

**ЧАСТЬ 1**

**ПОНИМАНИЕ  
ТРЕВОЖНЫХ  
РАССТРОЙСТВ**



## ГЛАВА 1

# Что такое АСТ

*Цель жизни не в том, чтобы быть счастливым, а в том, чтобы быть продуктивным, быть полезным, чтобы придать хоть какой-то смысл тому, что ты вообще жил.*

— Лео Ростен

---

## ГДЕ МЫ БЫЛИ

В течение последних 40 лет поведенческая терапия лидирует в области разработки ограниченных по времени психологических интервенций с доказанной эффективностью для помощи людям, страдающим от проблем, связанных с тревожностью и страхом. Большинство из этих интервенций оказались весьма успешными и применяются до сих пор. Тем не менее, не все обстоит благополучно. Несмотря на некоторые впечатляющие краткосрочные достижения, клиницисты все еще далеки от того, чтобы добиться ошеломляющих результатов в отношении долгосрочного восстановления и предотвращения рецидивов. Создается впечатление, что многие ограниченные по времени когнитивно-поведенческие интервенции для лечения тревожных расстройств обладают и одинаково ограниченным по времени терапевтическим эффектом [Foa & Kozak, 1997a]. Невзирая на многочисленные теоретические и концептуальные успехи в понимании этиологии и механизмов поддержания тревожных расстройств, исследователи все еще не пришли к единому мнению относительно критических переменных, которые могут быть вовлечены в эти процессы, и о том, как лучше всего подходить к этой проблеме [Rapee, 1996].

## **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ НА ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Результатом стало растущее количество публикаций, содержащих противоречивые и не подтвержденные выводы, многочисленные несогласования, а также увеличение числа специфичных мини-теорий и моделей, оперирующих таким количеством различных переменных и процессов, что из них трудно извлечь какой-либо смысл [Barlow, 2002; Beck & Emery, 1985; Lang, 1993]. Учитывая, что тревожные расстройства представляют собой одну из наиболее гомогенных диагностических категорий, такое положение дел в некоторой степени беспокоит. Наконец, несмотря на усовершенствования нынешней диагностической системы (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам — *DSM-IV-TR*<sup>5</sup>) [APA, 2000] — системы, которая становится все более атеоретической, симптоматической и категориейной по своей природе, — мы все еще не определились с тем, как лучше классифицировать и оценивать жизненные проблемы, которые группируются вокруг “тревожных расстройств”, чтобы диагностическая надежность не уступала валидности [Brown & Barlow, 2002]. Несомненно, что ситуации, связанные с тревогой и страхом, повсеместно встречаются в жизни человека. Они часто являются основными проблемами, с которыми клиенты обращаются за амбулаторной психотерапией и помощью врачей общего профиля. Что еще более непонятно, решают ли разновидности когнитивно-поведенческой терапии реальную проблему тревожности и страха наиболее полезным из возможных способов?

В большинстве публикаций по тревожным расстройствам описываются этиологические, теоретические и терапевтические различия для каждого тревожного расстройства в соответствии с *DSM-IV-TR* — системой, классифицирующей расстройства и подтипы тревожности на основе симптомов, определяемых топографически и структурно, а не функционально или в плане измерений. Использование системы *DSM* в качестве основы для концептуализации и разработки терапевтических методов проблематично по целому ряду причин, но две выделяются особо. Во-первых, *DSM* почти ничего не говорит нам о процессах, связанных с тем, как индивиды приходят к тем симптомам, которые у них есть. Во-вторых, в *DSM* не рассматривается вопрос о том, как эти симптомы и связанные с ними жизненные проблемы могут быть эффективно устранены в ходе терапии. Несмотря на эти замечания, *DSM* широко используется в качестве “дорожной карты” для осмысления психопатологии, оказывая значительное влияние на наши

<sup>5</sup> С 2013 г. действует новая редакция руководства — *DSM-5*. — *Примеч. перев.*

общие представления о тревожных расстройствах. Например, для поведенческих терапевтов стало привычным, если не обязательным, подходить к тревожным расстройствам как к отдельным диагностическим единицам, с собственной этиологией, оценением и терапевтической стратегией. В результате теряется общая картина. У читателей стандартной литературы и терапевтических руководств по тревожным расстройствам легко может сложиться ложное впечатление, что эти расстройства отличаются друг от друга в большей степени, чем это есть на самом деле.

Очевидно, что между тревожными расстройствами существует сходство. Это сходство, в свою очередь, предполагает, что в развитии, поддержании и лечении тревожных расстройств участвуют общие поведенческие процессы. Возможно, если бы удалось понять, какие именно общие процессы вовлечены в то, как развиваются и поддерживаются проблемы, связанные с тревогой, можно было бы добиться более значительных и значимых поведенческих изменений при терапии и облегчить широкий спектр человеческих страданий. Такова общая цель данной книги.

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНОСТИ

К лучшему или к худшему, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) стала методом выбора для лиц, страдающих тревожными расстройствами. Направленность такой терапии — ослабление симптомов как терапевтической цели (определяемой *DSM* как тревожные расстройства) посредством овладения и контроля над ними. Такое лечение подразумевает следующее.

Во-первых, предполагается, что проблема заключается в “симптомах”. Эта точка зрения, кстати, сходна с тем, как сами клиенты склонны рассматривать свои проблемы (по крайней мере на ранних этапах терапии). В этом смысле когнитивно-поведенческие терапевты и клиенты согласны с тем, что симптомы тревоги вызывают страдания и снижение уровня функционирования. Если бы это была вся история, тогда, очевидно, терапевтическая стратегия была бы направлена на симптомы. Однако за симптомами обычно скрываются серьезные жизненные проблемы. Именно этот аспект жизни глубоко волнует клиентов, как и большинство человеческих существ. В прошлом традиционная КПТ не уделяла этому достаточного внимания и, как следствие, могла упустить важные аспекты жизненной ситуации человека. Как показывается в данной книге, именно по этой причине подходы, основанные на принятии, ставят жизнь в центр терапии.

Во-вторых, нужно дать более ориентированный на процесс ответ на вопрос, о чем сигнализируют так называемые симптомы тревоги? Если проблемные реакции, с которыми обращаются клиенты, называть симптомами тревоги, то необходимо объяснить, что это за расстройство. Можно было бы назвать это расстройство “тревогой”, но это не будет правильным решением. Проблемная реакция (симптом) не может одновременно определять расстройство и быть симптомом этого расстройства [Williams, 2004]. Альтернатива, предлагаемая в этой книге, — отследить происхождение процессов, превращающих обычную тревогу в разрушающие жизнь проблемы (которые называют *тревожными расстройствами*), чтобы сделать эти процессы терапевтической целью.

В-третьих, стратегия подходящего лечения для разнообразных тревожных расстройств предполагает, что последние действительно отличаются между собой и, следовательно, требуют индивидуального подхода для каждого из них. Этот вопрос сам по себе интересен и, безусловно, заслуживает более подробных комментариев, чем позволяет формат этой книги. Большинство терапевтов, однако, отмечают высокую степень функционального и симптоматического совпадения между предположительно разными тревожными расстройствами. При различных тревожных расстройствах применяются одни те же терапевтические технологии (например, экспозиция, когнитивная реструктуризация, релаксация), что свидетельствует о том, что эти расстройства более схожи, чем принято считать. Интересно, что такая точка зрения все чаще находит поддержку и в КПТ. Например, Дэвид Барлоу недавно предложил унифицированный терапевтический протокол и модульный подход к основным проявлениям всех тревожных состояний и связанных с ними эмоциональных расстройств, чтобы свести имеющиеся различные версии КПТ к *единому* стратегическому подходу [Barlow, Allen, & Choate, 2004].

Наконец, практически все когнитивно-поведенческие методы построены на принципах овладения и контроля симптомов. Главная терапевтическая цель таких интервенций — научить клиентов более эффективным способам контроля тревоги, страха и связанных с ними симптомов. Опять же, это именно то, чего клиенты ожидают от терапии (особенно в самом ее начале). Следовательно, клиенты уже прибегали к тому или иному способу овладения и контроля своей тревоги и страха — зачастую без особого успеха. Теперь они ожидают, что терапевты предоставят им новые,

усовершенствованные стратегии, которые помогут достичь большего; и надеются, что такие подходы окажутся более эффективными в сравнении с испробованными в прошлом. Однако, по нашему мнению, подобная программа овладения и контроля не нужна и даже может быть контрпродуктивной. Чтобы жить осмысленной и полноценной жизнью, вовсе не обязательно управлять своими эмоциями, и об этом свидетельствует опыт авторов данной книги. Управление нашим внутренним персональным миром и контроль над ним не являются необходимыми условиями полноценной жизни.

Если все это выглядит как обвинения в адрес когнитивно-поведенческих терапевтов, то это не так. Скорее, наша цель — предложить способы, позволяющие улучшить имеющиеся когнитивно-поведенческие интервенции, сохраняя те их составляющие, которые доказали свою эффективность, такие как упражнения на экспозицию и стратегии противодействия избегающему поведению. Однако помощь клиентам в улучшении их жизненных ситуаций потребует переосмысления программы овладения и контроля в рамках стандартной КПТ тревожных расстройств.

Прежде чем продолжить, хотелось бы попросить читателя на время отбросить некоторые из следующих общепринятых допущений о тревоге:

- а) тревога — это плохо;
- б) тревога является причиной человеческих страданий и жизненных проблем;
- в) задача терапевтов — помочь клиентам “избавиться” от тревожных чувств, “контролировать”, “заменить” либо “устранить” их или иррациональные мысли, воспоминания и побуждения, связанные с тревогой и страхом.

Взамен этих предположений в книге предлагается иной взгляд на тревогу и страх и, следовательно, на психологическое здоровье.

---

## КУДА МЫ ИДЕМ

Терапевтический подход, описанный в этой книге, основан на *терапии принятия и ответственности* (Acceptance and Commitment Therapy — АСТ) [Hayes, Strosahl & Wilson, 1999] — относительно новой поведенческой терапии третьей волны. Она направлена на борьбу с различными формами избегания внутреннего опыта и эмоций, из-за которых люди оказываются в тупике и страдают. Основная цель АСТ — помочь клиенту стать

лучше в том смысле, чтобы жить полноценной, насыщенной и осмысленной жизнью, а не просто жить и чувствовать себя хорошо, освободившись от симптомов.

## ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Терапия принятия и ответственности — это уникальный подход поведенческой терапии, направленный на решение проблем, связанных с беспокойством и страхом, с помощью сострадания, поощряя людей стремиться к тому, что действительно важно для них. В двух словах, АСТ помогает клиентам сделать три вещи: принять себя и других с пониманием, выбрать ценностные направления для своей жизни и взять на себя обязательства действовать в этих направлениях. АСТ учит клиентов воспринимать как нормальное возникновение любых нежелательных мыслей в их сознании и ощущений в теле. Вместо того, чтобы бороться с этими мыслями и ощущениями, клиенты учатся новым способам отношения к ним как к опыту, который должен быть получен.

АСТ содействует принятию: 1) нежелательных мыслей и чувств, появление или исчезновение которых клиент не может контролировать; 2) обязательств и действий, представляющих для него ценность в жизни. Вот почему терапия принятия и ответственности — это принятие *и* одновременно изменение. В случае тревожных расстройств клиенты учатся принимать свои нежелательные мысли, беспокойство, телесные ощущения и другие чувства и жить с ними, принимая на себя ответственность *и* выстраивая жизнь в важном для себя направлении.

АСТ — это не просто сокращение фразы “терапия принятия и ответственности”. Аббревиатура АСТ также хорошо отражает три основных шага или темы этого подхода — *Принять* мысли и чувства, *Выбрать* направление и *Действовать* для достижения результата.

- *Accept Thoughts and Feelings* (Принятие мыслей и чувств): означает примирение с когнициями и эмоциями, особенно нежелательными (тревога, боль, чувство вины, неадекватность). Идея заключается в том, чтобы клиенты наконец-то приняли то, что у них уже есть, и прекратили борьбу с нежелательными мыслями и чувствами, не пытаясь устранить или изменить их, не действуя в соответствии с ними и в конечном счете отпустив их. С помощью различных упражнений на осознанность клиенты учатся применять свой критический, оценивающий разум.



- *Choose Directions* (Выбор направлений): заключается в том, чтобы помочь клиентам выбрать жизненные направления, сосредоточившись на том, что “действительно важно” и что они ценят в жизни (“Чего вы хотите от своей жизни?”). Речь идет о том, чтобы помочь клиентам узнать, что для них действительно значимо, а затем сделать важный выбор. Этот выбор означает движение вперед в уникальном для человека направлении и принятие того, что находится внутри него, что приходит и что сопровождает его на этом пути.
- *Take Action* (Действие): связано с обязательством поступать определенным образом и предполагает принятие мер по реализации важных жизненных целей. Речь идет о принятии обязательства действовать и менять то, что можно изменить. Терапевт поощряет поведение клиентов, подкрепляющее их стремление продвигаться в направлении выбранных ценностей. На этом этапе клиентов обучают тому, что существуют различия между ними как личностями с одной стороны, и мыслями и чувствами, которые они испытывают по отношению к себе, и тем, что делают с собственной жизнью, — с другой. Этот процесс здесь будет описан подробно, так как он является основополагающим в работе терапии принятия и ответственности, независимо от клинической проблемы.

Философия АСТ в чем-то схожа с любимой многими молитвой о безмятежности: “Дай нам смелость изменить то, что нужно изменить, безмятежность, чтобы принять то, чему нельзя помочь, и пронизательность, чтобы отличить одно от другого”. Большинство людей считают, что гораздо легче согласиться с этим высказыванием, чем ему следовать. Причина в том, что часто люди просто не знают, что они в состоянии изменить, а что нет. В результате они не понимают, как применить это глубокое утверждение к своей повседневной жизни, и разочаровываются в нем. АСТ учит людей воплощать в жизнь молитву о безмятежности.

АСТ признаёт распространенность человеческого страдания и не стремится уменьшить боль или вызвать те или иные позитивные чувства. Речь идет не о выработке быстрых решений или использовании санкционированных культурой формул и методов уменьшения страданий. АСТ стремится уменьшить страдания, увеличивая витальность и способность людей делать то, что они хотят делать в своей жизни. В этом и заключается суть подхода АСТ: принять то, что имеется (тревогу, гнев, радость, воспоминания), оставаясь при этом приверженным тому, что необходимо делать, чтобы жить полноценной, насыщенной жизнью, направляемой

выбранными ценностями. Независимо от того, что люди думают или чувствуют, они способны делать выбор в пользу того, что им нравится и что они ценят, и тревога не должна быть препятствием для достижения цели. Если клиенты, испытывающие тревогу, начинают продвигаться по этому пути, то, скорее всего, вначале они будут испытывать еще большую тревогу. Однако в конце концов они станут испытывать больше удовольствия и меньше боли и тревоги. Этот результат рассматривается как желанный побочный продукт терапии, но не является явной целью АСТ.

## **ПОДХОД АСТ К ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВАМ**

Когнитивно-поведенческие подходы к тревожным расстройствам основанно направлены на то, чтобы помочь клиентам противостоять тревоге, а не избегать ситуаций и стимулов, ассоциирующихся с ней. Однако в последнее время клинические исследователи стали уделять внимание более общему типу избегания, называемому *избеганием внутреннего опыта* (*experiential avoidance*). Оно относится к попыткам и усилиям человека избежать, подавить или другим способом изменить форму негативно оцениваемых личных событий, таких как телесные ощущения, эмоции, мысли, беспокойство и воспоминания [Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996]. Согласно этой точке зрения, когда люди с агорафобией избегают общественных мест, они не избегают их как таковых — на самом деле они избегают переживать в таких местах свои мысли и эмоции, связанные с паникой [Forsyth, 2000; Friman, Hayes, & Wilson, 1998]. Точно так же, когда люди с обсессивно-компульсивным расстройством избегают прикасаться к дверной ручке, на которой могут быть микробы, они делают это не для того, чтобы избежать заражения, — они избегают негативных последствий, связанных с прикосновением к дверной ручке. Другими словами, во всех этих случаях фобического избегания люди избегают своих собственных психологических и эмоциональных переживаний.

Этот тип избегания — основа всех тревожных расстройств. Например, люди со специфическими фобиями на самом деле не избегают змей, лифтов или самолетов как таковых. Они избегают возможного наступления панических реакций в присутствии этих стимулов [Forsyth & Eifert, 1996]. Аналогичным образом ветераны боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством не избегают звука вертолетов только потому, что боятся их. Они избегают интенсивного негативного аффекта, связанного с этим звуком, поскольку он напоминает им о прошлых травмах, о которых не хотелось бы думать. Можно согласиться с тем, что основной проблемой при тре-

вожных расстройствах является страх перед страхом [Chambless & Graceley, 1989] или в более общем смысле — страх негативного аффекта. Это, конечно, часть проблемы, но не вся история. На самом деле целесообразно дополнить и перефразировать понятие “страх перед страхом”: основной проблемой при тревожных расстройствах является страх перед страхом, и человек обычно *делает все возможное, чтобы избежать переживания страха*. Основной функцией такого избегания является контроль или минимизация воздействия аверсивных переживаний. Фактически эта тенденция избегания (нежелание испытывать страх) и есть то, что движет страхом страха. Если бы не было избегания, не было бы причин бояться переживания страха.

Ригидные паттерны избегания внутреннего опыта и эмоций характерны для всех тревожных расстройств, делая тревогу и страх проблематичными для клиентов. В рамках АСТ такое избегание рассматривается как основной токсический процесс, приводящий к “нарушенному” переживанию тревоги и страха. Именно поэтому избегание внутреннего опыта является одной из наиболее важных явных терапевтических целей. АСТ — это не помощь клиентам в контроле или управлении своей тревогой, а лишь избавление их от затянувшихся страхов и опасений, таких как “Что, если тревога вернется?” Это усугубляет проблему клиента и фактически создает для него угрозу рецидива. Вместо этого АСТ пытается научить клиентов подходить к страху и тревоге более фундаментально, более глубоко и по-другому. В частности, подход АСТ к лечению тревожных расстройств направлен на обучение клиентов следующему.

1. Настойчивые и негибкие попытки контролировать, уменьшить и избежать переживания тревоги — это проблема, а не решение.
2. Принятие (в отличие от борьбы) — это жизнеспособная альтернативная программа действий при столкновении с реакциями тревоги и обстоятельствами, которые вызывают такие реакции.
3. Практика осознанного принятия и готовности при переживании аверсивных телесных ощущений, мыслей и чувств во время тревоги и других эмоциональных состояний, независимо от того, возникают они спонтанно или вызываются во время экспозиционных упражнений. Цель не в том, чтобы помочь клиентам чувствовать себя *хорошо* (т.е. быть свободными от тревоги), а в том, чтобы они были способны *чувствовать* весь спектр личных переживаний (т.е. мысли, воспоминания, эмоции, телесные ощущения) такими, какие они есть.
4. Беспокойство клиента по поводу преодоления тревоги приводит

к ограничению жизни и еще большим страданиям. Поэтому клиентов побуждают внимательно посмотреть на свою жизнь, определяя собственные ценности, а также принимая решение о воплощении этих ценностей в свободно выбранных действиях. Это неизбежно приведет к тому, что в руководствах по КПТ обычно называют *естественными упражнениями на экспозицию*. Однако, в отличие от типичных когнитивно-поведенческих подходов, основная цель не в погашении или редукации тревоги. Цель — помочь клиентам жить полноценной жизнью. Поэтому экспозиция в стиле АСТ всегда проводится во имя ценностей и жизненных целей клиента, а не как средство уменьшения симптомов или контроля над ними. Хотя облегчение симптомов может быть достигнуто с помощью упражнений, приведенных в части 3 данной книги, это не является явным приоритетом или требованием для того, чтобы жить как полноценное, полностью функционирующее и способное человеческое существо.

Опираясь на эти и другие базовые концепции АСТ, данная книга предлагает альтернативу — *овладение переживаниями* как контекст для экспозиции, являющейся основой практически всех когнитивно-поведенческих интервенций для людей, страдающих тревожными расстройствами. Главный терапевтический приз в рамках АСТ — помочь клиенту жить полноценной, насыщенной и осмысленной жизнью. Любое действие, способствующее продвижению в этом направлении, считается целесообразным.

---

## **КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТОЙ КНИГОЙ**

В этой книге рассматриваются и описываются способы интеграции наиболее успешных компонентов традиционной КПТ в рамках терапии принятия и ответственности. Она не предназначена для замены материалов и руководств, посвященных традиционным когнитивно-поведенческим интервенциям. Большинство публикаций по КПТ содержат исчерпывающие изложения современных концептуальных и исследовательских материалов о причинах и оценивании тревожных расстройств [Barlow, 2001, 2002; Craske & Barlow, 2000], предоставляя также пошаговые инструкции по проведению КПТ при различных тревожных расстройствах. Чтобы читатель знал, откуда и куда мы идем, эффективность основных когнитивно-поведенческих подходов достаточно подробно рассматривается и подытоживается в главах 2 и 3.

Однако хотелось бы предупредить, как не следует использовать эту книгу. Пожалуйста, не переходите к терапевтическим рекомендациям, представленным в части 3, не прочитав предварительно часть 2. Этого не рекомендуется делать по нескольким причинам, смысл которых станет более понятным при дальнейшем чтении. Все возрастающее количество докладов на конференциях, статей в научных журналах, профессиональных книг и руководств по самопомощи посвящено понятиям принятия и осознанности. Такие темы становятся все более популярными в клинической науке и практике. Течение изменяется, и многим исследователям и клиницистам интересно узнать, что эти изменения могут дать им и клиентам, с которыми они работают. Хотя основные идеи, безусловно, не новы, они являются новыми в области психологии. При этом быстрое распространение подобных идей опережает их практическое воплощение. В легкой для понимания и пригодной для использования форме до сих пор не были предложены ни базовая теория, ни обоснование и практическая технология. Именно по этой причине подходы принятия и осознанности остаются в некоторой степени окутанными тайной. Это прискорбное обстоятельство авторы надеются начать исправлять с помощью настоящей книги, в основе которой лежит описание и применение подходов принятия и осознанности для понимания и лечения тревожных расстройств. В ней представлены лучшие достижения авторов, направленные на объяснение базовой структуры и технологии. Намерение авторов — сделать АСТ понятной и пригодной для использования не только терапевтами, но и всеми людьми, которым она может быть полезна. В книге доступным языком описаны соответствующие концепции, принципы и техники, что позволяет терапевтам использовать эту информацию в своей повседневной практике при работе с клиентами, страдающими тревожными расстройствами.

В части 3 описывается применение принципов и техник АСТ для лечения основных тревожных расстройств. Читатель найдет там пошаговое руководство по проведению сеансов поведенческой терапии на основе принятия. В ней представлен единый подход к лечению проблем тревожности с акцентом на эмоциональном принятии, осознанности внутреннего опыта и действиях, направленных на то, что клиенты ценят и хотят видеть в своей жизни. Большинство терапевтических рекомендаций применимы ко всем тревожным расстройствам. Там, где это уместно и необходимо, приводятся специфические для того или иного расстройства соображения и процедурные вариации. Также предоставлены подробные практические

рекомендации, облегчающие интеграцию принципов и техник АСТ с наиболее успешными и эффективными аспектами когнитивно-поведенческих интервенций при тревожных расстройствах (например, экспозицией и поведенческой активацией). Достаточно подробное изложение материала позволит клиницистам воплощать прочитанное в своих терапевтических действиях и легко использовать в клинической работе. Однако, как уже говорилось, авторы не рекомендуют своим читателям сразу переходить к части 3, прочитав которую может возникнуть соблазн применять интервенции по типу “поваренной книги”. Результаты могут быть катастрофическими для клиентов и разочаровывающими для терапевтов. Понимание логического обоснования интервенции имеет решающее значение.

АСТ — это не технология, а *подход* к пониманию и лечению тревожности. Это не набор техник, метафор и упражнений, хотя их очень много. Терапевт должен индивидуализировать и приспособлять техники, исходя из конкретных обстоятельств и реакций каждого клиента; понимания основных процессов, вовлеченных в поддержание его поведения; и того, что именно необходимо изменить на процессуальном уровне. Упражнения и метафоры должны использоваться гибко и творчески. Нужно подбирать и согласовывать конкретные техники с уникальными обстоятельствами клиента и его реакциями в процессе терапевтического взаимодействия. Однако вовсе не обязательно использовать упражнения точно так же или в том же порядке, как предлагается в настоящей книге. Это просто отправные точки, которые могут быть изменены и приспособлены к потребностям клиентов. Возможно, по ходу работы читателями также будут придуманы новые упражнения. Все это хорошо и желательно до тех пор, пока не затрагиваются критические процессы, лежащие в основе тревожных расстройств. Именно по этой причине авторы предлагают читателям сначала прочитать и изучить эти процессы в части 2, прежде чем переходить к терапевтическим рекомендациям в части 3 и пытаться применить любую из описанных техник.

Как вы увидите, эта книга сосредоточивается на функциональном совпадении и сходстве основных тревожных расстройств — как с точки зрения этиологии, так и терапевтических принципов и техник. Приятной новостью для наших читателей может оказаться то, что ее содержание существенно отличается от типичных профессиональных руководств по тревожным расстройствам. Такие книги обычно подчеркивают уникальные аспекты каждого отдельного тревожного расстройства. Как полагают авторы данной книги, это не соответствует ни клинической реальности,

ни современным данным, указывающим на то, что, возможно, тревожные расстройства слишком долго искусственно разделяли. Эти и связанные с ними вопросы четко изложены в части 2. Например, в главе 4 описывается общая черта всех тревожных и связанных с ними расстройств: токсический эффект избегания внутреннего опыта и попытки контролировать нежелательные личные переживания, которым подвержено большинство людей с тревожными расстройствами, независимо от их конкретного диагноза по *DSM*. Ригидные паттерны избегания характерны для всех тревожных расстройств. Такие тенденции усугубляют и закрепляют проблемы клиента, независимо от конкретного диагноза или названия, которое им дают. Поэтому тревожные расстройства следует понимать как расстройства, связанные с избеганием внутреннего опыта. Именно оно становится явной терапевтической целью в рамках подхода принятия и ответственности, описываемого в части 3. Если у вас нет хорошего понимания этих процессов и принципов, включая то, как они могут проявляться в вашей собственной жизни, вы не сможете заниматься АСТ.