

# Введение

## Что такое АСТ

Слова очень сильны.

*“Ты толстая”.*

*“Ты должна быть идеальной”.*

*“Ты этого не заслуживаешь, ты недостаточно много работал”.*

*“Ты превысил свой лимит, и не важно, голоден ты или нет”.*

*“Чувства — это признак слабости и отсутствия личного контроля”.*

Той еды, которая была прекрасна, больше не существует. Та же самая еда, приготовленная точно так же, теперь другая. Хотя у людей иногда возникают непосредственные обуславливающие переживания, которые способствуют реакциям отвращения или страха перед едой, для людей с нервной анорексией (НА) еда становится отвратительной прежде всего через вербальный процесс (т.е. из-за того, что собой символизируют еда и питание, и из-за важности принятия правильных решений о том, что есть и сколько). При столкновении с едой эмоциональная нагрузка кажется невыносимой.

Слова преобладают над опытом. Тарелка покрыта не едой, а цифрами, вычислением которых занят мозг. Нужно ли мне это есть? И сколько? Запах, текстура, ощущение на языке, предпочтения или другие ассоциации, такие как воспоминание из детства о теплом завтраке в субботу утром, уходят из сознания. Ожидаемое чувство сытости — это признак ожирения, а также того, что вы слишком много хотите. В этот момент кажется невозможным позволить себе поесть. Есть только избегание и бегство, а также немедленное облегчение, обеспечиваемое отодвиганием тарелки, чтобы провозгласить: “Я не голоден”, что означает более глубокие сообщения, такие как “Я не плохой, нуждающийся, жадный или потерявший контроль”.

Такова человеческая природа. Хотя не у всех это проявляется, мы все попадаем на крючок своих мыслей и начинаем делать то,

что кратковременно облегчает эмоциональную боль, даже если это в конечном счете причиняет нам вред. Для людей с НА последствия могут быть разрушительными. НА является основной причиной преждевременной смерти из-за состояния психического здоровья (стандартизированный коэффициент смертности — 5,9; 4,2–8,3, 95%-ный доверительный интервал) [Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014].

Особенно распространены самоубийства (стандартизированный коэффициент смертности — 31; 21–44, 95%-ный доверительный интервал) [Preti, Rocchi, Sisti, Camboni, & Miotto, 2011], что подчеркивает глубину страдания этих людей.

Терапия ответственности и принятия (АСТ — Acceptance and Commitment Therapy) помогает людям с НА и обратимым угрожающим жизни голоданием и повышает жизнеспособность за счет повышения психологической гибкости. Индивидуумы с НА переходят от жесткого, карательного стиля саморегуляции, основанного на правилах “хорошо” или “правильно”, к более гибкому, чуткому подходу к удовлетворению своих физических и эмоциональных потребностей. Результатом является не только нормализация веса, но и большая забота о себе и участие в деятельности, которая лично значима. Жизнь становится не просто перечнем задач, которые нужно решить, или стандартов, которым нужно соответствовать, а живой и полноценной реальностью.

## Что такое АСТ

АСТ — это когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) третьей волны и клиническое расширение теории реляционных фреймов [Relational Frame Theory — RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001], а также теоретическое и эмпирическое описание вербального поведения человека. RFT описывает, как уникальная человеческая способность к **произвольно применимому производному реляционному реагированию** закрепляет **когнитивное слияние** (чрезмерную привязанность к содержанию умственной деятельности) и **эмпирическое избегание** (попытки изменить или проконтролировать внутренние события, даже когда это причиняет психологический

вред). АСТ улучшает функционирование и адаптивность человека за счет повышения **психологической гибкости** (способности иметь такие мысли и чувства, какие они есть, и двигаться в направлении лично выбранных ценностей).

АСТ — это функционально-контекстуальное вмешательство. Таким образом, основное внимание в этой терапии уделяется тому, как поведение функционирует для индивида, а события формулируются как действия в контексте. Вместо того чтобы пытаться изменить форму (или *содержание*) самих мыслей и чувств, как в более традиционной КПТ, интервенции направлены на изменение **контекста**, в котором находятся психологические события, или того, как люди реагируют на свои мысли и чувства. Интервенции специально направлены на разрушение социально-вербальных контекстов **буквальности, аргументации и эмпирического контроля**, которые побуждают нас относиться к мыслям как к буквальным событиям, которые они представляют (а не как к умственной деятельности), дают основания для нашего поведения и контролируют наши мысли и чувства. Когда эти контексты нарушены, а внутренний опыт может быть легко удержан, поведение может более свободно варьироваться в соответствии с ценностями и требованиями ситуации.

На практике АСТ задействует шесть взаимосвязанных терапевтических процессов, способствующих психологической гибкости. К ним относятся принятие, разделение, присутствие в настоящем моменте, селф как контекст, ценности и целенаправленное действие.

**Принятие** помогает людям отпустить ненужные попытки избежать нежелательных мыслей (чувств и телесных ощущений) или сбежать от них.

**Разделение** помогает перестать воспринимать мысли буквально, что позволяет наблюдать их как события в уме (а не как буквальные события, которые они представляют).

**Присутствие в настоящем моменте** повышает способность индивида гибко реагировать на внутренние и внешние события по мере их возникновения и “быть здесь и сейчас”.

**Селф как контекст** усиливает способность индивида принимать точку зрения наблюдателя (т.е. становиться “больше, чем”

любой отдельный опыт) и освобождаться от бесполезных рассказов самому себе.

**Прояснение ценностей** дает человеку жизненное направление и руководство для принятия сиюминутных решений.

**Целенаправленное действие** помогает людям определять и принимать действия, соответствующие их личным ценностям в повседневной жизни.

АСТ признана научно обоснованной практикой отделом 12 АРА, Обществом клинической психологии, Американской психологической ассоциацией и Национальным реестром научно обоснованных программ и практик (NREPP) Управления по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и психиатрическим услугам. В настоящее время проводится более 300 рандомизированных контролируемых исследований, тестирующих АСТ для широкого спектра представленных вопросов, а также множество открытых исследований и клинических отчетов о случаях заболевания. Данные по АСТ с расстройствами пищевого поведения являются предварительными, но многообещающими (табл. 1). Существуют два рандомизированных контролируемых исследования и 12 других исследований лечения АСТ с расстройствами пищевого поведения, причем большинство из них сосредоточено на взрослых ( $n = 11$ ), НА ( $n = 7$ ) и амбулаторных условиях ( $n = 13$ ) (см. табл. 1). Также проводится несколько исследований, использующих субклинические популяции расстройств пищевого поведения или специально нацеленных на неудовлетворенность телом. Исследования показывают улучшение поведения при расстройствах пищевого поведения и индекса массы тела (ИМТ) у людей с НА, которые в значительной степени сохраняются в течение коротких периодов наблюдения. Долгосрочные последствия неизвестны.

В этой книге описано, как применять АСТ к РПП и спектру поведения, связанного с РПП. Она предназначена для клинических и учебных целей, а также для руководства клиническими исследованиями и основана на нашем опыте лечения людей с НА и их семей в центре для лечения расстройств пищевого поведения Дьюка в Медицинском центре Университета Дьюка. Эта программа

включает традиционную амбулаторную индивидуальную, групповую и семейную терапию, а также интенсивную амбулаторную программу (предусматривающую несколько групповых и индивидуальных встреч в неделю с членами лечебной бригады). Работа с родителями — это отдельная особенность программы.

Хотя мы предоставляем всю необходимую информацию для принятия подхода АСТ к лечению НА, новичку в АСТ будет полезно изучить основополагающие материалы, например [*Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, 2011; Wilson, 2009*], и приобрести опыт в других интенсивных учебных программах, таких как АСТ BootCamp® или ежегодные конференции Ассоциации контекстуальных и поведенческих наук (ACBS).

Эту книгу можно использовать для лечения клиентов с НА всех возрастов. Однако мы тратим больше всего времени на обсуждение применения АСТ к подросткам и молодым людям, поскольку это типичный возраст, в котором начинается НА [*Halmi, Casper, Eckert, Goldberg, & Davis, 1979; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007*]; люди преклонного возраста практически не обращаются за терапевтической помощью в лечении НА. Мы также используем в примерах клинических ситуаций слово “она” по всей книге как местоимение, относящееся к человеку с НА. Это местоимение было выбрано из-за большей распространенности НА среди женщин и девочек, но не должно предполагать, что НА встречается только у женщин и лиц, идентифицируемых с женщинами. Материал этой книги главным образом сосредоточен на ограничительном поведении, которое занимает центральное место в феноменологии, хотя некоторые люди иногда отказываются от своих ограничений и вовлекаются в более дисрегулируемые паттерны, например переедание вопреки собственным правилам.

В главах 1 и 2 речь идет о том, как облегчить применение модели АСТ, и приведен обзор подхода к лечению. В главе 3 мы даем рекомендации по формулированию случаев с точки зрения АСТ, включая подробное описание функциональной оценки и оценки потенциала клиентов в шести основных областях процесса, упомянутых ранее.

**Таблица 1. Исследования терапии принятия и ответственности при нервной анорексии, нервной булимии, психогенном переедании и расстройстве пищевого поведения неуточненном**

| Автор (год)                                  | Дизайн исследования          | Объем выборки | Группа населения   | Условия лечения | Основной результат  |
|--|------------------------------|---------------|--|-----------------|---|
| Hefner, Sperry, Eifert, and Detweiler (2002) | Метод индивидуального случая | <i>n</i> – 1  | Подростки (НА)   | Амбулаторно     | Нормализация ИМТ; снижение поведенческих проявлений РПП.  |
| Berman, Boutelle, and Crow (2009)            | Серия случаев                | <i>n</i> – 3  | Взрослые (ранее проходившие лечение НА, но без ремиссии) | Амбулаторно     | Нормализация ИМТ по окончании лечения и улучшение общего состояния через 1 год терапии у одного клиента (у двух других клиентов ИМТ остался на исходном уровне); спорадическое снижение поведенческих проявлений РПП. |
| Wildes and Marcus (2011)                     | Серия случаев                | <i>n</i> – 5  | Взрослые (НА)  | Амбулаторно     | Три клиента с умеренно улучшенным ИМТ; сокращение поведенческих проявлений РПП у одного клиента.  |
| Merwin, Zucker, and Timko (2013)             | Серия случаев                | <i>n</i> – 6  | Подростки (НА)   | Амбулаторно     | Улучшение ИМТ у пяти клиентов; сокращение поведенческих проявлений РПП у четырех клиентов.  |

Продолжение табл. 1

| Автор (год)                                       | Дизайн исследования   | Объем выборки   | Группа населения                      | Условия лечения                 | Основной результат   |
|---|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| Juagascio et al. (2013)                           | Сравнительный метод (ТПО + стандартное лечение и стандартное лечение) | $n = 140$ ТПО + стандартное лечение:<br>$n = 66$ стандартное лечение:<br>$n = 74$ | Взрослые (НА, НБ, РППН спектра НА/НБ) | Стационарно (групповая терапия) | ТПО + стандартное лечение превосходили стандартное лечение в сокращении поведенческих проявлений РПП по окончании терапии, а также в снижении частоты повторной госпитализации через 6 месяцев наблюдения. |
| Wildes, Marcus, Cheng, McCabe, and Gaskill (2014) | Открытое клиническое исследование                                     | $n = 24$  | Взрослые (НА)                         | Амбулаторно                     | Нормализация ИМТ и сокращение поведенческих проявлений РПП по окончании лечения. Улучшения наблюдались при контрольном обследовании через 6 месяцев.   |
| Hill, Masuda, Metcher, Morgan, and Twohig (2015)  | Серия случаев   | $n = 2$   | Взрослые (ПП)                         | Амбулаторно                     | Снижение поведенческих проявлений РПП, включая переживание, по окончании терапии. Сохранение этого результата при последующем наблюдении через 3 месяца.   |

Продолжение табл. 1

| Автор (год)  | Дизайн исследования                     | Объем выборки | Группа населения  | Условия лечения  | Основной результат   |
|--|---|---------------|---|------------------|--|
| Hill, Masuda, Moore, and Twohig (2015)               | Серия слу-<br>чаев                      | <i>n</i> – 2  | Взрослые<br>(ПП, РППН)  | Амбула-<br>торно | Сокращение поведенческих проявлений РПП, включая крайнюю эмоциональность и переживание, по окончании лечения. Сохранение данного результата при последующем наблюдении через 3 месяца.   |
| Timko, Zucker, Herbert, Rodriguez, and Merwin (2015) | Открытое<br>клиническое<br>исследование | <i>n</i> – 47 | Подростки<br>(НА)   | Амбула-<br>торно | Улучшение ИМТ и снижение поведенческих проявлений РПП; 49% соответствовали критериям полной ремиссии и 30% соответствовали критериям частичной ремиссии по окончании лечения.  |
| Masuda, Ng, Moore, Felix, and Drake (2016)           | Метод инди-<br>видуального<br>случая    | <i>n</i> – 1  | Взрослые<br>(ДУРКПП:<br>очисти-<br>тельное рас-<br>стройство) | Амбула-<br>торно | Снижение поведенческих проявлений РПП по окончании лечения, включая самоиндуцированную рвоту. Продолжающееся сокращение поведенческих проявлений РПП и поддержание от самоиндуцированных действий в течение 12 месяцев наблюдения. |

Продолжение табл. 1

| Автор (год)   | Дизайн исследования                           | Объем выборки  | Группа населения    | Условия лечения                                  | Основной результат   |
|---|---|--|---------------------|--|--|
| Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren, and Ghaderi (2016) | РКИ (ТПО и стандартное лечение)               | $n = 43$<br>ТПО: $n = 24$<br>стандартное лечение: $n = 19$               | Взрослые (НА)       | Амбулаторно                                      | ТПО и стандартное лечение продемонстрировали аналогичные улучшения ИМТ и сокращение поведенческих проявлений РПП по окончании лечения и при последующем наблюдении через 5 лет.  |
| Juarascio et al. (2017)                                   | Открытое клиническое исследование             | $N = 19$   | Взрослые (ПП)       | Амбулаторно (групповая терапия)                  | Снижение поведенческих проявлений РПП, включая переживание по окончании лечения. Продолжающееся сокращение эпизодов переживания через 3 месяца наблюдения, при этом 60% выборки сообщили о воздержании от переживания.                 |
| Strandskov et al. (2017)                                  | РКИ (ТПО и контрольная группа листа ожидания) | $n = 92$<br>ТПО: $n = 46$<br>контрольная группа листа ожидания: $n = 46$ | Взрослые (НБ, РППН) | Амбулаторно (терапия с использованием Интернета) | ТПО превзошла контрольную группу листа ожидания по снижению поведенческих проявлений РПП; 37% в группе ТПО достигли клинически значимых улучшений в поведении, связанном с РПП, по сравнению с 7% в контрольной группе листа ожидания. |

Окончание табл. 1

| Автор (год)                 | Дизайн исследования   | Объем выборки  | Группа населения | Условия лечения | Основной результат  |
|-----------------------------|---|--|------------------|-----------------|---|
| Pinto-Gouveia et al. (2017) | Сравнительный метод (ТПО и контрольная группа листа ожидания) | $n = 36$<br>ТПО: $n = 19$<br>контрольная группа листа ожидания: $n = 17$ | Взрослые (ПП)    | Амбулаторно     | ТПО превзошла контрольную группу листа ожидания по сокращению поведенческих проявлений РПП, включая переживание, по окончании терапии. Улучшения в группе ТПО сохранялись при последующем наблюдении через 6 месяцев. |

*Примечание.* НА – нервная анорексия; НБ – нервная булимия; ПП – психогенное переживание; РППН (EDNOS) – расстройство пищевого поведения неуточненное; ДУРКПП (OSFED) – другое уточненное расстройство кормления и пищевого поведения; ИМТ – индекс массы тела; РКИ – рандомизированное контролируемое исследование; WLC, wait-list control – контрольная группа листа ожидания.

Глава 3, кроме того, необходима для планирования лечения. В ней также рассматривается раннее вмешательство по мере того, как клиенты пересматривают свою жизненную историю, практикуются в разных местах и в разное время и начинают определять функцию НА, ее последствия и издержки (вопрос, к которому мы вернемся в главе 6).

В главах 4 и 5 освещены вопросы, связанные с восстановлением веса и вовлечением в лечение родителей, других членов семьи и значимых лиц. Некоторые мероприятия, описанные в главе 5, также полезны в работе с отдельными клиентами, и читателю рекомендуется не пропустить эту информацию. В главе 6 представлен процесс создания контекста для перемен (или *творческой безнадежности*). Эта работа имеет решающее значение для интервенций, связанных с принятием, и начинает процесс прояснения личных ценностей. В главе 7 описаны стратегии формирования принятия нежелательного внутреннего опыта. В главе 8 приведены стратегии, помогающие клиентам создавать и внедрять ценности, чему часто способствует повышенная открытость к опыту. В главе 9 представлены стратегии снижения привязанности к содержанию умственной деятельности (процессы *разделения*) и повышения осознания настоящего момента. Глава 10 посвящена стратегиям дальнейшего решения проблем самоидентификации в НА, включая чрезмерную идентификацию с внешним видом и дефицит в восприятии перспективы. Мы заканчиваем главой 11, в которой обсуждаются прогресс и завершение лечения и приводятся некоторые заключительные мысли для терапевта.

Главы этой книги организованы по клиническим целям, когда это уместно (рис. 1). Сценарии для терапевтов приводятся для иллюстрации клинического подхода. Диалоги также включены, чтобы поместить сценарии в контекст терапевтической встречи. Некоторые диалоги и сценарии ссылаются на общие метафоры АСТ; в тексте эти метафоры не объясняются. Предполагается, что читатель имеет некоторое представление об этих вмешательствах. Во всех таблицах, которые имеются в книге, обобщается содержание или приводятся дополнительные сведения, описания и/или примеры концепций или мероприятий. Ключевые ресурсы для терапевта также включают бланк формулировки случая (бланк 3.1) и бланк для оценки возможностей клиента в базовых (или функциональных) областях

процесса АСТ (бланк 3.2). Оба бланка могут быть скопированы или загружены и распечатаны с веб-сайта издателя (ссылка приведена в начале книги).

Некоторые раздаточные материалы также доступны для клиентов. Они раздаются клиентам между сеансами, чтобы повысить их осведомленность о своих поведенческих паттернах и помочь им по-другому относиться к своим мыслям и чувствам. Раздаточные материалы также помогают клиентам практиковать и отслеживать действия, ориентированные на ценности. Раздаточные материалы для клиентов можно найти в конце глав 7–10. Они могут быть скопированы или загружены и распечатаны с веб-сайта издателя (ссылка приведена в начале книги).

|   |
|---|
| <p>Глава 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническая цель 1: оценить огромные эмоциональные преимущества НА</li> <li>• Клиническая цель 2: валидировать страх потери эмоциональных преимуществ НА</li> <li>• Клиническая цель 3: оценить, насколько жесткие, карающие способы саморегуляции были полезны</li> <li>• Клиническая цель 4: вызвать любопытство относительно того, является ли жесткая саморегуляция оптимальной во всех ситуациях</li> <li>• Клиническая цель 5: признать страх клиента перед экспериментами с менее жестким подходом</li> <li>• Клиническая цель 6: поощрить разделение между НА и личностью клиента</li> <li>• Клиническая цель 7: увеличить контакт с нежелательными последствиями НА</li> <li>• Клиническая цель 8: установить контакт с последствиями для личных ценностей</li> <li>• Клиническая цель 9: осознать другие формы поведения, которые служат аналогичной цели, и предложить альтернативу</li> </ul> |
| <p>Глава 7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническая цель 1: помочь клиенту заметить нежелательные чувства</li> <li>• Клиническая цель 2: обеспечить рамки (фрейм) для принятия</li> <li>• Клиническая цель 3: научить клиента отличать первичные (исходные) реакции от вторичных</li> <li>• Клиническая цель 4: продолжить формировать принятие нежелательного внутреннего опыта</li> <li>• Клиническая цель 5: использовать принятие для удовлетворения потребностей</li> <li>• Клиническая цель 6: помочь клиентам различать мотивы своих действий</li> <li>• Клиническая цель 7: расширить способности клиента для принятия в поведенческих вызовах</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Глава 8</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническая цель 1: ввести понятие ценностей и установить контекст для создания ценностей</li> <li>• Клиническая цель 2: помочь клиенту выработать личные ценности</li> <li>• Клиническая цель 3: использовать ценности для восстановления энергетического баланса/удовлетворения потребностей</li> <li>• Клиническая цель 4: найти ценности в отношении к себе (доброта, сострадание и внимательность к своим потребностям)</li> <li>• Клиническая цель 5: прояснить ценности, связанные с другими людьми</li> <li>• Клиническая цель 6: помочь клиенту использовать ценности для принятия сиюминутных решений</li> <li>• Клиническая цель 7: помочь клиенту использовать ценности для улучшения качества жизни</li> </ul>  |

Рис. 1. Клинические цели

|   |
|---|
| Глава 9   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Клиническая цель 1: повысить осведомленность клиента о текущей умственной деятельности и отличить эту деятельность от непосредственного опыта</li><li>• Клиническая цель 2: определить НА как контент, который создается разумом в момент стресса/дистресса</li><li>• Клиническая цель 3: ввести эффективность в качестве показателя</li><li>• Клиническая цель 4: определить выбор и подкрепить человека как личность, делающую этот выбор</li><li>• Клиническая цель 5: попрактиковать разделение с мыслями, оказывающими чрезмерное влияние на поведение</li><li>• Клиническая цель 6: разнообразить психологические функции пищи, питания, тела или удовлетворить потребности</li><li>• Клиническая цель 7: попрактиковать нахождение в настоящем моменте</li><li>• Клиническая цель 8: попрактиковать широту и гибкость внимания</li></ul> |
| Глава 10  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Клиническая цель 1: повысить самоосознание (или укрепление познающего селф)</li><li>• Клиническая цель 2: уменьшить привязанность к ограниченному концептуализированному селф и сформировать селф-контент</li><li>• Клиническая цель 3: увеличить способность переживать собственное селф как трансценденцию любого конкретного опыта</li><li>• Клиническая цель 4: попрактиковать гибкое восприятие перспективы</li><li>• Клиническая цель 5: помочь клиентам в практике самосострадания</li></ul>   |

Рис. 1 (окончание). Клинические цели