться и в дальнейшем, обсуждая их по мере необходимости.

**Боль отсутствия.** Третья совокупность издержек, ассоциирующихся с депрессией, связана с утратой очень важных для клиента занятий и жизненных событий. Такая утрата является результатом самой депрессии и/или времени, сил и энергии, которые были затрачены на попытки контролировать ее. Хейс и Смит [*Hayes & Smith, 2005, p. 15*] называют такие издержки “болью отсутствия”; их можно оценить напрямую, рассмотрев, какую часть своей жизни ваш клиент уже потратил на депрессию и на свои тщетные попытки спастись от нее. Оценивание такого рода, очевидно, требует по меньшей мере предварительной оценки ценностей вашего клиента. Такая оценка, скорее всего, не будет оставаться неизменной, поскольку идентификация и прояснение ценностей часто остаются “подвижной целью”. Соответственно, на данном этапе не следует рассматривать свой анализ боли отсутствия как исчерпывающий и окончательный. Тем не менее он полезен как минимум по двум причинам. Во-первых, как и в случае издержек, обусловленных недейственностью повестки контроля, оценивание издержек, ассоциирующихся с тем, что было затрачено на депрессию, может оказаться полезным для определения оптимального уровня креативной безнадежности. Во-вторых, серьезное рассмотрение того, какую часть своей жизни ваш клиент затратил на борьбу с депрессией, может оказаться весьма отрезвляющим опытом для вас

и вашего клиента — опытом, который упрочивает вашу эмпатическую связь с клиентом.

**Издержки в повседневной жизни.** До сих пор большинство издержек, связанных с депрессией, которые рассматривались как часть мотивационного анализа, накапливались у клиента в течение всего времени начиная с момента возникновения депрессии. Однако пока продолжается борьба вашего клиента с депрессией, “счетчик издержек” продолжает работать и наверняка будет включать в свои показания ухудшение качества повседневной жизни клиента. Следовательно, необходимо также рассмотреть, что ваш клиент продолжает поминутно и ежедневно терять вследствие депрессии и своей борьбы с ней. Например, как указывалось выше, депрессивный клиент может отклонять предложения участвовать в тех или иных социальных мероприятиях, предпочитая тратить время на руминацию.

## Выгоды депрессии

Помимо факторов окружения (о которых мы поговорим в следующем разделе формы концептуализации кейса), которые могут поддерживать продолжение депрессии, одной из наибольших “выгод”, которые ваши клиенты могут извлекать из продолжения пребывания в депрессии, является “ощущение собственной правоты”. Как указывалось в главе 2, это, вероятнее всего, происходит в случае высокого уровня слияния концептуализированного Я клиента с жизненной историей, в которой другие люди виктимизировали и травмировали его. Продолжая оставаться в депрессивном состоянии, такой клиент по крайней мере находит утешение в ощущении собственной правоты. В подобных случаях, как указывалось выше, план лечения должен включать значительный объем работы по разделению жизненной истории и концептуализированного Я клиента, а также разъяснение ему продолжающихся издержек ощущения собственной правоты.

Как указывалось в главе 2, еще одна потенциальная компенсация может возникать, когда сама депрессия позволяет клиенту избежать столкновения с еще более неприятными для него психологическими экспириенсами, такими как боязнь неудачи или отвержения.

Это возможное последствие не является несовместимым с выгодой ощущения собственной правоты. То и другое может возникать, когда в жизни клиента возникали утраты и разочарования в сочетании со слиянием концептуализированного Я клиента с жизненной историей о таком событии.

## *Издержки и выгоды терапевтических изменений*

Рассматривая относительные издержки и выгоды терапевтических изменений для ваших клиентов, подчеркивайте обсуждавшуюся выше разницу между подходящими целями процесса и конечными целями при АСТ. Таким образом, рассматриваемое здесь “изменение” не является часто высказываемой терапевтической целью клиента “чувствовать себя лучше”, а целью, которая заключается в том, чтобы жить более полнокровной, активной и осмысленной жизнью.

## **Издержки, связанные с изменениями**

Издержки можно истолковывать как утрату чего-либо желательного и столкновение с чем-то нежелательным. В этом отношении мы уже рассматривали некоторые из издержек изменений, ассоциирующихся с утратой чего-либо желательного (например, отказом от ощущения собственной правоты). На данном этапе мотивационного анализа нужно пересмотреть, с какими нежелательными и (по крайней мере до сего момента) в основном избегаемыми психологическими экспириенсами ваши клиенты могут, скорее всего, столкнуться, если будут жить в соответствии со своими заявленными ценностями. Например, клиенты могут сильно сомневаться в себе и испытывать дискомфортные уровни страха, стыда, смущения, сожаления и прочих нежелательных эмоций, когда начинают совершать первые шаги, необходимые для изменения своего образа жизни. План успешного лечения с помощью АСТ при таких обстоятельствах будет, вероятнее всего, направлен на преодоление возможных экспириенциальных барьеров, препятствующих поведению в соответствии с заявленными клиентом ценностями, посредством интервенций, которые способствуют разделению, майндфулнесс и принятию.

## Выгоды от изменений

Очевидной выгодой от изменений для клиентов, с точки зрения АСТ, является возможность вести более воодушевляющую жизнь. К сожалению, многие депрессивные клиенты и особенно клиенты, страдающие хронической депрессией, настолько далеки от подобного существования, что такая возможность уже не очень-то вдохновляет их. Более того, как указывалось ранее, некоторые клиенты, возможно, испытывали столь сильное разочарование в своей жизни, что избегают даже думать о том, что они когда-то хотели получать от жизни. Чтобы оценить степень, в которой ваши клиенты пребывают в психологическом контакте с потенциальными выгодами совершения действий в соответствии с их заявленными ценностями, дальнейшее прояснение и обсуждение с вашими клиентами их ценностей может оказаться полезным в двух отношениях.

Во-первых, в целях завершения мотивационного анализа, ваша задача частично заключается в том, чтобы оценить дистанцию между депрессивной жизнью, которую ведут ваши клиенты, и тем, как могла бы выглядеть полноценная жизнь каждого из них. Подумайте о том, как их нынешнее поведение, обусловленное депрессией, и возможные изменения, которые они могли бы осуществить, связаны с их базовыми ценностями. Как указывалось ранее, возможно, неслучаен тот факт, что реализация этого посредством бесед с вашими клиентами также присутствует мотивационному интервьюированию [Miller & Rollnick, 2002, p. 83], из чего следует, что общение определенным образом с вашими клиентами относительно их ценностей может также способствовать усилению их желания изменить свое поведение.

Во-вторых, с точки зрения ТРФ, разговор с клиентами об их ценностях может функционировать как *мотивационно-усиливающий* [Barnes-Holmes, O'Hora, Roche, Hayes, Bissett, & Lyddy, 2001, pp. 109–110], то есть, он повышает способность определенных событий и экспириенсов выполнять роль усилителей. Говоря более простым языком, иногда чем больше вы говорите о чем-то таком, чего вам хочется, тем больше вам хочется этого “чего-то”. Это может быть особенно верно, если когда-то у вас уже было это “что-то”, чего вам хочется. Например, ниже представлен



гипотетический разговор, который иллюстрирует этот процесс в случае депрессивного клиента, для которого быть активным, заботливым родителем является одной из важных жизненных ценностей.

*Терапевт.* Приходилось ли вам в прошлом проводить время со своими детьми? Возможно, вы играли с ними, рассказывали им какие-то истории или мастерили что-то вместе с ними, и вы испытывали чувство реальной близости с ними и заботы о них?

*Клиент.* До того как у меня появилась депрессия, это действительно случалось нередко. Но с тех пор как меня охватила депрессия, все это осталось в прошлом.

*Терапевт.* Расскажите мне больше о том, как вы общались со своими детьми и чем вы занимались в то время.

*Клиент.* Я помню, как пытался научить их чему-то новому, рассказать им что-то интересное. Например, я ходил вместе с ними в зоопарк и мне нравилось, в какой восторг они пришли, когда впервые в жизни увидели слона.

*Терапевт.* Вам хотелось бы испытать сейчас такие же чувства, какие вы испытывали когда-то, проводя время со своими детьми? Может быть, это получится у вас, а может быть, не получится. Полагаю, единственным способом выяснить это было бы сделать все необходимое для того, чтобы это стало возможным. Является ли для вас получение такой возможности чем-то таким, над чем нам двоим следовало бы поработать вместе?

*Клиент.* Мне очень хотелось бы этого.

При обсуждении расхождения между нынешним положением дел этого клиента (например, “Как близко вы подошли сейчас к тому, чтобы проводить время примерно так, как вы рассказывали мне о вашем общении со своими детьми?”) и желательным образом жизни этого клиента (например, “Что вы могли бы сделать, для того, чтобы такая возможность стала более реальной?”) можно было бы также включить в этот разговор что-то наподобие *анализа различий*.

## Сопутствующие вопросы

Ниже перечислены вопросы, на которые необходимо ответить при выполнении мотивационного анализа.

- Что конкретно уже пробовал делать этот клиент, пытаясь контролировать депрессию, но это не принесло ему успеха?
- Сколько времени этот клиент затратил на такие попытки?
- Сколько сил этот клиент затратил на такие попытки?
- Во сколько обошлись клиенту такие попытки с финансовой точки зрения?
- Что уже потерял этот клиент и чем ему пришлось пожертвовать в ходе своей борьбы с депрессией?
- Как борьба этого клиента с депрессией повлияла на качество его повседневной жизни?
- Насколько этот клиент проникся ощущением собственной правоты в том, что касается его истории депрессивной жизни?
- Насколько этот клиент проникся своим депрессивным концептуализированным Я?
- Есть ли какие-то другие, более пугающие психологические проблемы (например, боязнь интимных отношений, оставления, неудачи, и т.п.), с которыми этому клиенту придется столкнуться, если ему удастся избавиться от своей депрессии?
- От чего этому клиенту пришлось бы отказаться, если бы ему удалось избавиться от своей депрессии?
- Кто оказался бы “потерпевшей стороной” в результате того, что состояние этого клиента улучшилось?
- Какие экспериенциальные барьеры стоят на пути этого клиента к действиям, отвечающим его ценностям?
- В чем заключаются ценности этого клиента?
- Насколько должна была бы измениться жизнь этого клиента, чтобы он мог двигаться в направлении этих ценностей?

- В какой мере, в целом, этот клиент пребывает в психологическом контакте с тем, во сколько депрессия уже обошлась ему и продолжает обходиться ему сейчас?
- В какой мере, в целом, этот клиент пребывает в психологическом контакте с выгодами отказа от повестки экспериенциального контроля в пользу жизни согласно ценностям этого клиента?
- Какой еще объем работы может понадобиться для поддержания состояния креативной безнадежности до тех пор, пока этот клиент не откажется от повестки контроля?

## **Анализ барьеров в окружении клиента**

К сожалению, в окружающем мире депрессивного клиента зачастую существует также еще одна совокупность барьеров к психологическим изменениям и повышенной гибкости (помимо тех, которые мы уже обсуждали и которые по своей природе являются экспериенциальными). С функционально-контекстуалистской точки зрения, которая играет роль философского фундамента АСТ, все психологические события, включая депрессию, рассматриваются как результат взаимодействия между организмами и неким контекстом, который можно определить как исторически, так и ситуационно [Hayes, Strosahl, Bunting et al., 2004]. Таким образом, всестороннее понимание функций депрессии, которое требует рассмотрения не только путей, которые исторически привели к возникновению депрессии, но и текущих ситуационных факторов, которые помогают поддерживать ее продолжение. При этом необходимо оценивать внешние обстоятельства, которые способствуют продолжению пребывания в депрессии, отдельно от обстоятельств, которые наказывают за улучшение состояния.

### *Способствование продолжению пребывания в депрессии*

Обстоятельства, которые способствуют продолжению пребывания в депрессии, могут быть по своей природе как финансовыми, так и социальными.

## **Финансовые обстоятельства**

Возможно, самая очевидная финансовая причина продолжения пребывания в депрессии возникает у клиентов, которые получают пособия по временной нетрудоспособности. Продолжение пребывания в депрессии, по сути, продлевает получение финансовой помощи, тогда как улучшение состояния, скорее всего, приведет к прекращению финансовой помощи. В подобных случаях рассмотрение альтернативных источников получения дохода и постепенное переключение на них (например, возвращение на работу, продолжение учебы, подача заявления в профессионально-реабилитационные службы, и т.п.), возможно, придется предусмотреть во всестороннем плане лечения клиента.

## **Социальные обстоятельства**

Депрессивное поведение может непреднамеренно поддерживаться путем социально опосредованного позитивного и негативного подкрепления. Что касается первого, то ваши клиенты, когда они демонстрируют депрессивное поведение (например, сторонятся людей, рассуждают о самоубийстве, и т.п.), могут получать со стороны членов своей семьи и/или друзей больше внимания и симпатии, чем в случаях, когда они ведут себя более гибко и здраво с психологической точки зрения. Кроме того, депрессия может негативно подкрепляться другими людьми, когда они избавляют клиента от необходимости исполнять определенные “нежелательные” обязанности. В крайних случаях бывает необходимо — с разрешения клиента — потребовать, чтобы ключевые члены его семьи и/или друзья клиента посетили сессию, в ходе которой будут обсуждаться соответствующие вопросы.

## *Наказание за улучшение состояния*

Представляется также весьма полезным различать финансовые и социальные обстоятельства, которые ослабляют поведение клиента, несовместимое с депрессией. Межличностные обстоятельства и обстоятельства, связанные с деньгами, могут зачастую действовать совместно, отбивая у клиента желание улучшать свое состояние. Но они могут

также действовать независимо друг от друга и, по этой причине, должны рассматриваться отдельно для каждого из ваших клиентов.

## **Финансовые обстоятельства**

Помимо возможности, заключающейся в том, что некоторые клиенты могут перестать получать пособия по временной нетрудоспособности, другие финансовые обстоятельства могут, по сути, наказывать других клиентов за более здоровое, с психологической точки зрения, поведение. Например, физическое перемещение в другую часть города может принести терапевтическую пользу клиенту, но оказаться “неподъемным” для него с финансовой точки зрения. Как альтернативный вариант, клиенты, которые неплохо зарабатывают на рутинной, неинтересной и отупляющей работе, могут быть не заинтересованы в активном поиске какой-то другой работы, которая приносила бы меньший доход, но была более интересной и в большей мере соответствовала их ценностям.

## **Социальные обстоятельства**

Иногда, к сожалению, другие важные личности в жизни клиента могут быть настолько заинтересованы в том, чтобы состояние клиента не улучшалось, что любое его движение в сторону улучшения решительно саботируется. Например, “баланс власти” между клиентом и его супругой (супругом) может поддерживаться лишь до тех пор, пока депрессивный клиент остается в позиции “на одну ступеньку ниже” своей супруги (супруга).

Еще одна совокупность социальных обстоятельств, которые могут активно действовать против терапевтических изменений, могла быть непреднамеренно сформирована клиентами, которые охотно делились с другими людьми историей своей жизни, особенно если эта история оказывается достаточно травматичной по своей природе. При таких обстоятельствах клиенты, которые демонстрируют улучшение своего состояния, могут подвергаться каким-то критическим расспросам и комментариям со стороны других людей (например, “С вами не должны обращаться так, как, судя по вашим словам, с вами обращались раньше, иначе у вас снова может наступить депрессия”), когда они начинают

выходить из своей депрессивной социальной роли, которую они поневоле взяли на себя. Продолжать оставаться в депрессивном состоянии и не демонстрировать признаков улучшения состояния может быть не только одним из способов продолжать испытывать “ощущение собственной правоты”, но и способом сохранить лицо в таком контексте и, следовательно, избежать пристального внимания со стороны других людей.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, на которые следует ответить при выполнении вами анализа барьеров к терапевтическим изменениям в окружении клиента.

- Какие финансовые факторы могут продолжать удерживать этого клиента в состоянии депрессии?
- Получает ли этот клиент пособие по психиатрической нетрудоспособности в связи с депрессией?
- Если получает, то какие другие средства финансовой поддержки есть в распоряжении этого клиента?
- Какие финансовые издержки и потери могут возникнуть у этого клиента в случае улучшения его состояния?
- Насколько широкому кругу лиц этот клиент рассказывал свою жизненную историю о том, почему у него возникла депрессия?
- В какой степени этот клиент “потеряет лицо” в результате улучшения своего состояния?

## **Факторы, способствующие психологической негибкости**

Поскольку мы уже достаточно широко обсуждали в главе 3 разные формы, которые может принимать психологическая негибкость, здесь нам понадобится сделать небольшие уточнения. Вопрос, который необходимо рассмотреть в этой части формулирования и концептуализации кейса, не сводится к простому перечислению разных

типов психологической негибкости, проявляющихся у данного клиента, а предполагает оценку их относительной силы как индивидуально, так и коллективно. Например, большинство ваших депрессивных клиентов (если не все они) будет, в той или иной степени, высказывать предположения относительно причин возникновения у них депрессии или будет пытаться понять причины своей депрессии путем руминации. Однако вполне вероятно, что они будут отличаться друг от друга в самой преобладающей форме, которую принимает психологическая негибкость, а также в своих совокупных уровнях психологической ригидности. Оценив то и другое, вам будет легче сформулировать уникальный план лечения для каждого клиента.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, над которыми следует подумать при выполнении вами этой части формы концептуализации кейса.

- Какие формы психологической негибкости демонстрирует этот клиент?
- Какие самые преобладающие или предпочтительные формы психологической негибкости демонстрирует этот клиент?
- Насколько ригидным, в целом, является этот клиент в том, что касается исполнения правил, и особенно того, что “следует, желательно и нужно” делать?
- В какой мере этому клиенту присущ перфекционизм?
- Насколько ценит данный клиент знания, базирующиеся на интеллекте (то есть, логику и рассуждения), по сравнению со знаниями, базирующимися на опыте (эмпирическими знаниями)?

## **Таргетирование коренных процессов**

В ходе оценивания и концептуализации кейса каждого из ваших депрессивных клиентов вы уже располагаете достаточным объемом информации, чтобы идентифицировать те коренные процессы, которые должны стать объектами особого внимания в рамках начального плана

лечения каждого из этих клиентов. Возможно, вам будет удобнее разделить шесть процессов, представленных на нашем шестиугольнике (и соответствующие им процессы-антагонисты, способствующие психологической негибкости), на следующие три пары, вместо того чтобы рассматривать их по отдельности:

- процессы, связанные с разделением и принятием;
- процессы, связанные с ответственностью и изменениями поведения;
- общие процессы, связанные с контактом и текущим моментом и Я как контекстом.

Такое же разделение на три пары я предлагал в главе 3. Я также воспользуюсь ими для организации следующих трех глав, в которых будут освещаться таргетированные интервенции, специфические для каждой пары.

Хотя форма концептуализации кейса предлагает вам идентифицировать и коренные процессы, и соответствующие АСТ-интервенции, на которых должен быть сделан акцент во время лечения, на данном этапе нужно сначала уделить внимание первому, а затем второму. После того как вы определите для каждого клиента пару доминирующих у него коренных процессов, вам, возможно, будет удобнее сразу же перейти на главу, посвященную соответствующим интервенциям, чтобы выбрать конкретные стратегии и техники, наиболее подходящие для плана лечения каждого клиента.

В то время как у большинства ваших клиентов может проявляться какая-то доминирующая пара коренных процессов, вполне возможно, что среди ваших клиентов окажутся и такие, у кого все три пары процессов покажутся вам равносильными (и будут такими в действительности). Это не является столь серьезной проблемой, как может показаться на первый взгляд, поскольку свидетельствует лишь о том, что в таких случаях вы можете начать с чего угодно. Не столь уж проблематичной является и ситуация, когда ваша оценка коренных процессов оказывается неправильной, в результате чего вы начинаете АСТ, нацеливаясь на “неправильную” пару процессов. Как указывалось ранее, неоднократно упоминавшийся мною шестиугольник и разделение



представленных им коренных процессов на три пары выполняют определенную эвристическую функцию и, соответственно, вы не можете допустить ошибку. Кроме того, — и об этом также упоминалось ранее — коренные процессы поддерживают друг для друга таким образом, что лечение, которое поначалу фокусируется на том, какая из пар процессов является более слабой, постепенно переориентируется в направлении тех процессов, которые оказываются относительно сильнее. Пока вам достает гибкости для того, чтобы следовать этой перемене направления, АСТ, по существу, оказывается самонастраивающейся терапией. Хотя эффективность вашего лечения может несколько снизиться, это вряд ли сможет отрицательно повлиять на его суммарную результативность.

### *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, над которыми следует подумать при идентификации коренных процессов для каждого клиента.

- Какова относительная сила процессов, которые препятствуют разделению и принятию у этого клиента?
- Какова относительная сила процессов, которые антагонистичны действиям этого клиента в соответствии с его ценностями и изменению его поведения?
- Какова относительная сила процессов, которые несовместимы с майндфулнесс и Я как контекстом у этого клиента?
- Какая из трех пар коренных процессов является доминирующей у этого клиента?
- Какая из трех пар коренных процессов является самой слабой у этого клиента?

## **Идентификация сильных сторон клиента**

Клиенты, подобно всем нам, имеют собственные сильные и слабые стороны. Вполне обоснованная и необходимая сосредоточенность на слабостях клиента не должна мешать вам скрупулезно проанализировать его сильные стороны в ходе выработки всестороннего плана

лечения. Сам по себе факт, что в данный момент клиенты могут испытывать сильные затруднения, пытаясь справиться с эмоциональным дистрессом, еще не означает, что им не удавалось справиться с эмоциональным дистрессом в прошлом. Два клиента, которые могут быть функционально эквивалентны с точки зрения процессов, которые способствуют поддержанию у них депрессии, могут требовать разных планов лечения вследствие их личных преимуществ и сильных сторон, которые также участвуют в терапии.

Возможно, самым важным вопросом, который нужно рассмотреть при оценивании потенциальных сильных сторон ваших клиентов, является степень, в которой они проявляли способность более или менее успешно справляться с прежними жизненными трудностями и вызовами, включая предыдущие фактические или потенциальные эпизоды депрессии. К числу самых распространенных форсирующих событий для депрессии относится, в частности, тот или иной тип личной утраты, особенно утраты любимого человека. Какие смерти пришлось пережить этому клиенту, при которых процесс тяжелой утраты был относительно неосложненным, и насколько успешно этот клиент справился с такими потерями? Кроме того, чтобы идентифицировать какие-то из эффективных копинговых навыков этого клиента и его способность к повышению психологической гибкости, попытайтесь выяснить, как этому клиенту удавалось справляться с другими типами потерь, например потерей работы, личного имущества или неудачами в романтических отношениях. Коротко говоря, проанализируйте обстоятельства, в которых ваши клиенты могли легко впасть в депрессию, но не впали в нее, чтобы выявить их уникальные копинговые навыки и способности.

Ранее я упомянул высокие коэффициенты коморбидности между депрессией и употреблением наркотических веществ/наркозависимостью. Это, вероятно, означает не только то, что ряд ваших депрессивных клиентов одновременно испытывают проблемы в этой области, но и то, что кто-то из них, возможно, уже успешно справился с этими проблемами. Если это так, то, побудив своих клиентов к рассказу о том, как им удалось справиться с этими проблемами, вы сможете составить представление об их сильных личных сторонах, которыми можно

воспользоваться в процессе лечения. Кроме того, вследствие очевидной схожести между некоторыми аспектами 12-этапных программ, в целом, и Анонимных Алкоголиков (АА), в частности, с одной стороны [Wilson & Byrd, 2004], и акцентом на принятии в рамках АСТ, с другой стороны [Wulfert, 1994], вам может быть особенно полезно выяснить, насколько успешным был прежний опыт данного клиента в деле применения таких интервенций.

Последняя область, которую вам предстоит исследовать, чтобы выявить сильные стороны клиента и возможные источники психологической гибкости, связана с достижением трудных целей. Клиенты могут демонстрировать большую открытость и восприимчивость к разговорам о том, как им удалось добиться каких-то успехов в своей жизни, чем к разговорам о том, как они смогли справиться с личными потерями и разочарованиями. Попросите клиентов указать, каких целей им удалось достичь в своей жизни, если для достижения этих целей потребовалось значительное напряжение их сил. Такой разговор может выявить не только конкретные стратегии, какие данный клиент использовал, продолжая упорно продвигаться к своей цели несмотря на неблагоприятные обстоятельства, но и базовые ценности, с которыми могли быть связаны его цели. Например, один из моих недавних клиентов смог сопоставить уровень ответственности и принятия, который понадобился ему в молодости для успешного преодоления марафонской дистанции, с трудностями, которые он испытывает сейчас, борясь со своей депрессией.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, на которые вам следует ответить, анализируя уникальные личные достоинства каждого клиента.

- С какими личными утратами удалось успешно справиться этому клиенту?
- С чем успешно совладал этот клиент?
- Удавалось ли этому клиенту избавиться от каких-либо вредных привычек (таких, как пристрастие к алкоголю, курению,

наркотическим веществам, и т.п.), а если удавалось, то за счет чего именно?

- Есть ли у этого клиента позитивный опыт участия в 12-этапных программах (например, АА)?
- Пытался ли этот клиент научиться медитировать или заниматься йогой и, если пытался, то можно ли считать успешным его опыт медитации и занятий йогой?
- Знаком ли этот клиент с некоторыми религиозными практиками, такими как буддистская или христианская медитация, которые совместимы с АСТ, и есть ли у него опыт занятия такими практиками?
- Каких трудных целей в жизни достиг этот клиент, и как ему удалось это?
- Какие базовые ценности связаны с труднодостижимыми целями, которых удалось достичь этому клиенту в своей жизни?
- Какие еще личные активы принес этот клиент в терапию?

## Формулирование плана лечения

Последний раздел формы концептуализации кейса предлагает вам составить начальный план лечения посредством АСТ. Используйте какую-либо пару коренных процессов, которую вы определили как доминирующую, чтобы выбрать направление начала лечения. Предложения по конкретным интервенциям и техникам, которые могут использоваться для применения к каждой из пар коренных процессов, вы найдете в следующих трех главах. Я старался организовать эти главы так, чтобы они были достаточно автономными. Это сделано для того, чтобы вам не было необходимости читать и применять их последовательно, одна за другой. Скорее, вы можете использовать свою концептуализацию кейса, чтобы определить, к какой из этих трех глав вам следует обратиться в первую очередь. Например, я рекомендую вам начать лечение под руководством главы 8, выбрав клиента, депрессия которого кажется вам сильнее всего связанной с чрезмерной руминацией и слиянием с ущербным концептуализированным Я. Наоборот, глава 6 может

оказаться наиболее подходящей отправной точкой для клиентов, которые демонстрируют более разнообразные формы экзпериециального избегания и слияния.

## **Сравнение стратегических и технических аспектов АСТ**

Несмотря на акцент в следующих трех главах на технических аспектах или процедурах АСТ терапии принятия и ответственности в широком смысле, было бы еще целесообразнее рассматривать как “зонтичный” стратегический и даже парадигматический (глава 11) подход, а не просто как некую совокупность процедур. Это верно по нескольким причинам. Самое важное, возможно, заключается в том, что отношение к АСТ как к некоему подходу означает больший упор на его совокупной повестке повышения психологической гибкости, а не на определении того, как использовать инструменты, предусмотренные в его инструментарии. Например, понимание полезности функции молотка в результате знания того, когда и для чего можно им пользоваться, представляется более ценным, чем знание того, как с его помощью наносить удары по тем или иным объектам.

Поддержание стратегической сфокусированности АСТ на обеспечении жизни клиента в соответствии с его ценностями путем повышения его психологической гибкости также может приводить к более умелому, творческому и гибкому применению используемых инструментов. Наконец, инструментарий АСТ содержит интервенции и техники, которые представляют собой уникальные разработки, а также интервенции и техники, которые были позаимствованы из других психотерапевтических подходов и традиций (и соответствующим образом адаптированы), но может расширяться. Новые АСТ-совместимые техники и процедуры постоянно разрабатываются и совершенствуются по мере все более широкого применения АСТ. Представляется вполне вероятным, что вы также сможете внести свой вклад в расширение инструментария АСТ, если рассматривать такую терапию с более стратегической и функциональной точки зрения, а не с точки зрения, которая является технической по своей сфокусированности.

## Заключение

Цель этой главы — служить путеводителем при выполнении вами концептуализации кейса для последующего формулирования уточненного плана лечения каждого из ваших депрессивных клиентов. В заключение следует упомянуть о проблеме, которая делает менее актуальным вопрос о том, с чего следует начинать АСТ. Предварительный план лечения может помочь выбрать начальное направление терапии, однако его полезность может снизиться по мере развертывания АСТ. Предварительный план лечения можно рассматривать как предлагаемый отправной пункт терапии, а не дорожную карту, которой можно пользоваться на протяжении всего курса терапии. В течение курса терапии нередко случаются неожиданные повороты, поэтому к начальному плану лечения нужно подходить творчески и по мере необходимости вносить в него соответствующие поправки. По мере того как АСТ развертывается и, возможно, начинает двигаться в направлениях, не предусмотренных начальным планом лечения, ваши действия как терапевта должны более чутко реагировать на изменения состояния и поведения ваших клиентов. Вообще говоря, не бывает неправильных планов лечения, просто какие-то из них более эффективны, чем другие, и придерживаться плана лечения, который уже не работает, нет никакого смысла. Другими словами, все мы — клиенты и терапевты — находимся в одной лодке и, следовательно, все мы должны обращать внимание на то, что работает и что не работает, поддерживая таким образом психологическую гибкость.